

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 25 mai 2021

L'honorable Patty Hajdu
Ministre de la Santé

L'honorable Bill Blair
Ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile

L'honorable David Lametti
Ministre de la Justice et procureur général du Canada

Objet : Appui au projet de loi C-22 *Décriminalisation partielle de facto de la possession simple de drogues*

Madame, Messieurs les Ministres,

Le dépôt, par votre gouvernement, du projet de loi C-22 visant la déjudiciarisation de la possession simple de drogues et le retrait de peine minimale, est une avancée importante puisqu'il a le potentiel de réduire les méfaits de la prohibition auprès des personnes qui utilisent des substances psychoactives illégales et pour la société. Ce projet constitue, selon nous, une décriminalisation partielle *de facto*. Nous saluons cette initiative que nous évaluons comme un premier pas nécessaire et urgent vers une décriminalisation *de jure* ou un autre modèle d'encadrement des substances psychoactives. Cependant, malgré cette application partielle du modèle de décriminalisation, nous soulignons l'importance de respecter certains grands principes sous-tendant cette alternative à la prohibition.

Tout d'abord, à l'instar du modèle portugais de décriminalisation *de jure*, le projet de loi C-22 doit s'inscrire dans une programmation plus complète de réduction des risques et des méfaits de la consommation de substances psychoactives. Actuellement, des obstacles légaux et administratifs limitent l'élargissement de l'offre de services répondant aux besoins des personnes qui utilisent des substances psychoactives, principalement à celles plus à risque de surdose. L'approvisionnement sécuritaire, les services de consommation supervisée et l'analyse de substances devraient être des éléments inhérents à ce projet de loi. Un modèle de décriminalisation *de jure* permettrait par exemple d'éliminer la gestion des demandes d'exemption nécessaires actuellement au développement de telles interventions.

Cette programmation doit également offrir une réponse adéquate aux iniquités en santé affectant démesurément les personnes en situation de grande précarité, via des interventions de lutte à la pauvreté efficaces et adaptées à leurs besoins. Vu la complexité des enjeux liés à la prohibition et à la pauvreté, il devient essentiel d'adopter une approche participative et inclusive des organismes oeuvrant auprès de ces personnes, autant dans l'élaboration de cette programmation, dans les grandes orientations du financement que dans son application. Par exemple, celle-ci devra adopter une approche holistique et soucieuse de l'accès à la culture, qui constitue un des principaux facteurs de protection chez les personnes autochtones, qui sont affectées de façon disproportionnée par la prohibition et les enjeux de consommation problématique de substances psychoactives. Ainsi, nous sommes d'avis que l'adaptation d'une telle programmation ne pourra se faire sans la reconnaissance de la valeur de l'expérience de vécu des personnes concernées par la prohibition et ses effets, de même que de la contribution du milieu communautaire.

Ensuite, le projet de loi doit s'inscrire dans une volonté mieux assumée de déstigmatiser l'usage de substances psychoactives. L'accès à nos soins et services, ainsi qu'à une juste place en société en dépend. Le stigma qu'engendrent les mesures prohibitionnistes et de pathologisation, mine les efforts en prévention des surdoses et de réduction des iniquités sociales. Une révision des dynamiques de pouvoir inhérentes à l'approche de sécurité publique est donc une piste d'intervention intéressante en ce sens, considérant qu'une approche de liberté de pouvoir discrétionnaire aux forces de l'ordre a mené à une application injuste de la loi en défaveur de populations racialisées. Ainsi, bien que nous ayons confiance en la compétence des policiers et des procureurs, s'en remettre à leur pouvoir discrétionnaire nous préoccupe. Comment éviter une application de la déjudiciarisation à géométrie variable par ceux-ci? Comment éviter une répétition de l'approche actuelle qui est non seulement inefficace, mais qui donne libre cours au caractère systémique de la discrimination et du racisme évoqués en appui au projet de loi?

Il faut se pencher dès maintenant sur ces enjeux systémiques, puisque les délais attribuables aux ajustements législatifs, au développement des mesures alternatives, à la formation des corps policiers et à l'application efficace de la nouvelle loi se font au détriment de la vie de nombreuses personnes qui décèdent d'une surdose de drogue.

Finalement, nous saluons la volonté manifeste de votre gouvernement à écarter le paradigme punitif ou basé sur un objectif unique d'abstinence et de proposer plutôt, une approche visant les causes profondes des méfaits de la prohibition et de l'utilisation problématique de substances psychoactives. Il faut toutefois éviter la pente glissante de juger toute utilisation de substances psychoactives comme problématique, surtout si ce jugement est fait sans l'implication de la personne concernée. De plus, le traitement, le suivi, la réadaptation et la réintégration sociale doivent également être des outils offerts en cohérence avec la situation de l'individu, soit comme tout autre service de santé disponible. La diversité des approches de soutien et un financement cohérent avec les besoins exprimés par les personnes concernées sont donc des impératifs, afin d'accompagner notre population face à l'usage de substances, que cet usage soit problématique, récréatif ou pour d'autres raisons exprimées par l'individu.

Nous espérons que le projet de loi C-22, intégré à une programmation plus complète de réduction des risques et des méfaits et de lutte aux iniquités en santé, permettra le déploiement du plein potentiel des actions menées en prévention des surdoses. Il permettra également de déployer un modèle alternatif à la prohibition de façon plus franche et d'ouvrir un dialogue basé sur des faits pour raffiner notre approche humaniste et pragmatique en réponse à certains enjeux de la consommation de substances psychoactives.

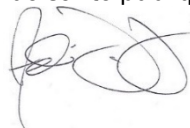
Soyez assurés, dans tous les cas, de notre soutien.

Veuillez agréer, Madame et Messieurs les Ministres, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Les Directrices et Directeurs régionaux de santé publique,



Dr Sylvain Leduc
Directeur de santé publique
du Bas-Saint-Laurent



Dr André Dontigny
Directeur de santé publique
de la Capitale-Nationale



Dr Alain Poirier
Directeur de santé publique
de l'Estrie



Dr Donald Aubin
Directeur de santé publique
du Saguenay-Lac-Saint-Jean



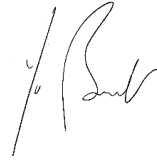
Dre Marie-Josée Godi
Directrice de santé publique
de la Mauricie-et-du-Centre-
du-Québec



Dre Mylène Drouin
Directrice de santé publique
de Montréal



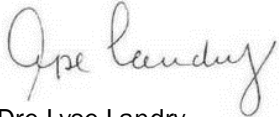
Dre Brigitte Pinard
Directrice de santé publique
de l'Outaouais



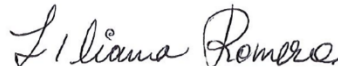
Dr Yv Bonnier-Viger
Directeur de santé publique
de la Gaspésie-Îles-de-la-
Madeleine



Dre Julie Loslier
Directrice de santé publique
de la Montérégie



Dre Lyse Landry
Directrice de santé publique
de l'Abitibi-Témiscamingue



Dre Liliana Romero
Directrice de santé publique
de Chaudière-Appalaches



Dre Marie-Jo Ouimet
Directrice de santé publique
des Terres cibles de la Baie-
James



Dr Richard Facheoun
Directeur de santé publique
de la Côte-Nord



Dr Jean-Pierre Trépanier
Directeur de santé publique
de Laval



Dr Éric Goyer
Directeur de santé publique
de la Baie-James et des
Laurentides



Dre Lynda Thibeault
Directrice de santé publique
de Lanaudière