

Innover en situation de crise

MESURES JURIDIQUES ET DE POLITIQUES

POUR METTRE À L'ÉCHELLE
L'APPROVISIONNEMENT SÉCURITAIRE
DANS LES SERVICES DE
CONSOMMATION SUPERVISÉE





Reconnaissance territoriale

Le Réseau juridique VIH travaille sur le territoire appelé aujourd'hui Canada, sur des terres faisant l'objet de traités, des terres volées et des territoires non cédés de groupes et communautés autochtones qui respectent cette terre et en prennent soin depuis des temps immémoriaux. Nous nous efforçons de lutter contre les injustices persistantes et les inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontés les peuples autochtones, et qui contribuent à l'impact disproportionné de l'épidémie de VIH sur les communautés autochtones. Nous nous engageons à continuer d'apprendre à travailler en solidarité et à démanteler et décoloniser des pratiques et des institutions afin de respecter les peuples autochtones et leurs modes de connaissance et d'existence.

Auteur-es : Sandra Ka Hon Chu et Corey Ranger
Graphisme : Ryan White, R.G.D.
Traduction : Jean Dussault, Note Bene Communication

Remerciements

Un remerciement tout particulier aux informateur(-trice)s clés qui ont partagé leurs connaissances et leur expérience pour l'élaboration de ce rapport et de toute ressource informative ultérieure sur le sujet.

La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de santé publique du Canada.

Table des matières

Introduction	4
Méthodologie	8
Aperçu de l'état actuel des données probantes sur les programmes d'approvisionnement sécuritaire	9
Points de vue des informateur(-trice)s clés sur les programmes d'approvisionnement sécuritaire dans les SCS	10
Cadres juridiques et de politiques pertinents à l'approvisionnement sécuritaire dans les SCS	14
Contrôle fédéral des drogues	14
Compétence provinciale/territoriale en matière d'administration des soins de santé	16
Pouvoirs d'urgence	17
Traités et normes des droits humains à l'échelon international	18
Politiques et pratiques qui font obstacle à la mise en œuvre et à l'exploration d'avenues de changement	20
La prescription d'un approvisionnement sécuritaire est limitée par l'insuffisance du nombre de prescripteurs(-trice)s disponibles ou disposé-es à cet effet	21
Il est nécessaire d'offrir une plus grande variété d'options d'approvisionnement sécuritaire démedicalisé	24
Le choix de produits offerts est inadéquat en l'absence d'approvisionnement sécuritaire prescrit pour les personnes qui fument des drogues et d'options viables pour l'approvisionnement sécuritaire en stimulants	27
Recommandations	29
Recommandations au gouvernement fédéral.....	29
Recommandations aux gouvernements provinciaux et territoriaux et aux autres autorités provinciales et territoriales.....	30
Conclusion	31

Introduction

À l'heure où nous écrivons ces lignes, l'urgence des empoisonnements par des drogues non réglementées au Canada a coûté la vie à au moins 42 494 personnes depuis le début de la surveillance en 2016,¹ principalement en raison d'un approvisionnement toxique et imprévisible en drogues non réglementées.

Puisque cette crise se poursuit et s'aggrave, il est impératif de mettre en œuvre des mesures qui faciliteront l'accès à un approvisionnement sécuritaire en substances de qualité contrôlée pour les personnes dont la santé et la vie sont menacées parce qu'elles ne peuvent consommer que des drogues de rue illégales et non réglementées, dont la composition, la pureté et la puissance ne sont pas connues.

L'approvisionnement sécuritaire, dans sa forme la plus simple, consiste à fournir des produits de qualité pharmaceutique pour remplacer l'approvisionnement en drogues illégales et non réglementées. L'objectif principal de l'approvisionnement sécuritaire est de prévenir les décès dus à l'empoisonnement par des drogues. Il existe de plus en plus de preuves à l'appui d'une intervention à cette fin. Par exemple, dans une étude à grande échelle réalisée en Colombie-Britannique en 2024, les chercheur(-euse)s ont constaté que l'accès même minimal à un produit de rechange prescrit entraînait dans la semaine suivante une réduction significative du risque de surdose et de la mortalité toutes causes confondues.²

Un examen de la portée abordant 24 publications sur les programmes d'approvisionnement sécuritaire au Canada a également validé des résultats positifs, notamment une diminution de la dépendance à l'approvisionnement en drogues non réglementées.³

Comme l'indiquent les recherches décrites plus loin, des données émergentes sur les programmes d'approvisionnement sécuritaire démontrent une réduction des surdoses mortelles et non mortelles, une amélioration de la santé et la réalisation d'économies pour les systèmes de soins de santé.



L'approvisionnement sécuritaire est en règle générale la fourniture de produits de qualité pharmaceutique comme avenue de rechange à l'approvisionnement en drogues non réglementées et illégales, afin de prévenir les décès dus à l'empoisonnement par des drogues. La principale méthode au Canada est actuellement la prescription par un-e clinicien-ne dans un cadre médical exigeant habituellement des analyses d'urine fréquentes, des visites quotidiennes pour obtenir sa dose, des ordonnances de courte durée et des protocoles de réorientation. L'une des caractéristiques des programmes par prescripteur(-trice)s est la nécessité que le/la destinataire de l'ordonnance démontre son recours aux services, lors d'évaluations fréquentes et de rendez-vous de suivi, de même que par l'établissement d'objectifs et d'autres indicateurs d'« observance ».

L'approvisionnement plus sécuritaire prescrit peut s'effectuer sous l'observation ou non de témoins, selon la politique du programme. Dans les modèles de dosage avec témoin, les participant-es doivent consommer leur dose sur place, sous la supervision d'un personnel formé. Les médicaments offerts dans ces modèles sont généralement plus puissants et comparables à l'approvisionnement non réglementé, comme les protocoles pour les comprimés de fentanyl, le sufentanil injectable et les timbres de fentanyl,⁴ qui peuvent être prescrits ou délivrés dans une clinique, une pharmacie communautaire ou par des équipes de proximité. Ils peuvent également être prescrits ou délivrés dans un contexte à faible barrière et « démedicalisé », dont les exigences sont moins sévères et qui ressemble davantage aux pratiques d'utilisation dans la communauté. La plupart des protocoles d'approvisionnement plus sécuritaire prescrit et sans témoin pour les opioïdes fournissent des comprimés d'hydromorphone et présentent des barrières plus faibles que les programmes avec témoin. Dans ces programmes, les participant-es ont généralement accès à leurs médicaments par le biais d'une pharmacie communautaire, au moins une fois par jour.

Une autre approche de l'approvisionnement sécuritaire consiste à améliorer la sécurité de l'approvisionnement *non réglementé* en exerçant un certain contrôle de la qualité (p. ex., analyse des drogues). Ce modèle pourrait impliquer un club de compassion ou d'acheteurs qui sélectionne ses membres, achète des substances et les analyse pour eux et elles.

Les programmes de traitement par agonistes opioïdes injectables (TAOi) et de traitement par agonistes opioïdes injectables en comprimés (TAOic) prescrivent également des produits qui remplacent des drogues non réglementées dans des cliniques et des services de consommation supervisés; ils se distinguent de l'approvisionnement sécuritaire par leurs modalités – notamment la flexibilité du programme, les objectifs de soins, l'environnement de prestation des services et la composition du personnel.

Malgré ses progrès récents, l'approvisionnement sécuritaire demeure peu accessible considérant l'ampleur de la crise actuelle. Par exemple, en Colombie-Britannique – la province canadienne ayant déployé le plus d'efforts pour mettre à l'échelle l'approvisionnement sécuritaire prescrit – des chercheur(-euse)s ont signalé que le taux d'accès était faible, compte tenu du nombre de personnes qui pourraient en bénéficier.⁵

En outre, jusqu'ici, les programmes d'approvisionnement sécuritaire sont principalement médicalisés et entravés par des limites de capacité. Dans son document de politiques « Innovating Beyond Exclusively Medicalized Approaches » publié en 2023, le groupe de travail Canadian Civil Society Advancing Safe Supply a signalé que « les programmes d'approvisionnement sécuritaire existants par prescripteur(-trice)s ou médicalisés [...] ne constituent pas à eux seuls une réponse adéquate à la crise urgente de la toxicité des drogues » et « créent des obstacles et des exclusions pour les populations racisées et d'autres populations marginalisées ». ⁶ En particulier, le groupe de travail a relevé de nombreuses exigences préalables à l'accès aux médicaments dans le cadre de ces programmes, notamment des rendez-vous obligatoires de diagnostic et de suivi, des analyses d'urine et des visites à la pharmacie. Il a donc recommandé « un soutien urgent et visible à l'approvisionnement sécuritaire non médical par le biais de coopératives et de clubs d'acheteurs ou de compassion, de même que d'autres options communautaires d'approvisionnement sécuritaire non médicalisé, et leur mise à l'échelle. » ⁷

Dans ce rapport, les services de consommation supervisée sont définis comme étant des services de santé fondés sur des données probantes qui offrent un environnement sûr et hygiénique aux individus pour utiliser des drogues sous la supervision d'un personnel ou de bénévoles formé-es, et qui comprennent des services à faible barrière et/ou temporaires souvent appelés « services de prévention des surdoses » (SPS).

L'une de ces options d'approvisionnement sécuritaire démedicalisé consiste à y accroître l'accès dans les services de consommation supervisée (SCS). Fondés sur les principes de la réduction des méfaits, les SCS visent à offrir un accès facile et peu contraignant aux personnes qui utilisent des drogues; leur personnel se compose souvent de personnes ayant une expérience vécue de l'utilisation de drogues (c.-à-d. des « pair-es »).⁸ L'approvisionnement sécuritaire prescrit est déjà offert dans de nombreux SCS, et les données d'études sont prometteuses quant à la volonté des participant-es de consommer dans un cadre contrôlé⁹ et à la colocalisation de programmes d'approvisionnement sécuritaire avec des SCS à faible barrière. Cette approche facilite la connexion entre les services, vu la proximité physique et les contacts entre membres du personnel; cependant, des participant-es ont mentionné des défis liés à la combinaison des services, notamment des heures d'ouverture limitées, de longs temps d'attente en période de pointe et le partage de l'espace avec des personnes ne bénéficiant pas d'un approvisionnement sécuritaire.¹⁰ Une étude a révélé que la préférence de certain-es participant-es pour l'utilisation de drogues dans des conditions isolées plutôt que dans un SCS était reliée à des expériences de violence fondée sur le genre, ce qui met en relief la nécessité d'accroître l'offre en milieu plus sécuritaire.¹¹ Toutefois, de nombreux(-ses) participant-es ont souligné la commodité d'un programme d'approvisionnement sécuritaire intégré dans un service qu'ils/elles utilisent déjà – notamment dans un

lieu qu'ils/elles associent à la sécurité, au confort et à une exposition réduite aux « forces d'oppression structurelle et à la marginalisation qui s'observent sur la scène locale des drogues (p. ex., violence, harcèlement policier) ».¹² Affirmant les possibilités d'améliorer l'accès à l'approvisionnement sécuritaire par le biais des SCS, un rapport de 2024 de la médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique affirme que « [I]es occasions d'améliorer l'accès à la possibilité de consommer sur place des produits de rechange prescrits, dans des sites de réduction des méfaits existants, par exemple des sites de prévention des surdoses et de consommation supervisée, devraient être envisagées et soutenues ».¹³

Pour faciliter l'expansion de l'approvisionnement sécuritaire dans les SCS, il est nécessaire d'examiner le cadre juridique et de politiques qui régit à la fois les SCS et l'approvisionnement sécuritaire. C'est pourquoi le Réseau juridique VIH a analysé ces cadres ainsi que les options juridiques et de politiques qui permettraient de mettre à l'échelle l'approvisionnement sécuritaire dans les SCS, puis conçu diverses options juridiques et de politiques pour combler l'écart entre les recommandations de personnes qui utilisent des drogues, de clinicien-nes, d'organismes de la société civile et de défense des droits humains, et de chercheur(-euse)s du domaine de la réduction des méfaits et de l'approvisionnement sécuritaire, de même que les obstacles juridiques et réglementaires empêchant la mise en œuvre de ces recommandations.

Méthodologie

La feuille de route qui suit a été élaborée à partir d'une synthèse des données disponibles; d'entrevues auprès d'informateur(-trice)s clés (personnes qui utilisent des drogues, prestataires de services (y compris dans les SCS), expert-es juridiques et responsables des programmes et des politiques); et des lois, politiques et normes de droits humains applicables.

Nous avons fait appel à des informateur(-trice)s clés (IC) ayant une expérience et des perspectives uniques en matière d'approvisionnement sécuritaire pour éclairer ce rapport. Nous avons recruté ces personnes en tenant compte de la diversité géographique, raciale, d'âge et de genre à représenter.

Nous avons interrogé 16 IC, dont 62,5 % (n=10) s'identifiaient comme des personnes qui utilisent des drogues; 62,5 % (n=10) avaient de l'expérience dans la gestion, la supervision ou la coordination d'un SCS; 31,3 % (n=5) s'identifiaient comme des intervenant-es de soutien ou de proximité et la même proportion détenait une expérience en gestion de programme de SCS; 25 % (n=4) étaient des prescripteur(-trice)s (médecins ou infirmier(-ère)s praticien(-nes)); 18,8 % (n=3) avaient travaillé comme navigateur(-trice)s de système et/ou travailleur(-euse)s sociaux(-ales); 12,5 % (n=2) s'identifiaient comme prestataires de soins de santé non prescripteur(-trice)s; un-e (6,3 % ou n=1) a indiqué diriger un SCS non autorisé; et un-e autre (6,3 % ou n=1) a indiqué être directeur(-trice) général-e. Les IC résidaient principalement en Colombie-Britannique (n=6) et en Ontario (n=5), où se trouvent actuellement la plupart

des programmes d'approvisionnement sécuritaire, mais d'autres étaient originaires de l'Alberta (n=1), de la Saskatchewan (n=1), du Québec (n=1), du Nouveau-Brunswick (n=1) et du Yukon (n=1).

Cinq autres informateur(-trice)s clés ont par ailleurs été recruté-es des secteurs de la pharmacie, du droit, de l'industrie ainsi que de Santé Canada pour des entrevues ciblées sur des considérations juridiques et de politiques.

Outre les entrevues auprès d'IC, nous avons réalisé un examen exhaustif de l'état des données sur l'approvisionnement sécuritaire à l'aide d'articles de recherche examinés par des pair-es, de revues de la littérature, d'évaluations de programmes et de rapports, afin d'identifier les tendances émergentes et de valider les informations venant d'IC.

Nous avons protégé l'anonymat de tou-te-s les IC afin de faciliter leur participation et leur évaluation honnête des avantages et des limites des modèles d'approvisionnement sécuritaire, y compris dans le cadre des SCS.



Nous valorisons les voix de l'expérience vécue/de vie passée ou présente, en particulier celles des personnes qui utilisent des drogues, qui sont les plus susceptibles de recourir à l'approvisionnement sécuritaire dans les SCS. Ces personnes sont les expertes en ce qui concerne leurs besoins et souhaits; tout travail pour réduire les obstacles dans l'accès à l'approvisionnement sécuritaire doit être centré sur leurs perspectives. Par conséquent, nous avons priorisé leurs opinions d'expert-es tout au long de notre analyse, de nos entrevues auprès d'informateur(-trice)s clés et de la rédaction de notre rapport.



Aperçu de l'état actuel des données probantes sur les programmes d'approvisionnement sécuritaire

Puisque la plupart des services d'approvisionnement sécuritaire actuellement offerts au Canada procèdent par prescription, la majorité des données examinées par des pair-es proviennent de ce type de programme.

Les données probantes sur l'approvisionnement sécuritaire sont encore émergentes et les résultats à long terme restent à déterminer, mais certains de ses avantages sont déjà démontrés, notamment :

- Diminution du nombre de surdoses mortelles et non mortelles
- Amélioration de la santé physique, mentale et émotionnelle
- Meilleure guérison des plaies grâce aux soins en la matière
- Amélioration des liens avec les services sociaux et de santé
- Amélioration du fonctionnement général et réduction du recours à des drogues non réglementées
- Diminution des infections liées à l'injection de drogues
- Réduction des coûts pour les systèmes de soins de santé.¹⁴

De plus, les coroners de la Colombie-Britannique et de l'Ontario ont tous deux affirmé que rien n'indique que l'approvisionnement sécuritaire prescrit contribue aux décès liés à l'empoisonnement par des drogues.¹⁵

Ce corpus de données croissant montre que l'approvisionnement sécuritaire est prometteur, mais que l'extensibilité, la capacité et d'autres limites des programmes actuels soulèvent des préoccupations.¹⁶ Par ailleurs, des rapports du *BC Centre for Disease Control*¹⁷ et de l'Ontario Drug Policy Research Network soulignent que l'inhalation est à présent à l'origine, dans les deux provinces, d'un nombre de décès par surdose considérablement plus élevé que l'injection. Or il n'existe aucune option d'approvisionnement sécuritaire pour les personnes qui fument des drogues.¹⁸

En outre, en 2024, un examen de la portée des programmes d'approvisionnement sécuritaire a identifié les limites des programmes médicalisés¹⁹ – qui sont corroborées par la littérature grise et qui soulignent la nécessité de tenir compte de la culture de l'utilisation de drogues afin d'améliorer l'accessibilité et l'acceptabilité des services.²⁰ Par exemple, un rapport de 2021 sur le fractionnement et le partage de drogues dans les SCS a révélé que l'accessibilité des services est meilleure lorsque les politiques, le milieu et les membres du personnel sont plus proches de la culture de l'utilisation de drogues et s'y harmonisent davantage.²¹ Une autre étude sur les résultats d'un club de compassion pour l'approvisionnement sécuritaire non médical dirigé par un collectif de personnes qui utilisent des drogues, le Drug User Liberation Front (DULF), a démontré qu'un modèle qui ne dépend pas de professionnel-les de la santé comme prescripteur(-trice)s est réalisable et très prometteur, car les résultats de cette intervention incluent « une diminution de tous les types de surdoses non mortelles ».²²

Il convient de signaler une certaine discordance entre les ressources pour l'élaboration de services éclairées par des personnes qui utilisent des drogues, qui recommandent des modèles d'approvisionnement sécuritaire souples et fondés sur la réduction des méfaits,²³ et la réalité des modèles d'approvisionnement sécuritaire médicalisés et souvent rigides qui sont mis en œuvre au Canada. Nous avons discuté en détail de cette considération avec nos informateur(-trice)s clés.

Points de vue des informateur(-trice)s clés sur les programmes d'approvisionnement sécuritaire dans les SCS

Avantages de l'approvisionnement sécuritaire intégré à des SCS

Tou-te-s les IC ont reconnu la valeur et le potentiel de l'expansion de l'approvisionnement sécuritaire dans le cadre des SCS, et pratiquement toutes les personnes associées à un SCS ont affirmé qu'elles pourraient intégrer l'approvisionnement sécuritaire dans le leur. Parmi les IC prescripteur(-trice)s, tou-te-s ont expliqué qu'en vertu du processus actuel, ils/elles rencontrent les participant-es en personne ou virtuellement par le biais d'un-e infirmier(-ère) sur place. Les produits fournis par approvisionnement sécuritaire prescrit devaient pour la plupart être consommés sur place, sous la surveillance d'un-e professionnel-le de la santé réglementé-e. Les IC ont souligné les avantages de l'expansion de l'approvisionnement sécuritaire dans les SCS, vu l'infrastructure existante, la formation du personnel, la confiance établie avec la communauté des personnes qui utilisent des drogues et la philosophie de pratique à faible barrière et de réduction des méfaits.

Un-e IC prescripteur(-trice) a indiqué que l'offre d'un approvisionnement sécuritaire à son SCS lui permettait de prescrire des doses plus élevées qui répondent aux besoins des participant-es, grâce aux mesures de protection intégrées au SCS. **Un-e autre IC prescripteur(-trice) a décrit trois avantages clés, soit les soins, la connexion et l'accès :**

Les participant-es disent économiser de l'argent; faire des économies sur des choses qui améliorent leur vie d'autres façons; faire moins de surdoses parce qu'elles n'ont pas recours à l'approvisionnement non réglementé; et gagner du temps en visitant un seul endroit au lieu de se rencontrer quelque part ou dans un stationnement et de risquer tous les problèmes liés à des transactions en public ou dans une maison de trafiquants.

D'autres IC qui travaillent dans des sites offrant un approvisionnement sécuritaire ont cité des bienfaits dont fait état la littérature, comme la réduction des surdoses mortelles et non mortelles, l'amélioration de la santé et du bien-être, un meilleur arrimage aux soins, la réduction du recours à l'approvisionnement non réglementé et un meilleur contrôle de l'utilisation de drogues. Plusieurs ont également mentionné la diminution de la criminalité de survie, l'amélioration du fonctionnement général et, plus globalement, la satisfaction de besoins fondamentaux qui permet aux individus de se concentrer sur d'autres priorités et objectifs.

Des IC prescripteur(-trice)s ont souligné l'utilité de l'approvisionnement sécuritaire comme incitatif pour recourir aux SCS et au traitement des dépendances, ce qui améliore l'accessibilité et l'acceptabilité des services existants. Selon des données émergentes, l'accès à un approvisionnement sécuritaire améliore la rétention dans le traitement par agonistes opioïdes (TAO).²⁴ Selon un-e IC, « cela a motivé certaines personnes à vouloir [...] stabiliser leur trouble d'utilisation d'opioïdes, ce qu'elles ne voulaient pas faire avant de participer à notre programme. Par exemple, elles avaient déjà suivi un TAO, mais n'avaient pas aimé. Elles n'en voyaient pas vraiment l'intérêt, jusqu'à ce qu'elles aient accès à un approvisionnement sécuritaire où elles reçoivent quelque chose qui est [...] gratuit, réglementé et prévisible. » D'autres IC ont décrit les avantages de la prestation d'un soutien global aux participant-es, en plus de l'approvisionnement sécuritaire.

Limites et obstacles aux programmes actuels d'approvisionnement sécuritaire dans les SCS

Les trois principales limites mentionnées par les IC en lien avec les programmes d'approvisionnement sécuritaire actuels concernent :

- (1) le nombre insuffisant de prescripteur(-trice)s disponibles et/ou disposé-es à prescrire;
- (2) le besoin de flexibilité et d'une plus grande variété de modèles d'approvisionnement sécuritaire démedicalisés; et
- (3) le besoin d'un plus grand nombre d'options d'approvisionnement sécuritaire, y compris pour les personnes qui fument des drogues ou qui utilisent des stimulants.

Tou-te-s les IC ont cité le manque de prescripteur(-trice)s disponibles et/ou disposé-es à prescrire comme obstacle principal à l'expansion de l'approvisionnement sécuritaire; cela entraîne de longues listes d'attente et une capacité limitée à servir un grand nombre de personnes. En réponse à cette situation, certain-es IC prescripteur(-trice)s ont indiqué que les gouvernements fédéral et provinciaux pourraient demander aux organismes de réglementation d'assouplir les restrictions imposées aux prescripteur(-trice)s et d'apaiser les craintes de sanctions liées à l'approvisionnement sécuritaire.

En termes de modèles de programmes, une divergence notable s'observe entre les IC prescripteur(-trice)s et les IC qui s'identifient comme utilisant des drogues. Alors que les prescripteur(-trice)s ont souligné les mérites de l'approvisionnement sécuritaire dans les SCS en tant qu'occasion d'engager les participant-es dans les soins, d'autres IC ont exprimé leur inquiétude quant au fait d'être limité-es ou piégé-es par des limites strictes des programmes de traitement. Les IC ont décrit l'accès actuel et continu à l'approvisionnement sécuritaire prescrit comme étant souvent conditionnel au respect de nombreuses exigences par les participant-es, y compris des tests d'urine fréquents, des visites quotidiennes pour obtenir leur dose, des ordonnances de courte durée, des rendez-vous de suivi, des établissements d'objectifs et la participation à l'évaluation du programme. Des protocoles relatifs aux doses manquées imposent un dosage réduit pour protéger les participant-es au cas où leur tolérance aurait diminué en période de non-utilisation; et des protocoles de réorientation sont appliqués pour favoriser le sentiment de sécurité des communautés. Ces mesures

posent des obstacles à l'accessibilité et ne sont pas universellement considérées comme protectrices, en particulier par les personnes qui utilisent des drogues. Un-e IC s'est dit préoccupé-e par le fait que l'espace protégé d'un SCS serve à « sélectionner » des candidat-es idéaux(-ales) pour l'approvisionnement sécuritaire. De nombreux(-ses) IC ont mis en garde contre la répliation dans les SCS de l'approche actuelle, axée sur les prescripteur(-trice)s et imposant des exigences rigides, car elle pourrait avoir pour conséquences d'exclure ou de bannir des participant-es jugé-es « non conformes » et de perpétuer des traumatismes medicalisés.

Plusieurs IC ont également reconnu que l'emphase actuelle sur l'approvisionnement sécuritaire prescrit dévalorise l'élaboration et la mise en œuvre d'autres modèles d'approvisionnement sécuritaire, y compris dans le cadre des SCS. **Comme l'a indiqué un-e IC prescripteur(-trice) :**

Ça maintient dans un cadre medicalisé un enjeu qui est enraciné en grande partie dans l'injustice sociale. Le fait que des prescripteur(-trice)s soient impliqués et que ça se déroule dans des établissements de soins réputés ... contribue à camoufler, à subvertir et à faire dérailler d'une certaine façon les mouvements de justice pour les personnes qui utilisent des drogues et pour mettre fin à la guerre contre les drogues.

Certain-es ont recommandé une accessibilité 24 heures sur 24 et sept jours sur sept et l'utilisation de distributeurs automatiques, étant donné que l'utilisation de drogues n'est pas une activité « de 9 à 5 ». Des IC ont expliqué que, pour plusieurs, l'utilisation de drogues est un comportement social et qu'un cadre clinique serait dissuasif à la fois pour les bénéficiaires d'un approvisionnement sécuritaire et pour les non-bénéficiaires de cet approvisionnement qui fréquentent le SCS. Comme l'a affirmé un-e IC : « Ça peut paraître étrange de boire une bière au cabinet de votre médecin, plutôt que dans un bar avec un-e ami-e. »

Selon un-e IC qui dirige un SCS, un approvisionnement sécuritaire véritablement accessible pourrait même éliminer la nécessité de SCS : « Ça serait encore mieux qu'on n'ait pas besoin d'espaces de consommation sécuritaire, parce que les produits utilisés seraient sûrs. »

« Je trouve que le modèle médical n'est pas très loin du modèle criminalisé de l'utilisation de substances et de la guerre contre les drogues. »

(UN-E INFORMATEUR(-TRICE) CLÉ)

Une remarque récurrente a été qu'il n'existe pas de modèle ou d'approche unique de l'approvisionnement sécuritaire, mais qu'un continuum d'options est nécessaire. Par exemple, des IC ont suggéré des clubs d'acheteurs ou de compassion et des modèles de santé publique qui ne nécessitent pas de relation prescripteur(-trice)/patient-e. Comme l'a affirmé un-e IC ayant une expérience vécue passée ou présente : « Pour éliminer certains obstacles, ce serait bien de ne pas avoir un modèle d'approvisionnement sécuritaire médicalisé, mais plutôt des clubs d'acheteurs ou de compassion dirigés par des personnes qui utilisent des drogues, qui offrent des services d'analyse des drogues et diverses stratégies de réduction des méfaits. »

La plupart des IC ont souligné que les SCS devraient continuer à tenir compte de la culture de l'utilisation de drogues, et ont mis en garde contre l'introduction de programmes et de personnel cliniques dans ces cadres qui se veulent adaptés à la culture. Pour cette raison, même les IC en faveur de l'approvisionnement sécuritaire prescrit ont reconnu qu'une mise en œuvre dans les SCS devrait inclure un certain degré de démedicalisation. Les IC ont exhorté les responsables de SCS à retirer les éléments médicaux de l'approvisionnement sécuritaire, ou à les rendre volontaires ou complémentaires à leurs programmes. En présence d'une medicalisation et de soutiens globaux, les IC ont suggéré d'établir des espaces distincts pour la prestation des services afin que le SCS demeure un espace protégé pour ceux et celles qui ne souhaitent pas interagir avec un personnel médical.

Des IC ont exprimé des mises en garde additionnelles à savoir qui devrait être responsable de l'opérationnalisation et du fonctionnement de l'approvisionnement sécuritaire dans un SCS. Comme l'a expliqué un-e IC prescripteur(-trice), les systèmes et établissements de grande taille ne sont pas les mieux outillés pour diriger des programmes à faible barrière et fondés sur la réduction des méfaits, et sont souvent incapables d'offrir des soins personnalisés. Dans l'ensemble, les IC s'entendaient pour dire qu'il faut s'attaquer à la dynamique de pouvoir néfaste entre prescripteur(-trice)s et participant-es qui résulte des modèles médicalisés, et que les programmes d'approvisionnement sécuritaire, y compris dans les SCS, devraient être dirigés et créés/cocréés par la communauté des personnes qui utilisent des drogues auxquelles l'approvisionnement sécuritaire est destiné.

Les IC ont identifié un éventail de substances fournies dans le cadre de l'approvisionnement sécuritaire, y compris des comprimés comme l'hydromorphone et l'oxycodone; des produits du fentanyl comme les timbres de fentanyl, le sufentanil injectable, les pilules de fentanyl à dissoudre et le fentanyl en poudre; et d'autres options injectables comme l'hydromorphone liquide et la diacétylmorphine. Les options injectables étaient principalement fournies dans le cadre d'un modèle similaire à celui du TAOi, exigeant que les participant-es s'injectent sur place. Les IC prescripteur(-trice)s ont fait état de besoins non-comblés en opioïdes pharmaceutiques, comme la diacétylmorphine et le fentanyl en diverses formulations.

De nombreux(-ses) IC, que ce soit des prescripteur(-trice)s ou des personnes ayant une expérience vécue présente ou passée, ont souligné la nécessité d'options viables d'approvisionnement sécuritaire en stimulants, en soulignant que les personnes qui utilisent des stimulants sont souvent exclues des conversations sur la réduction des méfaits et l'approvisionnement sécuritaire alors qu'elles risquent de subir de nombreux préjudices de l'approvisionnement non réglementé, y compris la mort. À l'heure actuelle, les stimulants prescrits sont principalement la dextroamphétamine et le méthylphénidate, des médicaments qui, souvent, ne reproduisent pas les effets souhaités des substances non réglementées qu'ils sont censés remplacer. Les IC ont également noté l'absence de benzodiazépines dans les options d'approvisionnement sécuritaire actuellement prescrites. Un autre thème majeur a été l'iniquité des options prescrites, qui n'incluent pas de formulations à fumer. Cet enjeu a été abordé par plusieurs IC, dont un-e qui a soutenu que l'absence d'options à fumer est une forme de racisme puisque les communautés racisées sont plus susceptibles de fumer leurs drogues que d'utiliser d'autres modes de consommation. D'autres IC ont signalé qu'il est impératif d'offrir des espaces plus sécuritaires pour fumer et un approvisionnement sécuritaire réglementé en produits à fumer, car la plupart des participant-es qui fréquentent des SCS sont des personnes qui fument leurs drogues. Par conséquent, les IC ont recommandé d'élargir la gamme de drogues offertes pour inclure des stimulants, des options à fumer, la diacétylmorphine, la cocaïne et des benzodiazépines.

Les inégalités touchant les régions rurales et éloignées ont maintes fois été mentionnées. Des IC ont souligné qu'il n'existe pas de SCS dans de nombreuses localités, en particulier en région rurale et éloignée – ce qui met en relief l'importance d'offrir dans les services de réduction des méfaits un éventail d'options d'approvisionnement sécuritaire répondant aux disparités géographiques. Des préoccupations ont également été soulevées quant à l'éthique des programmes pilotes d'approvisionnement sécuritaire. Des IC ont évoqué l'impermanence, le financement précaire et la faible capacité des programmes pilotes comme étant des éléments préoccupants. D'autres limites ont été signalées, notamment le manque de financement disponible et durable, d'espaces physiques pour développer des programmes d'approvisionnement sécuritaire, et de connaissance d'éléments technologiques nécessaires comme les bases de données pharmaceutiques en ligne et les dossiers médicaux électroniques. Les IC ont noté que l'obtention d'un financement durable est déjà difficile pour de nombreux services de réduction des méfaits, certains SCS étant contraints d'autofinancer leur programme parce que leur gouvernement provincial refuse de soutenir la réduction des méfaits. Par conséquent, l'ajout de programmes d'approvisionnement sécuritaire peut représenter un défi financier pour des prestataires de SCS déjà aux prises avec un financement insuffisant. Les IC ont également indiqué que le manque de financement à long terme nuit à l'expansion des services et à l'innovation, car les responsables de programmes craignent que les fonds soient compromis en cas de changement d'idéologie politique.

Cadres juridiques et de politiques pertinents à l'approvisionnement sécuritaire dans les SCS

Afin de comprendre comment l'approvisionnement sécuritaire peut être mis en œuvre et élargi dans les SCS du Canada, et de mettre en contexte les obstacles et occasions susmentionnés, il faut examiner brièvement les cadres juridiques et de politiques pertinents au Canada et à l'échelle internationale.

Contrôle fédéral des drogues

Loi réglementant certaines drogues et autres substances (L.C. 1996, ch. 19)

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) est la législation générale qui réglemente certaines drogues, qui interdit des activités liées aux drogues ou substances contrôlées (inscrites à ses annexes) et qui définit des infractions passibles d'une peine d'emprisonnement, d'une amende ou des deux à la fois. Les interdictions qu'elle établit limitent les activités liées à la possession, à l'administration ou à la fourniture de « substances désignées », y compris des substances qui seraient utilisées dans le cadre de programmes d'approvisionnement sécuritaire. Comme l'ont noté les juristes, pour que les programmes d'approvisionnement sécuritaire (y compris en SCS) fonctionnent légalement, la fourniture et la possession de substances doivent nécessairement être exemptées de sanctions pénales, et « la décriminalisation complète de l'utilisation de drogues et de la possession de drogues pour usage personnel, dans tous les domaines, doit être considérée comme un complément à toute mesure efficace d'approvisionnement sécuritaire ».²⁵

Des exceptions à des interdictions d'activités peuvent être autorisées par voie de réglementation (art. 55(1) de la LRCDAS) ou par le biais d'exemptions délivrées par le/la

ministre fédéral-e de la Santé (art. 56(1) de la LRCDAS). L'article 56(1) de la LRCDAS donne au ou à la ministre de larges pouvoirs pour exempter de l'application de la LRCDAS et de ses règlements toute personne ou catégorie de personnes ou toute substance contrôlée ou précurseur, à des fins médicales ou scientifiques ou « dans l'intérêt public ». Des dérogations ont été accordées en vertu de l'art. 56(1), par exemple pour permettre aux provinces d'autoriser des sites de prévention des surdoses, au motif que cela est « dans l'intérêt public »²⁶, et pour assouplir des règles applicables aux pharmacien-nes et aux prescripteur(-trice)s en ce qui concerne des substances réglementées, en réponse à la pandémie de COVID-19, afin de leur permettre de fournir des substances réglementées à des patient-es en auto-isolément.²⁷

L'article 56.1 de la LRCDAS traite spécifiquement des exemptions de la LRCDAS applicables aux SCS pour des « raisons médicales » si les critères établis sont remplis. De plus, l'article 56.2 de la LRCDAS indique que « [l]a personne responsable de superviser directement, au site de consommation supervisée, la consommation de substances désignées peut offrir aux usagers du site des options de pharmacothérapie avant qu'ils y consomment des substances désignées obtenues d'une manière non autorisée sous le régime de la présente loi ». Cette

sous-section a été introduite en 2017 pour soutenir l'offre de « médicaments de remplacement » dans les SCS.²⁸

Dans ce cadre, seules les personnes autorisées définies dans les règlements ou les exemptions prévues par la LRCDas peuvent mener des activités impliquant des substances réglementées qui seraient autrement illégales. En particulier, seul-es les « praticien[-ne]s » peuvent prescrire des médicaments et substances réglementés en vertu de la LRCDas. Il s'agit notamment des prestataires de soins de santé réglementés tels que les médecins ou les dentistes, mais aussi de toute autre catégorie de personnes spécifiquement autorisée par la réglementation fédérale. Il convient de noter que certaines substances réglementées ne peuvent être prescrites que par une catégorie limitée de praticien-nes. Par exemple, en dehors d'un hôpital, la diacétylmorphine ne peut être prescrite que par un médecin ou un-e infirmier(-ière) praticien-ne.

Règlement sur les stupéfiants (C.R.C., ch. 1041)

Le *Règlement sur les stupéfiants* (RS) a été adopté en vertu de la LRCDas. L'article 2(1) du RS définit une ordonnance comme « l'autorisation d'un praticien d'en dispenser une quantité déterminée pour la personne qui y est nommée ou pour l'animal qui y est identifié (*prescription*) » et l'article 53(2) permet aux praticien-nes de vendre des stupéfiants à une personne qui est un-e patient-e qu'ils/elles traitent professionnellement, si le stupéfiant est nécessaire pour l'état pour lequel la personne reçoit le traitement.

Le RS comprend également une section sur les « distributeurs autorisés » qui, en vertu de l'article 8(1) du RS, « peu[ven]t produire, assembler, vendre, fournir, transporter, expédier, livrer, importer ou exporter un

stupéfiant s'il[s] se conform[e]nt] au présent règlement ainsi qu'aux conditions de [leur] licence de distributeur autorisé et de tout permis délivré en vertu du présent règlement ». En vertu de l'article 9 du RS, seul un individu qui réside habituellement au Canada, une « personne morale » qui a son siège social ou exploite une succursale au Canada (ce qui pourrait inclure un SCS), ou le/la « titulaire d'un poste qui est responsable des questions relatives aux stupéfiants » pour le compte du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement provincial, d'un service de police, d'un hôpital ou d'une université au Canada, peut demander une licence de distributeur autorisé. L'article 25.4 du RS autorise un distributeur agréé à vendre ou à fournir un stupéfiant à une personne qui bénéficie d'une exemption relative à sa possession en vertu de l'article 56 de la LRCDas.

Loi sur les aliments et drogues (L.R.C., 1985, ch. F-27)

Tous les médicaments sont également soumis à la *Loi sur les aliments et drogues* (LAD) et aux règlements afférents, y compris les médicaments prescrits dans le cadre de programmes d'approvisionnement sécuritaire. En cas d'incohérence ou de conflit entre la LRCDas et la LAD et ses règlements afférents, la LRCDas prévaut.²⁹ Pour qu'un médicament puisse être fabriqué ou vendu au Canada, il doit être autorisé par la LAD.

Compétence provinciale/territoriale en matière d'administration des soins de santé

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont les principaux responsables de la gestion, de l'organisation et de la prestation des services de santé, y compris la réglementation des professionnel-les de la santé, l'administration des régimes publics d'assurance-médicaments et le financement des services de réduction des méfaits. Ils jouent par conséquent un rôle central dans la mise en œuvre des programmes d'approvisionnement sécuritaire.

Législation sur les professions de la santé réglementées

Les lois provinciales et territoriales régissant les professionnel-les de la santé (infirmier(-ières), médecins, pharmacien-nes, dentistes, etc.) définissent des « actes autorisés » ou des « activités réglementées », telles que la prescription, qui peuvent être effectués uniquement par des professionnel-les de la santé réglementé-es qui y sont autorisé-es, et elles réglementent la manière dont ces professionnel-les autorisé-es mènent des activités avec des substances réglementées dans le cadre de leur champ de pratique.³⁰ Dans chaque province et territoire, les organismes de réglementation professionnelle sont également chargés de veiller à ce que les professionnel-les de la santé réglementé-es fournissent des services de santé de manière sûre, professionnelle et conforme à l'éthique, notamment en établissant à l'intention des professionnel-les de la santé des normes de pratique qui pourraient avoir une incidence sur l'accessibilité des programmes d'approvisionnement sécuritaire (p. ex., en imposant une formation additionnelle pour la prescription d'un produit en approvisionnement sécuritaire).

Régimes d'assurance-médicaments à financement public

Chaque province et territoire administre également un régime d'assurance-médicaments financé par les fonds publics, qui offre une couverture à sa population admissible sur la base de critères spécifiques et d'une liste de médicaments approuvés (appelée « formulaire » dans certaines provinces) dont le coût est remboursé aux personnes. Toutes les provinces et tous les territoires offrent une certaine forme de couverture des médicaments (y compris les médicaments prescrits dans le cadre de programmes d'approvisionnement sécuritaire) aux personnes de certaines populations, telles que les bénéficiaires de l'aide sociale, les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies associées à des coûts élevés en médicaments, avec des différences entre les provinces en ce qui concerne les personnes couvertes et les médicaments couverts. Au moins un régime public d'assurance-médicaments (Ontario) stipule que « les répercussions sur les patients et la société » ainsi que « l'intérêt public » font partie des facteurs pris en compte pour déterminer si un médicament devrait être remboursé.³¹

Pouvoirs d'urgence

Une déclaration d'urgence est un processus juridique qui permet à un gouvernement d'accéder temporairement à des pouvoirs extraordinaires l'autorisant à agir rapidement et facilement pour répondre à une crise.

Loi [fédérale] sur les mesures d'urgence (L.R.C., 1985, ch. 22 (4^e Supp.))

Le pouvoir fédéral en matière d'urgence permet, dans des circonstances exceptionnelles, de mettre en œuvre un large éventail de mesures temporaires, y compris d'ordonner à toute catégorie de personnes de fournir des services essentiels. La *Loi sur les mesures d'urgence*, article 3(a), définit une « crise nationale » comme une situation « résult[ant] d'un concours de circonstances critiques à caractère d'urgence et de nature temporaire [...] qui [...] **met gravement en danger la vie, la santé ou la sécurité des Canadiens** et échappe à la capacité ou aux pouvoirs d'intervention des provinces ». La Loi définit quatre catégories de « crises nationales », dont le « sinistre » [Note du traducteur : Ce terme est utilisé dans la Loi pour traduire de l'anglais l'expression *public welfare emergency*, soit : *urgence en matière de bien-être public*](art. 5), qui est défini comme une crise « causée par les événements ou l'imminence de [...] **maladies affectant les humains**, les animaux ou les végétaux [ou d'**accidents** ou [de] pollution [...] et **comportant le risque de pertes humaines** et matérielles, de bouleversements sociaux ou d'une interruption de l'acheminement des denrées, ressources et services essentiels d'une gravité telle qu'elle constitue une situation de crise nationale » [caractères gras ajoutés].

La nature sans précédent et l'ampleur de la crise d'empoisonnements par des drogues non réglementées pourraient justifier une déclaration de sinistre [c.-à-d. d'urgence en matière de bien-être public]. Cela permettrait au gouvernement fédéral, en vertu de l'article 8 de la *Loi sur les mesures d'urgence*, d'habiliter ou d'ordonner « à une personne ou à une personne d'une catégorie de personnes compétentes en l'espèce de fournir des services essentiels ».

Lois provinciales en matière d'urgence

Les provinces disposent également de lois relatives aux pouvoirs d'urgence, leur permettant de réagir rapidement à des crises, dont certaines autorisent également les municipalités à décréter une urgence locale.³² En 2016, par exemple, le médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique a déclaré en réponse à la crise d'empoisonnements par des drogues dans la province une urgence de santé publique en vertu de la *Public Health Act* [loi provinciale sur la santé publique].³³ Cette déclaration a permis à la médecin hygiéniste d'autoriser exceptionnellement des professionnel·les de la santé agréé·es à exercer des activités qu'il ne leur serait autrement pas permis d'exercer en vertu d'une réglementation relative aux professions de la santé, et de « modifier une exigence, une norme, une limite ou une condition établie en vertu d'une réglementation relative aux professions de la santé, ou d'y renoncer ». ³⁴ Cette déclaration a permis la mise en place ultérieure d'ordonnances de santé publique, dont l'une a offert aux infirmières de la Colombie-Britannique une avenue leur rendant possible de prescrire un approvisionnement sécuritaire.³⁵

Traités et normes des droits humains à l'échelon international

À l'international, le Canada est partie aux conventions des Nations Unies sur le contrôle des drogues. En vertu de ces conventions, l'utilisation de substances contrôlées ou « désignées » n'est autorisée qu'à des fins médicales ou scientifiques,³⁶ bien qu'il soit expressément reconnu que « l'usage médical des stupéfiants demeure indispensable pour soulager la douleur et que les mesures voulues doivent être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à cette fin ».³⁷

De plus, les politiques sur les drogues doivent être mises en œuvre de manière à respecter, promouvoir et protéger les droits humains.³⁸ Le Canada a ratifié des traités internationaux sur les droits humains qui l'obligent à respecter le droit à la vie et le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint.³⁹ Le droit à la vie a été interprété par le Comité des droits de l'homme (un organe de surveillance chargé d'examiner le respect par les États du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*) comme exigeant des gouvernements qu'ils « prennent des mesures appropriées destinées à améliorer certains contextes dans la société susceptibles d'engendrer avec le temps des menaces directes pour la vie ou d'empêcher des personnes de jouir de leur droit à la vie dans la dignité ».⁴⁰ D'ailleurs, en 2018, le Comité a affirmé dans l'affaire *Toussaint c. Canada* que le droit à la vie peut exiger du gouvernement qu'il fournisse des soins de santé d'urgence et essentiels, y compris des médicaments essentiels pour contrôler le diabète et l'hypertension, qui avaient été refusés au requérant en tant que migrant sans papiers au Canada.⁴¹ Le droit à la santé a été défini de manière à inclure la provision de médicaments essentiels, dans le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDÉSC) qui consacre également le droit à l'égalité et le droit de bénéficier du progrès scientifique.⁴² Notamment, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (chargé d'examiner le respect du PIDÉSC par les États) a interprété que ce droit « englobe une grande diversité de facteurs socioéconomiques de nature à promouvoir des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine », y compris des mesures pour

prévenir et réduire l'exposition à des « substances nocives », et qu'il nécessite que les biens et services ainsi que l'information soient disponibles « en quantité suffisante » et soient accessibles, acceptables et de bonne qualité, c'est-à-dire « scientifiquement et médicalement appropriés ».⁴³

De même, les *Directives internationales sur les droits de l'homme et la politique en matière de drogues* ont défini le droit à la vie comme englobant l'obligation des États de garantir l'accès aux services de prévention des surdoses en prenant des « mesures positives pour augmenter l'espérance de vie des consommateurs de drogue » et le droit à la santé comme exigeant des États qu'ils « modifie[nt] les lois, politiques et dispositions qui restreignent inutilement la disponibilité et l'accès aux médicaments réglementés ».⁴⁴ Les Directives signalent également que, dans le cadre des efforts gouvernementaux pour garantir la réalisation du droit à la santé, les États devraient « révoquer, modifier ou cesser d'appliquer les lois, politiques et pratiques empêchant l'accès aux substances réglementées à des fins médicales et aux biens, services et dispositifs de santé visant à prévenir l'abus de drogues et à réduire les risques pour les consommateurs de drogue et les personnes soignées en raison de leur toxicomanie », et qu'ils « pourraient s'appuyer sur les facilités prévues dans les conventions sur le contrôle des drogues de l'ONU pour dépenaliser la possession, l'acquisition ou la culture de substances réglementées à des fins de consommation personnelle ». Les Lignes directrices affirment en outre que le droit des personnes de bénéficier du progrès scientifique fait en sorte que les États devraient « prendre des mesures appropriées, notamment législatives, pour veiller à ce que les connaissances et technologies scientifiques et leurs applications – y compris les interventions basées sur des données scientifiques relatives au traitement de la toxicomanie, à la prévention des surdoses et à la prévention, au traitement et au contrôle du VIH, de l'hépatite C et d'autres maladies – soient physiquement disponibles et financièrement accessibles sans discrimination ».⁴⁵

En 2023, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a noté que « [m]ettre à disposition de façon adéquate, des médicaments essentiels placés sous contrôle international utilisés dans les soins ... de la dépendance aux drogues ... fait également partie des obligations fondamentales minimales inhérentes au droit à la santé ».⁴⁶ Le Haut-Commissariat a ainsi recommandé aux États de « contrôler les marchés des drogues illicites grâce à une réglementation responsable » et d'« [e]nvisager l'élaboration d'un système de réglementation de l'accès légal à toutes les substances soumises à contrôle ».⁴⁷

En droit canadien, la *Charte des droits et libertés* protège les droits des personnes qui utilisent des drogues. Dans l'affaire *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, par exemple, la Cour suprême du Canada a reconnu que les personnes utilisatrices de drogues par injection constituaient un groupe historiquement marginalisé et que le fait de les priver d'accès aux services de santé offerts par un service de consommation supervisée violait leurs droits constitutionnels à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.⁴⁸ Les tribunaux ont également statué à plusieurs reprises que les gouvernements ne peuvent pas exercer de discrimination à l'encontre des personnes qui utilisent des drogues.⁴⁹ En 2023, dans l'affaire

Black v Alberta, la Cour a confirmé que les restrictions imposées par un gouvernement à l'accès à de l'hydromorphone prescrite « peuvent contrevenir aux droits à la vie et à la sécurité de la personne garantis par l'article 7 de la *Charte* » et peuvent « avoir pour effet d'imposer un désavantage arbitraire ou discriminatoire aux personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes ».⁵⁰ La Cour a donc ordonné que les règlements limitant la capacité des prestataires de services à fournir un tel accès ne soient pas appliqués jusqu'à la résolution de l'affaire. En outre, toutes les législations provinciales et territoriales sur les droits humains interdisent la discrimination dans la fourniture de biens, de services et de logements fondée sur le handicap – motif qui a été défini de manière à englober la dépendance aux drogues.⁵¹ Pour réparer l'héritage des pensionnats et faire avancer le processus de réconciliation au Canada, la Commission de vérité et réconciliation a demandé pour sa part aux gouvernements de « reconnaître et de mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont prévus par le droit international et le droit constitutionnel, de même que par les traités » et « combler les écarts dans les résultats en matière de santé », notamment en ce qui concerne les « toxicomanies » et l'« espérance de vie ».⁵²

Politiques et pratiques qui font obstacle à la mise en œuvre et à l'exploration d'avenues de changement

Comme indiqué ci-dessus, l'analyse documentaire et les entrevues avec les IC décrivent trois éléments principaux qui font obstacle à la mise en œuvre d'un approvisionnement sécuritaire dans les SCS :

1. **La prescription d'un approvisionnement sécuritaire est limitée par l'insuffisance du nombre de prescripteurs(-trice)s disponibles ou disposé-es à cet effet.**
2. **Il est nécessaire d'assouplir les programmes et d'offrir une plus grande variété d'options d'approvisionnement sécuritaire démedicalisé.**
3. **Le choix de produits offerts est inadéquat en l'absence d'approvisionnement sécuritaire prescrit pour les personnes qui fument des drogues et d'options viables pour l'approvisionnement sécuritaire en stimulants.**

La prescription d'un approvisionnement sécuritaire est limitée par l'insuffisance du nombre de prescripteurs(-trice)s disponibles ou disposé-es à cet effet

Orientations des organismes de réglementation de professions

Confirmant les propos des IC de ce projet, des études ont montré que la fourniture d'un approvisionnement sécuritaire par les clinicien-nes a été accueillie avec réticence, en partie en raison de l'impression selon laquelle une prescription inappropriée pourrait constituer un motif de réprimande, ainsi que du caractère fastidieux des audits répétés émis par les organismes de réglementation des professions pour la prescription d'un approvisionnement sécuritaire.⁵³ En outre, bien que certaines lignes directrices aient été élaborées pour la prescription d'un approvisionnement sécuritaire,⁵⁴ la réticence des prescripteur(-trice)s peut être liée à l'absence générale de lignes directrices cliniques en la matière. Selon Santé Canada, « bien que certains médicaments opioïdes aient été approuvés par Santé Canada pour le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, il n'existe pas de médicaments approuvés pour les troubles liés à l'utilisation de substances impliquant des stimulants ou des sédatifs, de sorte que ces médicaments sont prescrits « hors indication » » [trad.]⁵⁵ – ce qui signifie qu'un médicament est utilisé d'une manière qui n'a pas été examinée et autorisée par Santé Canada.

L'un des moyens par lesquels les organismes de réglementation des professions peuvent accroître le sentiment d'aise et les connaissances des clinicien-nes pour prescrire un approvisionnement sécuritaire, et atténuer l'hésitation des prescripteur(-trice)s et leurs craintes de sanctions, consiste à publier des déclarations publiques et des orientations cliniques appuyant explicitement la prescription d'un approvisionnement sécuritaire dans le contexte des SCS et à offrir aux praticien-nes des formations les outillant pour y procéder. Le point de vue de Santé Canada selon lequel la dépendance aux substances est médicalement complexe à traiter, y compris en ce qui concerne le dosage, pourrait être abordé dans des lignes directrices cliniques et des outils d'aide à la décision.⁵⁶ Dans la mesure où les organismes de réglementation n'ont pas fourni un tel soutien ou une telle orientation, les autorités provinciales pourraient leur ordonner de le faire, comme cela fut fait récemment en Colombie-Britannique dans le contexte de la COVID-19.⁵⁷ En outre, Santé Canada pourrait jouer un rôle de leader et de rassembleur pour tenter d'influencer les organismes de réglementation des professions afin qu'ils fournissent ces conseils et ce soutien, en exhortant comme il l'a déjà fait les ministres provinciaux(-iales) de la Santé, les organismes de réglementation des professions de la santé et les organismes représentant leurs praticien-nes à fournir ce soutien et ces orientations cliniques.⁵⁸

Directives médicales

Les membres de professions de la santé réglementés qui sont légalement autorisés et compétents pour accomplir un acte autorisé (comme la prescription) peuvent conférer leur autorité pour accomplir cet acte à une autre personne qui n'est pas ainsi autorisée. La délégation d'actes autorisés et son acceptation sont soumises aux directives, normes et réglementations de l'ordre professionnel.⁵⁹ Dans le cas de la prescription, les directives sont des ordres formels, généralement autorisés en vertu des règlements des ordres professionnels, donnés à l'avance par des prescripteur(-trice)s autorisé(-es) pour permettre à un(-e) autre prestataire de soins de santé d'effectuer une activité pour un éventail de client(-es) présentant des conditions de santé identifiées et lorsque des circonstances ou des critères spécifiques existent, sans évaluation directe par un(-e) médecin ou le/la prescripteur(-trice) à ce moment.⁶⁰ Ces directives sont généralement élaborées par les professionnel(-les) réglementé(-es) concerné(-es) et les administrateur(-trice)s compétent(-es) de la province ou du territoire et comportent des éléments essentiels, notamment la population de client(-es) à laquelle la directive s'applique, les conditions cliniques spécifiques du ou de la client(-e) et les circonstances situationnelles qui doivent être présentes pour que la directive puisse être mise en œuvre, le champ d'application, la description de l'intervention ou des interventions et l'identification des professionnel(-les) de la santé qui peuvent effectuer l'intervention.⁶¹ Une directive médicale peut ainsi faciliter la prescription à un plus grand nombre de participant(-es) à un programme d'approvisionnement sécuritaire conformément aux recommandations faites par les clinicien(-nes) au Bureau de la médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique, qui a insisté sur « l'exploration d'options [pour les programmes d'approvisionnement sécuritaire prescrit] qui nécessitent moins de ressources et ne requièrent pas une prescription sur une base individuelle » [trad.].⁶²

Cependant, comme indiqué ci-dessus, le RS définit une ordonnance comme « l'autorisation d'un praticien d[e] dispenser une quantité déterminée [d'un stupéfiant] pour la personne qui y est nommée ». Au moins un ordre infirmier a interprété cette définition comme exigeant que les ordonnances pour les substances contrôlées soient spécifiques au ou à la client(-e), ce qui exclut une directive pour un approvisionnement sécuritaire,⁶³ bien que des directives médicales pour l'administration de substances contrôlées telles que les opioïdes existent dans le contexte des soins palliatifs.⁶⁴ Une directive médicale pour un approvisionnement sécuritaire peut donc nécessiter une modification de la définition d'« ordonnance » du RS afin de permettre la délivrance de stupéfiants à une catégorie de personnes ayant des problèmes de santé identifiés.

Dans le contexte des SCS, une directive émanant d'un(-e) prescripteur(-trice) pourrait être intégrée aux services existants. Cela pourrait inclure une condition d'admissibilité exigeant qu'une personne soit déjà cliente de ce SCS (de sorte que, par exemple, le personnel sache qu'elle n'est pas exempte d'utilisation d'opiacés) et une condition situationnelle exigeant que l'utilisation soit faite sur place. Cela est conforme à l'esprit de l'article 56.2 de la LRCDas décrit ci-dessus, qui approuve la fourniture d'« options de pharmacothérapie » dans le cadre d'un SCS. Les employé(-es) comme les infirmier(-ière)s des SCS (qui ne sont pas autorisé(-es) dans la plupart des provinces à prescrire un approvisionnement sécuritaire) sont bien formé(-es) pour surveiller la sédation et réagir aux surdoses; une mesure clé pour le contrôle de la santé et de la sécurité publiques pourrait être l'exigence d'utiliser la substance sur place sous observation. Compte tenu de ces contrôles, une directive d'un(-e) prescripteur(-trice) permettant à un plus large éventail de prestataires de soins de santé réglementés⁶⁵ de fournir un approvisionnement sécuritaire à des personnes qui utilisent des drogues, dans un SCS, pourrait être un moyen utile pour remédier à la pénurie de prescripteur(-trice)s disponibles et à la capacité limitée de servir un grand nombre de participant(-es). Des options permettant de répartir les tâches de prescription entre un large éventail de membres de l'équipe peuvent également s'avérer nécessaires pour ne pas porter atteinte aux responsabilités du personnel existant et pour maintenir les activités actuelles d'un SCS.

Catégorie élargie de praticien-nes et de prescripteur(-trice)s

Seuls des praticien-nes peuvent prescrire des substances contrôlées; au Canada, ceux et celles qui prescrivent un approvisionnement sécuritaire sont principalement des médecins et des infirmier(-ière)s praticien-nes. Devant le nombre limité de praticien-nes disponibles pour prescrire un approvisionnement sécuritaire, une piste de solution à cette pénurie consisterait à élargir la définition de « praticien[-ne] » autorisé-e à administrer, prescrire ou vendre des stupéfiants en vertu du *Règlement sur les stupéfiants* pour inclure d'autres professionnel-les réglementé-es tels que les infirmier(-ière)s et les pharmaciennes. Cela nécessiterait la participation du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et des organismes de réglementation de la santé.

En 2012, le gouvernement fédéral a déjà élargi la liste des praticien-nes en adoptant le *Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens* (DORS/2012-230), qui inclut désormais les podiatres, les sages-femmes et les infirmier(-ière)s praticien-nes. Ce règlement permet aux praticien-nes inscrit-es sur la liste de prescrire un sous-groupe de substances contrôlées, sous réserve des règlements fédéraux et des lois et règlements provinciaux/territoriaux.⁶⁶ Parallèlement à l'adoption de ce règlement en 2012, Santé Canada a publié un cadre définissant le processus par lequel il envisagerait de modifier le règlement pour désigner d'autres catégories de professionnel-les de la santé comme praticien-nes à l'avenir, ce qui inclut une coordination avec les ministères provinciaux/territoriaux de la Santé.⁶⁷ Le cadre précise que pour qu'une catégorie de professionnel-les de la santé soit considérée comme faisant partie des « nouvelles catégories », « la profession de la santé en question doit être réglementée par une autorité établie en vertu des lois de la province ou du territoire » (c'est-à-dire un organisme de réglementation de profession) et que des mécanismes doivent être en place pour « assurer la conformité de la profession de la santé en question » ainsi que « la conformité des praticiens aux dispositions des réglementations pertinentes en vertu de la LRC DAS en matière de sécurité, de tenue de dossiers et d'établissement de rapports en cas de perte ou de vol ».

i. Infirmier(-ière)s

La plupart des SCS sont déjà dotés de personnel infirmier; l'élargissement de la liste des praticien-nes par l'ajout des infirmier(-ière)s permettrait à ces professionnel-les de prescrire un approvisionnement sécuritaire dans des SCS. Signalons que certains pouvoirs d'urgence des gouvernements provinciaux semblent permettre un élargissement unilatéral (c.-à-d. sans intervention du gouvernement fédéral) du nombre de prescripteur(-trice)s. En septembre 2020, la médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique a émis une ordonnance de santé publique en vertu de la loi provinciale sur les professions de santé (*Health Professions Act*), reconnaissant que, dans le contexte de la superposition de deux urgences de santé publique (les décès dus à la toxicité des drogues et la pandémie de COVID-19), « les ressources humaines disponibles dans le domaine de la santé sont insuffisantes pour répondre aux besoins des personnes qui utilisent des substances produites illégalement et/ou achetées dans la rue et qui ont besoin de substances de rechange de source pharmaceutique afin d'atténuer les risques et les dommages liés aux deux urgences de santé publique ». En conséquence, l'ordonnance autorise les infirmier(-ière)s et infirmier(-ière)s psychiatriques autorisé-es qui possèdent une formation et une expérience supplémentaires à « poser un diagnostic de trouble de consommation d'une substance, ou de trouble lié à l'utilisation d'une substance » et à « prescrire des substances spécifiques, y compris des substances contrôlées, pour gérer ou atténuer les effets de la toxicomanie d'une personne chez qui l'un ou l'autre de ces troubles a été diagnostiqué » « dans l'intérêt public, afin d'améliorer l'accès aux professionnel-les de la santé pouvant prescrire des produits de source pharmaceutique pour remplacer l'approvisionnement en drogues toxiques ». ⁶⁸ À la suite de cette ordonnance, en 2023, le B.C. College of Nurses and Midwives a approuvé un ensemble de normes, de limites et de conditions nouvelles et modifiées afin de créer une nouvelle désignation de pratique certifiée pour les infirmier(-ière)s autorisé-es et les infirmier(-ière)s psychiatriques autorisé-es, leur conférant le droit de délivrer des ordonnances pour les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes.⁶⁹

Bien qu'elle ne soit pas encore pleinement appliquée et mise à l'échelle en Colombie-Britannique, cette approche est prometteuse et d'autres provinces ainsi que leurs organismes de réglementation de la profession infirmière pourraient suivre l'exemple afin de permettre à un plus grand nombre d'infirmier(-ère)s autorisé-es de prescrire un approvisionnement sécuritaire.

ii. Pharmacien-nes

En vertu des lois provinciales, les pharmaciennes ont déjà partie des professionnel-les de la santé réglementé-es qui ont une autorisation de prescrire dans des circonstances limitées;⁷⁰ de plus, les pharmaciennes au Canada ont vu les provinces étendre leurs pouvoirs de prescription au cours des dernières années.⁷¹ Si le gouvernement fédéral venait à élargir la liste des praticien-nes pour permettre aux pharmaciennes de prescrire des substances réglementées à utiliser dans le cadre de programmes d'approvisionnement sécuritaire, une autre option qui faciliterait l'approvisionnement sécuritaire dans les SCS consisterait à avoir un-e pharmacienne prescripteur(-trice) attribué-e à un SCS. Déjà, en 2020, au cours de la première année de la pandémie de COVID-19, Santé Canada a émis une exemption temporaire⁷² de catégorie de personnes « dans l'intérêt public » en vertu du paragraphe 56(1) de la LRCDas, pour la prescription de substances désignées, autorisant

les pharmaciennes à prescrire, vendre ou fournir des substances réglementées dans des circonstances limitées ou à transférer des ordonnances de substances réglementées. Toutefois, les pharmaciennes n'étaient pas autorisé-es à *amorcer* de nouveaux traitements ou médicaments. Une enquête menée en 2021 par l'Association des pharmaciens du Canada auprès de ses membres appliquant l'exemption de la LRCDas a révélé qu'ils/elles sont en majorité confiant-es dans l'utilisation des exemptions de la LRCDas (71 %) et pensent que celles-ci ont eu un impact positif pour les patient-es (79 %), bien que la plupart (69 %) aient également trouvé difficile de joindre les prescripteur(-trice)s en temps voulu pour prolonger, renouveler, transférer ou adapter des ordonnances pour des patient-es.⁷³

Comme dans le cas des infirmier(-ière)s, l'inclusion des pharmaciennes en tant que prescripteur(-trice)s d'un approvisionnement sécuritaire pourrait nécessiter des modifications de la législation provinciale afin d'élargir leur champ d'exercice⁷⁴ et de définir leurs responsabilités et les conditions dans lesquelles ils/elles pourraient exercer cette nouvelle fonction. Il faudrait également que les organismes provinciaux de réglementation des pharmaciennes collaborent avec leurs associations professionnelles pour élaborer des normes de pratique, des outils pédagogiques et d'autres orientations à l'intention de leurs membres.⁷⁵

Il est nécessaire d'offrir une plus grande variété d'options d'approvisionnement sécuritaire démedicalisé

Vu les limites générales du modèle par prescripteur(-trice), et son potentiel non réalisé, il existe un besoin de modèles communautaires complémentaires tels que les coopératives, les clubs de compassion ou les clubs d'acheteur(-euse)⁷⁶ pour permettre l'accès à un approvisionnement sécuritaire ne nécessitant pas forcément une relation individuelle prescripteur(-trice)/patient-e, y compris dans le contexte de SCS. Cela a été confirmé récemment par un examen des programmes d'approvisionnement plus sécuritaires de la Colombie-Britannique, où fut reconnu le besoin de programmes « qui ne dépendent pas d'un-e prescripteur(-trice) individuel-le (p. ex., un accès par l'intermédiaire ... de sites de consommation supervisée, de cliniques multidisciplinaires offrant un soutien global, y compris du soutien par des pair-es, où les patient-es ont une relation avec la clinique plutôt qu'avec un-e prestataire individuel-le), de même qu'un accès par des modèles non médicaux (p. ex., des clubs de compassion) ».⁷⁷

Mettre à l'échelle des modèles d'approvisionnement sécuritaire prescrit qui accroissent l'accès et l'autonomie de l'utilisateur(-trice)

i. Programme d'accès élargi

En 2022, en Colombie-Britannique, la PHS Community Services Society a lancé un programme consistant à vendre du fentanyl de qualité pharmaceutique à des personnes qui, autrement, achèteraient des substances du marché non réglementé. Dans le cadre de ce programme, une personne est évaluée par une équipe médicale et, si elle est jugée apte à participer au programme, elle reçoit une ordonnance qu'elle peut utiliser pour acheter des capsules de poudre de fentanyl au prix coûtant dans un des sites cliniques du programme,⁷⁸ permettant une plus grande autonomie à la personne participante tout en réduisant les exigences à l'égard du ou de la prescripteur(-trice) et de l'équipe soignante. Cela permet de répondre à la crainte de certaines parties selon lesquelles les participant-es vendent (et détournent) les produits sécuritaires qu'on leur fournit, puisque, vraisemblablement, ils/elles n'achèteraient que ceux qu'ils/elles ont l'intention d'utiliser. Bien que le coût de l'achat d'un approvisionnement sécuritaire demeurerait un obstacle important, une approche d'accès élargi pourrait fonctionner en conjonction avec un club de compassion intégré : l'équipe médicale du SCS verrait à la sélection des participant-es, puis un club de compassion (au nom de ses membres) ou le/la consommateur(-trice) individuel-le achèterait la substance sécuritaire à consommer sur place. La mise en œuvre d'un programme d'accès élargi au sein d'un SCS de cette manière peut faciliter la participation des personnes qui utilisent des

drogues, dans un cadre qui reflète de manière plus adéquate la culture de l'utilisation de drogues.

ii. Approche par distributeurs biométriques

Le programme MySafe, qui a été implanté entre autres dans un site de prévention des surdoses à Vancouver, fournit des opioïdes sur ordonnance aux participant-es qui ont des antécédents de surdose, qui utilisent des opioïdes et dont les analyses d'urine indiquent la présence de fentanyl. L'équipe compte un-e médecin prescripteur(-trice), qui effectue l'examen médical de tou-te-s les participant-es potentiel-les comme préalable à leur inscription, en plus du personnel du programme dans chacun des sites MySafe. Les médicaments fournis aux participant-es à MySafe sont délivrés dans une pharmacie locale – le personnel les place dans la machine et les participant-es obtiennent leurs doses quotidiennes à l'heure de leur choix par cet intermédiaire. Dans le contexte d'un distributeur biométrique dans un SCS, les participant-es utiliseraient leur approvisionnement sécuritaire sur place, ce qui faciliterait la pratique de la consommation sous supervision. Installer une machine dans un SCS serait plus simple que d'y intégrer une pharmacie ou de réaménager toute une salle de médicaments, et permettrait aux participant-es d'accéder à une cabine de SCS à proximité de la machine. Les participant-es à l'étude MySafe signalent la commodité et la facilité d'accès à leur réserve sûre à partir d'un distributeur biométrique, qui accroît leur autonomie tout en réduisant les expériences négatives liées à d'autres environnements cliniques ou pharmaceutiques; les participant-es inscrit-es au site de prévention des surdoses ont également décrit la commodité de sa proximité avec leur lieu de résidence.⁷⁹

iii. Modèles de soins virtuels

Les modèles de soins virtuels peuvent être une autre option pour réduire les obstacles à l'approvisionnement sécuritaire prescrit, en particulier dans le contexte de la pénurie de prescripteur(-trice)s et pour les patient-es de communautés rurales et éloignées. Des données concernant les soins virtuels pour le TAO semblent indiquer que les prescripteur(-trice)s dans les soins virtuels ont des taux de rétention et une efficacité de traitement similaires à ceux et celles qui procèdent par rendez-vous traditionnels en personne.⁸⁰ Selon l'examen de la Colombie-Britannique concernant les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire prescrit, « des modèles virtuels de soins liés à l'utilisation de substances devraient être soutenus autant que possible ».⁸¹ Alors que les SCS demeurent hors de portée pour de nombreuses communautés rurales et éloignées, une option pour les soins virtuels afin de remédier à la pénurie de prescripteur(-trice)s là où les SCS existent pourrait consister à ce que plusieurs établissements créent une ligne dédiée à un-e prescripteur(-trice), ce permettrait à cette personne d'effectuer des évaluations et des prescriptions pour des participant-es individuel-les à divers endroits.

Élargir le rôle des pair-es dans l'approvisionnement sécuritaire prescrit

L'élargissement du rôle des pair-es dans les SCS est une autre option. Des pair-es pourraient, par exemple, gérer un club de compassion au sein d'un SCS, définir les critères d'adhésion et délivrer des produits sûrs aux membres après qu'un-e prescripteur(-trice) principal-e a effectué la sélection et la prescription.

Une autre avenue légale possible pour élargir l'approvisionnement sécuritaire prescrit consiste à permettre à des pair-es expert-es d'exécuter une directive d'un-e prescripteur(-trice) dans les limites d'un SCS. Comme indiqué ci-dessus, cela nécessiterait de modifier dans le *Règlement sur les stupéfiants* la définition du terme « ordonnance », car celle-ci inclut l'élément de la spécificité à « la personne qui y est nommée ». Cela nécessiterait également l'appui des organismes pertinents de réglementation des professions afin que les prescripteur(-trice)s autorisés-es puissent, par le biais d'une directive médicale, permettre à une *catégorie non réglementée* de pair-es expert-es de donner des prescriptions de manière personnalisée, par

exemple dans le cadre d'un SCS à des client-es qui ont un problème de santé identifié. Pour cette dernière exigence, les provinces pourraient donner un ordre de santé publique auxdits organismes de profession afin qu'ils appuient une telle directive autorisant des pair-es expert-es ayant une connaissance expérimentale approfondie des substances à prescrire un approvisionnement sûr dans le cadre d'un SCS. Bien que cette voie n'ait pas été mise à l'essai, elle permet d'éliminer les principaux obstacles (p. ex., le manque de prescripteur(-trice)s disponibles et le manque d'options adéquates d'approvisionnement sécuritaire démedicalisé) afin d'accroître l'approvisionnement sécuritaire.

Élargir la gamme de services des SCS afin d'accroître la sécurité de l'approvisionnement non réglementé et de faciliter l'accès à des produits de rechange de qualité pharmaceutique

i. Améliorer l'innocuité de l'approvisionnement non réglementé

Comme décrit ci-dessus, les pouvoirs d'exemption prévus aux articles 56(1) et 56.1(1) de la LRCDS sont très étendus et le ministre fédéral de la Santé a toute autorité (quoiqu'encore largement inutilisée) pour permettre aux SCS de s'engager dans des activités visant à accroître la sécurité de l'approvisionnement non réglementé. Par exemple, les SCS pourraient effectuer l'analyse de drogues sur demande (ce que Santé Canada a déjà autorisé dans certains SCS, bien que le coût de la technologie d'analyse des drogues reste un obstacle important pour d'autres SCS qui souhaiteraient obtenir cette autorisation).⁸² Les SCS pourraient également permettre à des personnes avec lesquelles leurs participant-es entretiennent des liens de confiance de vendre leurs drogues sur place,⁸³ ce qui n'est pas autorisé actuellement, bien qu'une dérogation puisse être demandée à cet effet en vertu des articles 56(1) ou 56. Ces dernières années, les autorités fédérales ont exprimé leur volonté de permettre aux SCS de demander une dérogation fédérale pour autoriser le fractionnement et le partage des drogues sur place.⁸⁴ Ces options supplémentaires offrent des moyens cruciaux d'améliorer l'accessibilité et l'acceptabilité des SCS d'une manière qui respecte et reflète la culture de l'utilisation de drogues.

Une autre approche pour faciliter l'approvisionnement sûr (non réglementé) dans un espace physique démedicalisé où travaillent des pair-es (et qui est souvent intégré à des services sociaux et de santé) consiste à permettre aux SCS où travaillent des pair-es d'acquérir et d'analyser des substances provenant de sources non réglementées (comme le faisait le Drug User Liberation Front avant l'arrestation des fondateur(-trice)s, avec des évaluations positives⁸⁵) pour les fournir aux client-es des SCS sur la base de critères clairement établis. Pour ce faire, le ministre de la Santé pourrait accorder une exemption générale en vertu de l'article 56(1), « dans l'intérêt public », de toutes les dispositions applicables de la LRCDas et de ses règlements d'application, à toutes les parties pertinentes qui sont impliquées dans le fonctionnement d'un SCS, à toutes les substances concernées impliquées dans le fonctionnement du service et dans le cadre de l'exercice des fonctions du service – ou, en vertu de l'article 56.1 de la LRCDas, afin de permettre à ces activités de se dérouler dans un SCS « à des fins médicales ».

ii. Faciliter le recours à des substituts pharmaceutiques

Selon le RS, un SCS, étant une personne morale, s'il a son siège social ou exerce ses activités au Canada, peut demander le statut de « distributeur autorisé », qui lui permettrait de vendre, de fournir ou de livrer un stupéfiant s'il respecte le RS et les conditions de sa licence. Bien qu'il ne soit pas permis à un distributeur autorisé de fournir ou de vendre des substances réglementées au grand public, l'article 25 du RS décrit les destinataires potentiels de la « vente de stupéfiants », qui comprennent un autre distributeur autorisé, un-e pharmacien-ne, un-e praticien-ne, un-e employé-e d'hôpital, le/la ministre ou une « personne exemptée » en vertu de l'article 56(1) de la LRCDas.⁸⁶ Sur la base de cette disposition, le/la ministre pourrait accorder une exemption en vertu de l'article 56(1) à des « fins médicales ou scientifiques » ou « dans l'intérêt public » à toute personne qui accède à un SCS spécifique disposant d'une licence de distributeur (dont les conditions permettent au SCS de fournir un approvisionnement sécuritaire à leur clientèle). Le SCS pourrait alors fournir à ces personnes exemptées des produits obtenus auprès d'autres distributeurs autorisés, sous réserve de certaines conditions ou d'outils de prise de décision en matière de santé publique et de mesures claires d'atténuation des risques. Cela serait conforme à l'esprit de l'article 56.2 de la LRCDas, qui approuve la fourniture d'« options de pharmacothérapie » dans le cadre d'un SCS.

Cette avenue réduit la nécessité d'une personne intermédiaire (c'est-à-dire un-e praticien-ne) pour prescrire un approvisionnement sécuritaire, et facilite une consommation plus sécuritaire grâce à la supervision du SCS. En pratique, cela nécessiterait :

- que le SCS obtienne une licence de distributeur l'autorisant à fournir ou à vendre un approvisionnement sécuritaire à une catégorie de personnes exemptées en vertu de l'article 56(1) sous certaines conditions (p. ex., uniquement celles qui accèdent au SCS et qui répondent à des critères définis, étayés par des outils de prise de décision en matière de santé publique);
- que le SCS s'approvisionne en produits sécuritaires auprès de distributeurs autorisés existants pour répondre aux besoins des client-es du SCS, puis qu'il les distribue aux client-es exempté-es.

Il convient de noter que les conditions d'une licence de distributeur, établies par Santé Canada, sont strictes et exigent un environnement sécurisé pour l'entreposage des substances réglementées. Les SCS auraient donc besoin de ressources pour fournir des options d'approvisionnement adéquates et sécuritaires aux client-es exempté-es, en l'absence d'une assurance-médicaments provinciale (une question abordée ci-dessous) ou d'autres financements provinciaux ou fédéraux, ainsi que des ressources nécessaires pour se conformer aux exigences de sécurité d'une licence de distributeur. L'innocuité et la sécurité sont des préoccupations importantes et un distributeur autorisé pourrait être réticent à vendre des substances réglementées à un SCS, qui les fournirait à des personnes sans ordonnance. Ces préoccupations peuvent être traitées efficacement par les dispositions sur l'octroi de licences, la sécurité et les exigences opérationnelles des SCS. En outre, dans le contexte d'une situation d'urgence en matière de bien-être public, les pouvoirs d'urgence fédéraux et provinciaux confèrent de larges pouvoirs aux gouvernements; la *Loi sur les mesures d'urgence*, par exemple, habilite le gouvernement fédéral à ordonner à des personnes de fournir des services essentiels à d'autres (p. ex., ordonner aux distributeurs autorisés de vendre des substances réglementées à des SCS qui sont également distributeurs autorisés), à réglementer « la distribution et la mise à disposition des denrées, des ressources et des services essentiels » et à autoriser des paiements d'urgence qui pourraient permettre aux SCS de fournir un approvisionnement sécuritaire essentiel.

Le choix de produits offerts est inadéquat en l'absence d'approvisionnement sécuritaire prescrit pour les personnes qui fument des drogues et d'options viables pour l'approvisionnement sécuritaire en stimulants

Comme nous l'avons mentionné, il est essentiel d'améliorer le choix de produits offerts dans le cadre de l'approvisionnement sécuritaire, pour y inclure des stimulants, des options à fumer, la diacétylmorphine, la cocaïne et des benzodiazépines, afin de refléter les habitudes et les préférences des personnes qui s'approvisionnent en drogues non réglementées.

L'un des principaux défis est lié au coût et à l'absence de certaines substances pour l'approvisionnement sécuritaire dans les régimes d'assurance-médicaments publics et les formulaires provinciaux et territoriaux, de même qu'à la couverture insuffisante de certaines d'entre elles dans les programmes d'approvisionnement sécuritaire financés par le gouvernement fédéral.⁸⁷ Un examen de l'inclusion des options d'approvisionnement sécuritaire dans tous les régimes d'assurance-

médicaments provinciaux dépasserait la portée du présent rapport. Cependant, une ressource de 2020 de Santé Canada intitulée « *Public Drug Plan Coverage for Medications for Substance Use Disorder and to Provide Pharmaceutical Alternatives to the Contaminated Illegal Drug Supply* » indique que certains opioïdes sont couverts par la plupart des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux (p. ex., hydromorphone orale et, dans une moindre mesure, injectable, et morphine à libération prolongée et à libération lente, bien qu'elles puissent ne pas être couvertes aux concentrations appropriées), alors qu'aucune province et aucun territoire n'inclut la diacétylmorphine dans son régime d'assurance-médicaments public, malgré l'approbation de cette substance par Santé Canada en février 2022 pour les troubles sévères liés à l'utilisation d'opioïdes.⁸⁸



Plaidoyer pour la diacétylmorphine

Comme l'ont souligné les informateur(-trice)s clés, il existe un besoin non comblé d'approvisionnement sécuritaire en diacétylmorphine.

En Colombie-Britannique, malgré les appels répétés de militant-es et une demande de Fair Price Pharma, qui s'est procuré en 2021 de la diacétylmorphine auprès d'un fournisseur européen agréé et est disposé à produire des options fumables à longue durée de conservation, le ministère de la Santé provincial n'a pas encore annoncé de financement supplémentaire pour le traitement à la diacétylmorphine autre que pour les patient-es qui en reçoivent déjà.⁸⁹

En Ontario, des militant-es exhortent depuis longtemps la province (sans succès à ce jour) à envisager de financer la diacétylmorphine et de rembourser l'hydromorphone injectable à forte dose par le biais du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO), notant que le « seul obstacle majeur à la mise en œuvre de programmes [de traitement par agonistes opioïdes injectables] en Ontario est l'absence de couverture pour les personnes assurées par le PMO ».⁹⁰

Des restrictions réglementaires persistent également, dans le *Règlement sur les stupéfiants*, quant aux personnes autorisées à prescrire, à vendre ou à fournir autrement de la diacétylmorphine.⁹¹ Ces dispositions devraient être modifiées pour améliorer l'approvisionnement sécuritaire en diacétylmorphine.

Par ailleurs, le document de 2020 de Santé Canada n'aborde pas les options de fentanyl dans les régimes d'assurance-médicaments provinciaux, même si diverses formulations sont couvertes en C.-B. dans le cadre d'un financement fédéral⁹² et provincial de durée limitée (p. ex., par le biais de la *Special Authority Drug List*, lorsqu'un-e patient-e remplit des critères spécifiques pour une couverture limitée).⁹³ En C.-B., la plupart des médicaments délivrés en approvisionnement sécuritaire figurent sur le formulaire provincial ou font partie de programmes d'accès spécial (p. ex., options de fentanyl). Fait notable, lorsque l'Ontario a retiré en 2017 le fentanyl, l'hydromorphone et la morphine à forte concentration du formulaire public des médicaments pour les prescripteur(-trice)s de soins non palliatifs (bien qu'il soit toujours possible d'en obtenir par le biais de programmes payants ou pour payeurs privés), des chercheur(-euse)s ont observé une diminution de 98 % du nombre total de récipiendaires d'opioïdes à forte concentration financés par l'État entre décembre 2016 et juillet 2017 parmi l'ensemble des prescripteur(-trice)s.⁹⁴

Selon le même document de Santé Canada, tous les régimes publics d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux incluent les stimulants dextroamphétamine et méthylphénidate, de même que les benzodiazépines diazépam, alprazolam et clonazépam. Par contre, certains médicaments ne comportent pas d'indications pour les troubles liés à l'utilisation de substances; et la prescription hors indication est laissée à la discrétion de chaque praticien-ne.

Les ajouts aux régimes publics d'assurance-médicaments provinciaux nécessitent des orientations cliniques, ce qui crée une situation du type « l'œuf ou la poule » : des produits ne peuvent être ajoutés sans preuves supplémentaires, mais ces preuves dépendent en partie de l'accès d'individus à ces produits, y compris par le biais d'une couverture publique. Néanmoins, en contexte d'urgence de santé publique, il est impératif d'élaborer des orientations sur d'autres options pour l'approvisionnement sécuritaire, de supprimer les obstacles réglementaires qui empêchent leur prescription et leur vente par un plus grand nombre de praticien-nes (p. ex., pour la diacétylmorphine) et d'ajouter ces options aux régimes d'assurance-médicaments publics.

Recommandations

Recommandations au gouvernement fédéral

- **Décriminaliser la possession de drogues en abrogeant l'article 4 et en modifiant l'article 5 de la LRCDas afin de supprimer les restrictions liées à la possession, à la vente, au fractionnement, au partage, à la fourniture ou à l'administration d'autre manière des substances réglementées en cause dans l'approvisionnement sécuritaire.**
- **Légaliser et réglementer les substances contrôlées**, conformément à la recommandation de 2021 du Groupe d'experts de Santé Canada sur la consommation de substances qui incite le Canada à « l'élaboration et [à] la mise en œuvre immédiates d'un cadre unique de santé publique composé de règlements précis couvrant l'ensemble des substances, y compris les drogues actuellement illicites », afin de « minimiser l'envergure du marché illégal, apporter de la stabilité et de la prévisibilité aux marchés réglementés des substances, et fournir un accès à des substances plus sécuritaires pour les personnes qui risquent de se blesser ou de mourir après avoir consommé des substances illicites toxiques ».⁹⁵
- **Soutenir l'élaboration d'orientations cliniques sur l'approvisionnement sécuritaire**, avec un point de mire sur les options viables d'approvisionnement sécuritaire en stimulants et les approches de soins virtuels, en collaboration avec des personnes qui seront les utilisatrices finales de ces drogues.
- **Fournir un soutien urgent et visible à l'approvisionnement sécuritaire non médical** par le biais de clubs d'acheteur(-euse)s ou de clubs de compassion, de même qu'à d'autres options communautaires et démedicalisées d'approvisionnement sécuritaire. Ce soutien comprend le financement, l'autorisation et l'approbation de ces services.
- **Utiliser les pouvoirs d'urgence du gouvernement fédéral pour demander aux provinces d'assurer un financement durable des « services essentiels » des SCS et de financer adéquatement les options d'approvisionnement sécuritaire.**

Entre-temps, le gouvernement fédéral devrait :

- **Réformer le régime d'exemption spécifique aux SCS afin d'éliminer la nécessité d'exemptions au cas par cas à la LRCDas protégeant les client-es et le personnel des SCS** contre les poursuites pour possession de drogues ou pour des activités liées à la possession, à la vente, au fractionnement, au partage, à la fourniture ou à toute autre forme d'administration des substances réglementées en cause dans l'approvisionnement sécuritaire.
- **Délivrer une licence de distributeur autorisé aux SCS qui remplissent des critères minimaux et accorder une exemption de catégorie en vertu de la LRCDas à toutes les personnes qui fréquentent un SCS doté d'une telle licence**, pour qu'elles puissent accéder à un approvisionnement sécuritaire auprès d'un SCS sans risque de poursuites.
- **Modifier la définition d'« ordonnance », dans le Règlement sur les stupéfiants, de manière à ce que les commandes de substances réglementées n'aient pas à être spécifiques à des client-es et pour autoriser des directives médicales pour l'approvisionnement sécuritaire prescrit.**

- **Élargir la catégorie des « praticien-nes »** autorisé-es à administrer, à prescrire ou à vendre des produits dans le cadre d'un approvisionnement sécuritaire, pour inclure d'autres prestataires de soins de santé comme les infirmier(-ère)s et les pharmacien-nes, en modifiant la définition de « praticien-ne » dans la LRCDas ou par voie de règlement.
- **Mettre en œuvre une exemption nationale au titre de l'article 56(1) de la LRCDas afin de faciliter les services communautaires d'approvisionnement sécuritaire.**

Recommandations aux gouvernements provinciaux et territoriaux et aux autres autorités provinciales et territoriales

- **Garantir le financement durable des SCS** et assurer des services adéquats en la matière aux communautés rurales et éloignées.
- **Supprimer les exigences inutilement restrictives au financement des SCS** et soutenir tous les SCS pour assurer la prestation de services d'inhalation.
- **Financer adéquatement les programmes d'approvisionnement sécuritaire** en privilégiant des modèles flexibles adaptés à la demande des consommateur(-trice)s.
- **Veiller à ce que les régimes publics d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux couvrent toutes les options d'approvisionnement sécuritaire à des concentrations adéquates.**
- **Utiliser les pouvoirs d'urgence provinciaux pour mandater les organismes provinciaux de réglementation des professionnel-les de la santé :**
 - **d'élaborer des orientations cliniques et des formations concernant l'approvisionnement sécuritaire prescrit**, y compris l'approvisionnement sécuritaire viable en stimulants et les options de soins virtuels; et
 - **d'autoriser des directives médicales sur l'approvisionnement sécuritaire prescrit**, y compris pour les pair-es expert-es dans les SCS.

Conclusion

Les décideur(-euse)s politiques fédéraux(-ales) sont de plus en plus ouvert-es à adapter les cadres juridiques en utilisant les éléments de souplesse existants pour réduire les obstacles aux services de santé et de réduction des méfaits pour les personnes qui utilisent des drogues, en raison de la crise actuelle des empoisonnements par des drogues et, plus récemment, de la pandémie de COVID-19.

L'expérience, ces dernières années, a démontré que des analyses fondées sur des données probantes et sur les droits humains, combinées au renforcement des capacités communautaires, à la mobilisation et à l'application des connaissances engageant les responsables des programmes et des politiques, peuvent susciter d'importants changements juridiques/de politiques et **créer un cadre plus favorable à la protection de la santé des personnes qui utilisent des drogues.**

L'approvisionnement sécuritaire est de plus en plus considéré comme une intervention clé de la réduction des méfaits, y compris les propositions visant à aller au-delà des modèles strictement médicalisés. En contexte de crise sans précédent d'empoisonnements par des drogues, il est primordial d'explorer des approches nouvelles et novatrices pour mettre à l'échelle les services d'approvisionnement sécuritaire; il s'agit d'une question de vie ou de mort. Afin de répondre aux divers besoins des personnes qui utilisent des drogues, il est également impératif, d'un point de vue pragmatique et éthique, d'appliquer des approches novatrices, au-delà du modèle médical existant, pour élargir l'accès à un approvisionnement sécuritaire, y compris dans les SCS. Malgré les limites de l'approvisionnement sécuritaire dans les SCS, notamment l'absence de services de supervision dans de nombreuses communautés et le manque d'accès 24 heures sur 24 et sept jours sur sept là où ils existent, cette approche constitue une option viable parmi l'éventail de services qui sont désespérément requis.

Comme nous l'avons précédemment décrit, les tribunaux canadiens ont affirmé à plusieurs reprises le droit des personnes qui utilisent des drogues d'accéder à des services de réduction des méfaits et d'autres services de santé, et les gouvernements ont l'obligation légale et éthique de garantir l'accès à un approvisionnement sécuritaire et aux SCS en tant que composante nécessaire des droits à la vie et à la santé, entre autres droits humains. Les réformes du droit et des politiques exigent du temps, mais les gouvernements de tous les paliers disposent de larges pouvoirs d'urgence leur permettant d'agir rapidement – et de contraindre d'autres instances à agir. Comme le confirme le présent rapport, divers moyens s'offrent aux législateur(-trice)s et aux décideur(-euse)s politiques pour éliminer les obstacles à l'approvisionnement sécuritaire dans les SCS et pour commencer à offrir réellement un continuum d'options accessibles qui respectent l'autonomie et les droits humains des personnes qui utilisent des drogues. Ce qu'il faut maintenant, c'est la volonté politique.

Références

- ¹ Gouvernement du Canada, *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, 27 mars 2024, en ligne à <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioïdes-stimulants/index.html>. Ce document fait état des données disponibles sur les décès impliquant des opioïdes et/ou des stimulants au Canada, de janvier 2016 à septembre 2023.
- ² A. Slaunwhite, J. E. Min, H. Palis, et coll., « Effect of Risk Mitigation Guidance for opioid and stimulant dispensations on mortality and acute care visits during dual public health emergencies: retrospective cohort study », *The BMJ*, 384, 2024, p. 1-14. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076336>.
- ³ S. Ledlie, R. Garg, C. Cheng, et coll., « Prescribed safer supply: a scoping review of the evidence », *International Journal of Drug Policy*, 125, (2024), p. 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104339>.
- ⁴ BC Centre on Substance Use, « Prescribed Safer Supply », 2023, en ligne à www.bccsu.ca/clinical-care-guidance/prescribed-safer-supply/.
- ⁵ H. Palis, B. Haywood, J. McDougall, et coll., « Factors associated with obtaining prescribed safer supply among people accessing harm reduction services: findings from a cross-sectional survey », 2023, en ligne à <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-024-00928-9>.
- ⁶ Canadian Civil Society Advancing Safe Supply Working Group, « Innovating Beyond Exclusively Medicalized Approaches: Policy Brief and Recommendations », 2023, en ligne à https://drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2023/10/Canadian-Civil-Society-Advancing-Safe-Supply-Policy-Brief-and-Recommendations_Feb-2023-1.pdf.
- ⁷ *Ibid*, p. 3.
- ⁸ T. Kerr, S. Mitra, M.C. Kennedy, et coll., « Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future », *Harm Reduct J* 14, 28 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0154-1>
- ⁹ B. Lew, C. Bodkin, R. Lennox, et coll., « The impact of an integrated safer use space and safer supply program on non-fatal overdose among emergency shelter residents during a COVID-19 outbreak: a case study », *Harm Reduct J* 19, 29 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00614-8>.
- ¹⁰ M. Olding, A. Ivsins, S. Mayer, et coll., « A Low-Barrier and Comprehensive Community-Based Harm-Reduction Site in Vancouver, Canada », *Am J Public Health*, 2020; Jun;110(6):833-835. doi: 10.2105/AJPH.2020.305612; G. Bardwell et coll., « Safer opioid supply via a biometric dispensing machine: a qualitative study of barriers, facilitators and associated outcomes », *JAMC* 15 mai 2023;195:E668-76. Doi: 10.1503/JAMC.221550; S. Klaire, C. Sutherland, T. Kerr, M. C. Kennedy, « A low-barrier, flexible safe supply program to prevent deaths from overdose », *JAMC* Mai 2022, 194 (19) E674-E676; DOI: 10.1503/JAMC.211515; A. Ivsins, J. Boyd, S. Mayer, et coll., « Barriers and facilitators to a novel low-barrier hydromorphone distribution program in Vancouver, Canada: a qualitative study », *Drug Alcohol Depend*, 1 nov. 2020;216:108202. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108202; D. McMurchy, R. W. H. Palmer, *Assessment of the Implementation of Safer Supply Pilot Projects*, Ottawa, Ontario, mars 2022.
- ¹¹ A. Ivsins, L. MacKinnon, J.M. Bowles, et coll., « Overdose prevention and housing: a qualitative study examining drug use, overdose risk, and access to safer supply in permanent supportive housing in Vancouver, Canada », *J Urban Health* 99, 855-864 (2022). <https://doi.org/10.1007/s11524-022-00679-7>.
- ¹² A. Ivsins, J. Boyd S. Mayer, et coll., *supra* note 10.
- ¹³ British Columbia Office of the Provincial Health Officer, *A Review of Prescribed Safer Supply Programs Across British Columbia: Recommendations for Future Action*, 2023, p. 15, en ligne à www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/special-reports/a-review-of-prescribed-safer-supply-programs-across-bc.pdf.

- ¹⁴ Voir, p. ex., Communauté de pratique nationale sur l'approvisionnement plus sécuritaire, *Programmes de prescription d'un approvisionnement plus sécuritaire : nouvelles données probantes*, mars 2024, en ligne à www.substanceusehealth.ca/evidence-brief; T. Gomes, G. Kolla, D. McCormack, et coll., « Clinical outcomes and health care costs among people entering a safer opioid supply program in Ontario », *JAMC* 2022 194 (36)E1233-E1242, DOI : <https://doi.org/10.1503/JAMC.220892>; Gouvernement du Canada, *Premières conclusions des projets pilotes pour un approvisionnement plus sécuritaire*, 2022, en ligne à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/repondre-crise-opioides-canada/approvisionnement-plus-securitaire/premieres-conclusions-projets-pilots-approvisionnement-plus-securitaire.html; A. Ivsins, J. Boyd, S. Mayer, et coll., (2021). « 'It's helped me a lot, just like to stay alive': a qualitative analysis of outcomes of a novel hydromorphone tablet distribution program in Vancouver, Canada », *J Urban Health* 98, 59-69 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00489-9>; R. McNeil, T. Fleming, S. Mayer, et coll., « Implementation of Safe Supply Alternatives During Intersecting COVID-19 and Overdose Health Emergencies in British Columbia, Canada, 2021 », *American Journal of Public Health* 112, no. S2 (2022): p. S151-S158. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306692>.
- ¹⁵ Communauté de pratique nationale sur l'approvisionnement plus sécuritaire, 2024, *ibid.*, p. 1.
- ¹⁶ Voir, p. ex., M. Bonn, A. Palayew, S. Bartlett, et coll., « Addressing the Syndemic of HIV, Hepatitis C, Overdose, and COVID-19 Among People Who Use Drugs: The potential roles for decriminalization and safe supply », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81(5), 556-560 (2020), en ligne à www.jsad.com/doi/10.15288/jsad.2020.81.556; M. Ferguson, A. Parmar, K. Papamihali, et coll., « Investigating opioid preferences to inform safe supply services: A cross sectional study », *International Journal of Drug Policy*, 101(2022), en ligne à www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395921004928; A. Foreman-Mackey, B. Pauly, A. Ivsins, et coll., « Moving towards a continuum of safer supply options for people who use drugs: A qualitative study exploring national perspectives on safer supply among professional stakeholders in Canada », *Subst Abuse Treat Prev Policy* 17, 66(2022). <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00494-y>; K. Giang, R. Charlesworth, M. Thulien, et coll., « Risk mitigation guidance and safer supply prescribing among young people who use drugs in the context of COVID-19 and overdose emergencies », *International Journal of Drug Policy*, 115 (2023), en ligne à www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395923000725?via%3Dihub; S. Glegg, K. McCrae, G. Kolla, G., et coll., « 'COVID just kind of opened a can of whoop-ass': The rapid growth of safer supply prescribing during the pandemic documented through an environmental scan of addiction and harm reduction services in Canada », *International Journal of Drug Policy*, 106 (2022), en ligne à www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095539592200161X.
- ¹⁷ J. Xavier et coll., *Substance Use Patterns and Safer Supply Preferences Among People Who Use Drugs in British Columbia*, BC Centre for Disease Control, mars 2023, en ligne à <https://towardtheheart.com/assets/uploads/1680017504U3N8v08CHAHPqgeinNeYr2fRfCo3Ln2dYmOIIp.pdf>.
- ¹⁸ T. Gomes et coll., « Changing Circumstances Surrounding Opioid-Related Deaths in Ontario during the COVID-19 Pandemic », The Ontario Drug Policy Research Network, The Office of the Chief Coroner for Ontario, Ontario Forensic Pathology Service et Santé publique Ontario, mai 2021, en ligne à <https://odprn.ca/wp-content/uploads/2021/05/Changing-Circumstances-Surrounding-Opioid-Related-Deaths.pdf>. Voir également Médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, *Rapport annuel 2023. Une question d'équilibre : Une approche mise en œuvre dans l'ensemble de la société à l'égard de la consommation de substances et de ses méfaits*, 2024, en ligne à www.ontario.ca/files/2024-04/moh-cmoh-annual-report-2023-fr-2024-04-02.pdf, et G. Bardwell, « More than a pipe dream? The need to adapt safer opioid supply programs for people who smoke drugs », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 83(3), 309-311 (2022), en ligne à www.jsad.com/doi/full/10.15288/jsad.2022.83.309.
- ¹⁹ S. Ledlie, R. Garg, C. Cheng, et coll., *supra* note 3.
- ²⁰ CATIE, *Programme SAFER de Victoria*, 2023, en ligne à www.catie.ca/fr/connectons-nos-programmes/programme-safer-de-victoria.
- ²¹ C. Ranger, N. Touesnard, M. Bonn, et coll., « Splitting & Sharing in Overdose Prevention and Supervised Consumption Sites: Survey Results », *Zenodo*, 2021, en ligne à <https://zenodo.org/record/5111720#.ZHZct3bMK5c>.
- ²² J. Kalicum, E. Nyx, M.C. Kennedy, et T. Kerr, « The impact of an unsanctioned compassion club on non-fatal overdose », *International Journal of Drug Policy*, (2024) p. 1-7, en ligne à <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104330>.

- ²³ Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues, « Safe Supply Concept Document », *Zenodo* (2019), en ligne à <https://zenodo.org/record/5637607#.Y8XDYnbMK5d>. Co/Lab « Safe Supply Checklist », University of Victoria (2021), en ligne à www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/colab/safer-supply-checklist.pdf. B. Pauly, J. McCall, F. Cameron, et coll., « A concept mapping study of service user design of safer supply as an alternative to the illicit drug market », *The International Journal on Drug Policy* vol. 110 (2022) : 103849. doi:10.1016/j.drugpo.2022.103849.
- ²⁴ A. Slaunwhite, J.E. Min, H. Palis, et coll., *supra* note 2.
- ²⁵ J. Csete et R. Elliot, « Consumer protection in drug policy: The human rights case for safe supply as an element of harm reduction », *International Journal of Drug Policy*, 91(2021), en ligne à www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395920303145?via%3Dihub.
- ²⁶ Santé Canada, *Déclaration de la ministre de la Santé au sujet de la crise des opioïdes*, 7 décembre 2017.
- ²⁷ Gouvernement du Canada, *Exemption de catégorie de personnes en vertu du paragraphe 56(1) visant les patients, les pharmaciens et les praticiens pour la prescription et la fourniture de substances désignées au Canada*, dernière modification le 9 avril 2020, en ligne à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/politique-reglementation/documents-politique/exemption-accordee-article-56-1-patients-pharmaciens-praticiens-prescription-substances-designees-pandemie-covid-19.html.
- ²⁸ Comme l'a décrit un-e intervenant-e auprès du Comité sénatorial, cette sous-section permet aux individus de « troquer leurs drogues de rue pour de bonnes drogues » dans des SCS. Délibérations du Comité sénatorial permanent des Affaires juridiques et constitutionnelles, Fascicule no 26 – Témoignages du 5 avril 2017, en ligne à <https://sencanada.ca/fr/Content/Sen/Committee/421/LCJC/26EV-53220-F>.
- ²⁹ *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, art. 58.
- ³⁰ Voir, p. ex., *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, 1991, S.O. 1991, art. 18 et *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers de l'Ontario*, 1991, S.O. 1991, art. 32; *Health Professions Act* de l'Alberta, RSA 2000, ch. H-7; et *Health Professions Act* de la C.-B. [RSBC 1996], art. 183.
- ³¹ Gouvernement de l'Ontario, *Processus d'examen et d'approbation du financement des médicaments*, 20 novembre 2023, en ligne à www.ontario.ca/fr/page/processus-dexamen-et-dapprobation-du-financement-des-medicaments.
- ³² Voir, p. ex., *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence* de l'Ontario, L.R.O. 1990, art. E.9 et Alberta, *Emergency Management Act*, RSA 2000, c E-6.8.
- ³³ Art. 52(2) de la *Public Health Act*, S.B.C. 2008 c. 28.
- ³⁴ B.C. *Health Professions General Regulation*, art. 13.
- ³⁵ Order of the Provincial Health Officer (Pursuant to section 13 of the Health Professions General Regulation, B.C. Reg 275/2008), Registered Nurse and Registered Psychiatric Nurse Public Health Pharmacotherapy, 16 septembre 2020.
- ³⁶ Voir la *Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle qu'amendée par le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961*; et la *Convention des Nations Unies contre le trafic de stupéfiants et de substances psychotropes 1988*.
- ³⁷ Préambule de la *Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle qu'amendée par le Protocole de 1972*. Voir également le préambule de la *Convention de 1971 sur les substances psychotropes*.
- ³⁸ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Déclaration ministérielle conjointe issue de l'examen de haut niveau auquel la Commission des stupéfiants a procédé en 2014 sur l'application par les États membres de la Déclaration politique et du Plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue, Commission des stupéfiants, cinquante-septième session (Vienne, 13-21 mars 2014), mars 2014, en ligne à www.unodc.org/documents/commissions/CND/2014_Ministerial_Statement/14-04447_F_ebook.pdf.

- ³⁹ Voir, p. ex., *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, Résolution 2200A (XXI) de l'Assemblée générale des Nations Unies, 23 mars 1976, auquel le Canada a adhéré en 1976 (PIRDPC) et *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, Résolution 2200A (XXI) de l'Assemblée générale des Nations Unies, 3 janvier 1976, auquel le Canada a adhéré en 1976 (PIRDÉSC). Voir aussi la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, Résolution 61/295 de l'Assemblée générale des Nations Unies, que le gouvernement fédéral canadien mettra en œuvre au moyen de la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* (L.C. 2021, ch. 14), qui stipule en son art. 24 que les peuples autochtones « ont droit à leur pharmacopée traditionnelle et ils ont le droit de conserver leurs pratiques médicales »; « le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé »; et « le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale ».
- ⁴⁰ Comité des droits de l'homme. (2018). Observation générale no 36 (2018) sur l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, concernant le droit à la vie. Cote ONU CCPR/C/GC/36, 30 octobre.
- ⁴¹ Comité des droits de l'homme, Constatations adoptées par le Comité au titre de l'article 5 (par. 4) du Protocole facultatif, concernant la communication no 2348/2014, CCPR/C/123/D/2348/2014, 2018, en ligne à https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2F123%2FD%2F2348%2F2014&Lang=fr.
- ⁴² *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, préambules, articles 3 et A15, 1966.
- ⁴³ Comité des droits sociaux, économiques et culturels, Observation générale no 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12). Cote ONU E/C.12/2000/4, 2000.
- ⁴⁴ International Centre on Human Rights and Drug Policy, PNUD, ONUSIDA, HCDH et OMS, *Directives internationales sur les droits de l'homme et la politique en matière de drogues*, 2019.
- ⁴⁵ *Ibid.*
- ⁴⁶ Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Enjeux en matière de droits de l'homme de la mobilisation et de la lutte contre le problème mondial de la drogue sous tous ses aspects, cote ONU A/HRC/54/53, 2023, paragr. 16, en ligne à www.ohchr.org/fr/documents/thematic-reports/ahrc5453-human-rights-challenges-addressing-and-countering-all-aspects.
- ⁴⁷ *Ibid.*, au paragr. 68.
- ⁴⁸ *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 2011 CSC 44, [2011] 3 R.C.S. 134.
- ⁴⁹ Voir, p. ex., *Black v Alberta*, 2023 ABKB 123; *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 2011 CSC 44, [2011] 3 R.C.S. 134; *Simons v Ontario (Minister of Public Safety)*, 2020 ONSC 1431, au paragr. 80; et *Wright v College and Association of Registered Nurses of Alberta (Appeals Committee)*, 2012 ABCA 267, au paragr. 51.
- ⁵⁰ *Black v Alberta*, *ibid.*, au paragr. 124.
- ⁵¹ Voir, p. ex., Alberta Human Rights Commission, *Disability, illness, and injury*, en ligne à <https://albertahumanrights.ab.ca/issues-at-work/disability-illness-and-injury>; British Columbia's Office of the Human Rights Commissioner, *Human rights in BC*, en ligne à <https://bchumanrights.ca/human-rights/human-rights-in-bc>; *Horrock v Northern Regional Health Authorities*, 2015 MBHR 3 (Manitoba); Commission des droits de la personne du New Brunswick, *Ligne directrice sur les dépendances au cannabis, à l'alcool et aux drogues*, décembre 2018, en ligne à www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/hrc-cdp/PDF/Ligne-directrice-cannabis.pdf; Newfoundland and Labrador Human Rights Commission, *Guidelines for Workplace Alcohol and Drug Testing Policies*, en ligne à <https://thinkhumanrights.ca/resources/legal-guidelines/guidelines-for-workplace-alcohol-and-drug-testing-policies>; *Human Rights Act*, RSNS 1989, c 214, s. 3(1); Commission ontarienne des droits de la personne, *Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur les troubles mentaux et les dépendances*, juin 2014, en ligne à www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-pr%C3%A9vention-de-la-discrimination-fond%C3%A9e-sur-les-troubles-mentaux-et-les-d%C3%A9pendances; Prince Edward Island Human Rights Commission, *A Guide to the PEI Human Rights Act*, août 2012, en ligne à www.gov.pe.ca/photos/original/YRTK_eng.pdf; *Hydro-Québec v. Syndicat des employé-e-s de techniques professionnelles et de bureau d'Hydro-Québec, section locale 2000 (SCFP-FTQ)*, 2008 SCC 43 (Québec); Saskatchewan Human Rights Commission, *Frequently Asked Questions About Sick, Injured, or Disabled Employees*, 14 janvier 2020, en ligne à <https://saskatchewanhumanrights.ca/wp-content/uploads/2021/01/EmploymentFAQs.pdf>; *Union of Northern Workers v Government of the Northwest Territories*, 2019 CanLII 18391 (Territoires du Nord-Ouest); *Human Rights Act*, CSNu, c. H-70, s. 1; et Yukon Human Rights Commission, *Complaint Form Guide*, 2020, en ligne à <https://yukonhumanrights.ca/wp-content/uploads/2020/11/YHRC-2020-Complaint-Form-Guide-EN.pdf>.

- ⁵² Commission de vérité et réconciliation du Canada, *Appels à l'action*, 2015, Appels à l'action 18 et 19.
- ⁵³ M. Karamouzian et coll., « Challenges of implementing safer supply programs in Canada during the COVID-19 pandemic: A qualitative analysis », *International Journal of Drug Policy*, vol. 120, octobre 2023; A. Ryan, A. Sereda et N. Fairbairn, « Measures to support a safer drug supply », *JAMC* déc. 2020, 192 (49) E1731; DOI: 10.1503/JAMC.77303.
- ⁵⁴ Voir, p. ex., BC Centre on Substance Use, *Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies*, 2020; BC Centre on Substance Use, *Fentanyl Patch: Prescribed Safer Supply Protocols*, 2024, en ligne à www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2024/04/Prescribed-Safer-Supply-Protocols-Fentanyl-Patch.pdf; J. Hales, G. Kolla, T. Man, et coll., *Safer Opioid Supply Programs (SOS): A Harm Reduction Informed Guiding Document for Primary Care Teams, April 2020 update*, en ligne à <https://bit.ly/3dR3b8m>. E. Comeau, M. Bonn, S. Wildeman, et M. Herder, « More of the same, but worse than before: A qualitative study on the challenges encountered by people who use drugs in Nova Scotia, Canada during COVID-19 », *PLOS ONE*, 2023, en ligne à <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0283979>.
- ⁵⁵ Santé Canada, *The legislative and regulatory framework governing controlled substances (including drugs used in safer supply programs)*, 2022.
- ⁵⁶ Selon un récent rapport sur l'approvisionnement sécuritaire en drogues prescrites, rédigé par le Bureau de la médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique, « des outils d'aide à la pratique et des conseils destinés spécifiquement aux médecins non spécialistes de la dépendance (c'est-à-dire ceux et celles en médecine d'urgence, en soins d'urgence, en soins primaires) devraient être mis au point. Des personnes ayant une expérience vécue, des ayant-droits autochtones, des prescripteur(-trices), des pharmaciennes, des spécialistes en santé mentale et en toxicomanie, des éthiciens-nes et des représentant-es des organismes de réglementation des professions devraient être inclus-es dans le processus d'élaboration ». Voir British Columbia Office of the Provincial Health Officer, 2023, *supra* note 13, p. 13.
- ⁵⁷ En 2022, le Bureau de la médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique a émis une ordonnance en vertu de la *Public Health Act* [Loi sur la santé publique] obligeant tous les organismes de réglementation des professions à certaines actions (p. ex., recueillir et colliger le statut vaccinal relativement à la COVID-19 de toutes les personnes inscrites à leur registre de profession). Voir *Order of the Provincial Health Officer (Pursuant to Sections 30, 31, 32, 39(3), 53, 54, 57, 67(2) and 69 Public Health Act, S.B.C. 2008)*, *Health Professionals Covid-19 Vaccination Status Information* – 10 juin 2022.
- ⁵⁸ Gouvernement du Canada, *Lettre de la Ministre de la santé à l'appui de traitement et l'approvisionnement plus sécuritaire*, 24 août 2020, en ligne à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/lettre-ministre-traitement-approvisionnement-plus-securitaire.html.
- ⁵⁹ Voir, p. ex., Health Professional Regulators of Ontario, « Explaining orders, directives, and delegation », en ligne à www.regulatedhealthprofessions.on.ca/orders,-directives,-delegation.html; et Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, « Délégation des actes autorisés », dernière version mars 2021, définition de « directive médicale », en ligne à www.cpso.on.ca/fr/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Delegation-of-Controlled-Acts. Le British Columbia College of Nurses and Midwives signale que « [l]a délégation d'une activité restreinte à un-e autre professionnel-le nécessite un accord entre les deux ordres de réglementation avant de procéder à la délégation ». Voir British Columbia College of Nurses and Midwives, *Registered Nurses Scope of Practice: Standards, Limits, Conditions*, septembre 2023, en ligne à www.bccnm.ca/Documents/standards_practice/rn/RN_ScopeofPractice.pdf.
- ⁶⁰ Voir, p. ex., College of Registered Nurses of Prince Edward Island and College of Licensed Practical Nurses of Prince Edward Island, *Practice Directive: Medication Administration*, révisée en septembre 2022, en ligne à <https://clpnpei.ca/wp-content/uploads/2023/01/Practice-Directive-Medication-Administration-with-CLPNPEI-2022-09-21.pdf>; Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, *Normes d'exercice – Champ d'application*, 1 juillet 2023, en ligne à www.cno.org/globalassets/docs/prac/59041-scope-of-practice-fr.pdf; et Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, *Directive professionnelle – Les directives*, 2020, en ligne à www.cno.org/globalassets/docs/prac/51019_meddirectives.pdf.
- ⁶¹ Nova Scotia College of Nurses, *Care Directives Guidelines for Nurses*, révisé en mars 2023, en ligne à <https://cdn3.nscn.ca/sites/default/files/documents/resources/CareDirectives.pdf>. Voir aussi Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, *Directive professionnelle – Les directives*, 2020, *ibid*.

- ⁶² British Columbia Office of the Provincial Health Officer, 2023, *supra* note 13.
- ⁶³ Voir Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, « No directives for controlled substances », 7 juin 2022, en ligne à www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/ask-practice/no-medical-directives-for-controlled-substances/. Voir aussi Ontario College of Pharmacists, « Ontario's Physician Assistants: An Update », *Pharmacy Connection*, automne 2014, en ligne à www.ocpinfo.com/library/practice-related/download/PhysicianAssistant.pdf.
- ⁶⁴ Voir, p. ex., Advanced Care Paramedics, *Special Project Palliative Care Medical Directive*, 20 mars 2021, en ligne à <https://hsncpc.ca/wp-content/uploads/2022/02/ACP-Pall-Care-directive-treat-and-refer-20-3-2021-Version-2.1.pdf>.
- ⁶⁵ Bien que le personnel des SCS ne compte généralement pas d'auxiliaires médicaux(-ales), dans certaines provinces (p. ex., Alberta, Manitoba et Nouveau-Brunswick), ces professionnel(-les) sont soumis(-es) à une réglementation provinciale avec un champ d'exercice qui varie légèrement d'un bout à l'autre du pays et qui peut inclure la prescription en vertu d'une directive médicale. Voir, p. ex., Ontario Hospital Association, *The Ontario Physician Assistant Initiative*, juin 2009, en ligne à www.oha.com/Legislative%20and%20Legal%20Issues%20Documents/Ontario%20Physician%20Assistant%20Initiative%202009.pdf.
- ⁶⁶ Voir, p. ex., British Columbia College of Nurses and Midwives, « G: Prescribing for Opioid Use Disorder and/or Pharmaceutical Alternatives for Safer Supply », *Scope of Practice for Nurse Practitioners: Standards, Limits, and Conditions*, dernière modification septembre 2023, en ligne à www.bccnm.ca/NP/ScopePractice/part2/Pages/prescribing_oat.aspx; et Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, « Les IP et la prescription de substances contrôlées », dernière révision le 4 février 2022, en ligne à www.cno.org/fr/trending-topics/les-ip-et-la-prescription-de-substances-controlees.
- ⁶⁷ Gouvernement du Canada, Cadre sur la désignation de catégories supplémentaires de praticiens en vertu du Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens, novembre 2012, en ligne à [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/politique-reglementation/documents-politique/cadre-designation-categories-supplementaires-praticiens.html](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/politique-reglementation/documents-politique/cadre-designation-categories-supplementaires-praticiens-vertu-reglement-nouvelles-categories-praticiens.html).
- ⁶⁸ Order of the Provincial Health Officer (Pursuant to section 13 of the *Health Professions General Regulation*, B.C. Reg 275/2008), Registered Nurse and Registered Psychiatric Nurse Public Health Pharmacotherapy, 16 septembre 2020. Bien que le contexte spécifique de la COVID-19 dans lequel l'ordonnance a été émise ait changé, les risques que l'on cherchait à traiter à l'époque de l'ordonnance continuent de s'aggraver et la toxicité du marché non réglementé des drogues est en soi suffisante pour justifier des ordonnances semblables. Comme l'indique l'ordonnance, « à moins d'être annulée plus tôt, cette ordonnance prendra fin à la date à laquelle j'émettrai un avis en vertu de l'article 59 (b) de la *Loi sur la santé publique*, selon lequel l'urgence liée à la disponibilité d'analogues du fentanyl opioïde hautement toxiques et produits illégalement et à l'augmentation du nombre de surdoses et de décès associés à l'utilisation de ces substances est terminée ».
- ⁶⁹ Voir British Columbia College of Nurses and Midwives, « BCCNM board approves new RN and RPN certified practice for opioid use disorder », 23 septembre 2023, en ligne à www.bccnm.ca/bccnm/Announcements/Pages/Announcement.aspx?AnnouncementID=466.
- ⁷⁰ Voir, p. ex., la *Loi sur les professions de la santé réglementées* de l'Ontario, 1991.
- ⁷¹ Association des pharmaciens du Canada, Champ d'exercice des pharmaciens au Canada, révisé le 2 octobre 2023, en ligne à www.pharmacists.ca/representation/champ-exercice/?lang=fr.
- ⁷² L'exemption prend fin le 30 septembre 2026, ou plus tôt si elle est remplacée ou révoquée.
- ⁷³ Association des pharmaciens du Canada, *Résultats du sondage sur la LRCDas mené auprès des pharmaciens*, novembre 2021, en ligne à www.pharmacists.ca/representation/champ-exercice/opioides-lrcdas/sondage-lrcdas-2021/?lang=fr.
- ⁷⁴ Voir, p. ex., les règlements adoptés par le gouvernement ontarien en 2023 en vertu de la *Loi sur les pharmaciens*, pour étendre le champ de pratique des pharmaciennes et les autoriser à prescrire certaines classes de médicaments pour treize « affections bénignes ». Voir O. Reg. 202/94: GENERAL under *Pharmacy Act*, 1991, L.O. 1991, ch. 36.

- ⁷⁵ Voir, p. ex., Nurses and Nurse Practitioners of British Columbia, *RN Certified Practice Decision Support Tools & Competencies*, mars 2024, en ligne à www.nnpbc.com/policy-and-professional-practice/rn-certified-practice/rn-certified-practice-decision-support-tools/.
- ⁷⁶ Les clubs de compassion et les clubs d'acheteur(-euse)s distribuent à leurs membres des drogues criminalisées, non réglementées ou difficiles d'accès, afin de limiter les effets négatifs du marché non réglementé et peuvent également apporter à leurs membres un soutien social et d'autre nature. Dans le cadre d'une approche coopérative, le club serait détenu et géré par ses membres, qui en partageraient les bénéfices. Voir, p. ex., N. Rhodes, « Mapping buyer's clubs; what role do they play in achieving equitable access to medicines? », *Global Public Health*, 17(9), 1842-1853, à <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1959940>; et R. Starr, K. Murray et M. Chaiton, « The Compassion Club: A New Proposal for Transformation of Tobacco Retail », *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* vol. 25,12 (2023): 1822-1828. doi:10.1093/ntr/ntac295.
- ⁷⁷ British Columbia Office of the Provincial Health Officer, 2023, *supra* note 13.
- ⁷⁸ K. Larsen, « First ever paid prescription fentanyl program launches in Vancouver », *CBC News*, 8 avril 2022, en ligne à www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/paid-prescription-fentanyl-vancouver-1.6412696.
- ⁷⁹ G. Bardwell et coll., *supra* note 10. Voir aussi CATIE, « Le programme d'approvisionnement plus sécuritaire en opioïdes MySafe utilise des machines distributrices à lecteur biométrique », 15 août 2023, en ligne à www.catie.ca/fr/connexions-nos-programmes/le-programme-dapprovisionnement-plus-securitaire-en-opioides-mysafe.
- ⁸⁰ A. Weng, « The potential use of telemedicine to increase access to opioid agonist therapy in rural and remote communities », *BC Medical Journal*, vol. 62, no 10, déc. 2020, p. 377-379.
- ⁸¹ British Columbia Office of the Provincial Health Officer, 2023, *supra* note 13.
- ⁸² Voir Gouvernement du Canada, *La réponse du Canada à la crise de surdose d'opioïdes*, dernière modification le 28 novembre 2023, en ligne à <https://sante.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/opioides/repondre-crise-opioides-canada/carte.html>. Comme l'a indiqué par courriel Karen McDonald, du Service d'analyse des drogues de Toronto, le principal obstacle à l'offre de services d'analyse des drogues est lié aux limites du financement accordé pour fournir ce service et au manque d'orientations concernant les technologies d'analyse des drogues disponibles – des processus détaillés d'analyse des drogues sont exigés par Santé Canada et nombre de SCS n'ont pas de ressources à consacrer à l'analyse des drogues.
- ⁸³ Voir, p. ex., G. Bardwell, J. Boyd, J. Arredondo, et coll., « Trusting the source: The potential role of drug dealers in reducing drug-related harms via drug checking », *Drug Alcohol Depend*, 1 mai 2019;198:1-6. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.01.035.
- ⁸⁴ Voir *Mesures fédérales sur la crise des surdoses*, où le gouvernement fédéral signale avoir « autoris[é] les services de soutien dans les sites, y compris le contrôle* des drogues, l'assistance par les pairs en matière de consommation et le fractionnement et le partage des drogues ». Gouvernement du Canada, *Mesures fédérales sur la crise des surdoses*, décembre 2023, en ligne à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/mesures-federales/apercu.html. *Note du traducteur : L'utilisation du terme « contrôle » dans le document ici cité semble avoir le sens d'« analyse » (des drogues), puisque dans le texte anglais on utilise l'expression « drug checking ».
- ⁸⁵ J. Kalicum, E. Nyx, M.C. Kennedy et T. Kerr 2024, *supra* note 22.
- ⁸⁶ L'art. 25.4 du RS prévoit qu'un distributeur autorisé « peut vendre ou fournir un stupéfiant à une personne qui bénéficie d'une exemption relative à la possession de ce stupéfiant et accordée en vertu de l'article 56 de la Loi ».
- ⁸⁷ N. Maghsoudi, J. Bowles et D. Werb, « Expanding access to diacetylmorphine and hydromorphone for people who use opioids in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 111,4 (2020): 606-609. doi:10.17269/s41997-020-00315-4.
- ⁸⁸ Santé Canada, *Monographie de produit : Chlorhydrate de diamorphine pour injection*, 2022, en ligne à https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00073046.PDF.

- ⁸⁹ S. Grochowski, « B.C. doctors upset their 'safe supply' of heroin going unprescribed during overdose crisis », *Vancouver Sun*, 15 déc. 2021, en ligne à <https://vancouversun.com/news/b-c-doctors-upset-their-safe-supply-of-heroin-going-unprescribed-during-overdose-crisis>. Voir aussi PAN, « Letter to Minister Dix regarding access to diacetylmorphine and Heroin-Assisted Treatment », 24 février 2023, en ligne à <https://paninbc.ca/2023/02/24/letter-to-minister-dix-regarding-access-to-diacetylmorphine-and-heroin-assisted-treatment/>.
- ⁹⁰ *An Open Letter calling for Public Drug Coverage of High Dose Injectable Hydromorphone for People Who Use Opioids in Ontario*, 2019, en ligne à <https://listhmonodb.wordpress.com/>.
- ⁹¹ Voir, p. ex., l'article 31(2)c) du *Règlement sur les stupéfiants*, qui interdit aux pharmaciennes de vendre ou de fournir d'autre manière de la diacétylmorphine, sauf s'ils/elles reçoivent une ordonnance ou une prescription écrite d'un-e médecin ou d'un-e infirmier(-ère) praticien-ne. L'article 25.2 du *Règlement* indique également qu'un-e prestataire agréé-e ne peut vendre ou fournir de la diacétylmorphine qu'à un-e médecin, un-e infirmier(-ère) praticien-ne ou un-e dentiste.
- ⁹² Voir, p. ex., S. Klaire, C. Sutherland, T. Kerr et M. C. Kennedy, *supra* note 10.
- ⁹³ Ministry of Mental Health and Addictions, Ministry of Health (C.-B.), *Access to Prescribed Safer Supply in British Columbia: Policy Direction*, 15 juillet 2021, en ligne à www2.gov.bc.ca/assets/gov/overdose-awareness/prescribed_safer_supply_in_bc.pdf.
- ⁹⁴ Q. Guan, W. Khuu, D. Martins, et coll., « Recherche quantitative originale – Évaluation des premiers effets du retrait des opioïdes à forte concentration sur les schémas de prescription en Ontario », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, vol. 38, no 6, juin 2018, en ligne à www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-38-no-6-2018/ar-08-fra.pdf.
- ⁹⁵ Groupe d'experts sur la consommation de substances, *Rapport 2 : Recommandations relatives à la politique du gouvernement du Canada en matière de drogues, telle qu'elle est énoncée dans le projet de Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances (SCDAS)*, 11 juillet 2021, en ligne à www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-experts-consommation-substances/rapports/rapport-2-2021.html.



1240, rue Bay, bureau 600, Toronto (Ontario) M5R 2A7
Téléphone : +1 416 595-1666

hivlegalnetwork.ca

