



CANADIAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION

SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE PSYCHOLOGIE

LA DÉCRIMINALISATION DES SUBSTANCES ILLÉGALES AU CANADA

Énoncé de position de la Société canadienne de psychologie

Approuvé par le conseil d'administration de la SCP – juin 2023

Préparé par

Andrew (Hyounsoo) Kim, Ph. D., C. Psych., coprésident
Peter Hoaken, Ph. D., C. Psych., coprésident*
Keira Stockdale, Ph. D. C. Psych., coprésidente
Kim Corace, Ph. D., C. Psych.
Matthew Keough, Ph. D., C. Psych.
Trevor Hart, Ph. D., C. Psych.
Suzanne Bell, Ph. D., C. Psych.
Christine Rose, Ph. D., C. Psych.
Abby Goldstein, Ph. D., C. Psych.
Rebecca Hudson Breen, Ph. D., C. Psych.
Renee St-Jean, B.A.
Sophie Coelho, B.A.

Michelle St. Pierre, M.A.
Desanka Djonin, M.A.
Emma Collie, B.A.
Stephanie Dagg, B. Sc.
Adhm Zahran, B.A.
Lindsey Snaychuk, B.A.
Samantha Johnstone, B.A.
J. Jacob Riches, M. Sc.
Karli Rapinda, M.A.
Chelsea Reid, M.A.
Tarleen Dhanoa, M.A.
Daniel O'Brien, M. Sc.
Puneet Parmar, B.A.



CANADIAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION
SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE PSYCHOLOGIE

LA SCP

La Société canadienne de psychologie (SCP) est le porte-parole national de la science, de la pratique et de l'enseignement de la psychologie au Canada et se voue à la promotion de la santé et du bien-être des Canadiens. La SCP est la plus grande association professionnelle de psychologues au Canada et représente les psychologues en pratique publique et privée, les professeurs d'université et les chercheurs universitaires, ainsi que les étudiants. Les psychologues constituent le plus grand groupe de fournisseurs de soins de santé mentale spécialisés et réglementés, ce qui fait de notre profession une ressource indispensable pour la prestation de soins psychologiques aux Canadiens qui en ont besoin.

VISION

Une société où la compréhension des divers besoins, comportements et aspirations de l'être humain est le moteur de la législation, des politiques et des programmes destinés aux personnes, aux organisations et aux collectivités.

MISSION

Faire progresser la recherche, les connaissances et l'application de la psychologie au service de la société au moyen de la défense des intérêts, du soutien et de la collaboration.

**POUR EN SAVOIR PLUS,
VISITEZ NOTRE SITE WEB À CPA.CA/FR**

TABLE DES MATIÈRES

Dédicace*	4
Résumé	5
1. Énoncé de position sur la décriminalisation des substances illégales au Canada	7
1.1 Préambule	7
1.2 Décriminalisation au Canada – situation actuelle	8
1.3 Structure de l'énoncé de position	8
2.0 Définition des principaux termes	9
2.1 Approches en matière de réglementation des drogues	9
2.2 Catégories de réglementation des drogues	9
2.3 Autres termes importants	10
3.0 Contexte actuel de la consommation de substances psychoactives au Canada	10
3.1 Prévalence de la consommation de substances au Canada	10
3.2 Méfaits de la consommation de substances	11
3.3 Troubles liés à l'usage de substances psychoactives	12
3.4 Traitement et criminalisation	12
4.0 Problèmes liés à la justice pénale	13
4.1 Contexte historique	13
4.2 Conséquences de la criminalisation	13
5.0 Dommages sociaux découlant du marché illégal de la drogue	15
5.1 Lien entre le statut juridique des drogues et la criminalité	15
5.2 Lien entre statut juridique des drogues et victimisation	16
5.3 Effets de la décriminalisation sur les dommages sociaux découlant du marché illégal de la drogue	17
6.0 Coûts financiers	18
7.0 Dommages physiques découlant de la criminalisation de la consommation de substances	19
7.1 Surdoses et décès	19
7.2 Maladies infectieuses	20
8.0 Préjudices disproportionnés pour les populations victimes d'inégalités structurelles et de racisme	21
9.0 Stigmatisation	22
9.1 Préjudices de la stigmatisation envers les personnes qui consomment des substances ou qui vivent avec un TUS	23
9.2 Contribution de la criminalisation des substances à la stigmatisation et à ses effets	23
9.3 Décriminalisation et effets sur la stigmatisation	24
10. Conclusion et recommandations	25
10.1 Recommandations pour la prise de position	25
11.0 Références	27

DÉDICACE*

This position paper is dedicated to Dr. Peter N. S. Hoaken (co-chair) who was a fierce advocate for the decriminalization of illegal substances in Canada and an advocate for individuals who are experiencing harms as a result of their substance use.

RÉSUMÉ

Il existe un intérêt public croissant envers la modification au Canada de l'approche actuelle de la justice pénale à l'égard de la consommation de substances psychoactives. Le 1er janvier 2023, la Colombie-Britannique est devenue la première province à décriminaliser les petites quantités de drogues illégales (1). Cela signifie qu'en Colombie-Britannique, les adultes de 18 ans et plus ne sont plus accusés ou arrêtés pour la possession d'une quantité cumulée allant jusqu'à 2,5 grammes d'opioïdes (dont le fentanyl, l'héroïne, la morphine), de cocaïne (dont le crack et la cocaïne en poudre), de méthamphétamine ou de MDMA (c.-à-d. l'ecstasy) (2). Plusieurs villes métropolitaines, comme Toronto et Edmonton, ont également demandé au gouvernement fédéral de décriminaliser les petites quantités de substances actuellement illégales pour usage personnel (3,4).

Le groupe de travail sur la décriminalisation des substances illégales au Canada a été formé dans le but d'élaborer la position officielle de la Société canadienne de psychologie (SCP) sur la décriminalisation des substances (actuellement) illégales au Canada. La position s'appuie sur une revue systématique des données récentes (2018-2022) sur les effets de l'approche pénale actuelle au Canada à l'égard des substances illégales et sur les effets de la décriminalisation dans d'autres administrations.

Le Canada est en plein cœur d'une crise des surdoses, et il est important de ne pas négliger le rôle de la polyconsommation dans cette crise (5). En effet, les décès liés à une intoxication aux substances illégales sont en hausse, et les opioïdes ne sont pas les seuls responsables de cette situation. Par exemple, les données recueillies entre janvier et juin 2022 ont révélé un nombre élevé de décès accidentels apparemment liés à une intoxication aux stimulants, et 83 % de ces décès impliquaient un opioïde (6).

En ce qui concerne la crise des opioïdes en particulier, il y a eu 32 632 décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes (de janvier 2016 à juin 2022), même si près de la moitié (47 %) de ces décès impliquaient également un stimulant, et que ce chiffre est probablement plus élevé si l'on tient compte de l'ensemble des décès liés aux opioïdes (6).

L'approche actuelle à l'égard de la consommation de substances psychoactives, axée sur la justice pénale, a contribué à la crise des surdoses et a entraîné une myriade d'autres conséquences négatives, notamment des dommages sociaux, la victimisation, des coûts financiers pour la société, des dommages physiques pour les personnes qui consomment des substances psychoactives, une réticence des personnes à aller chercher des soins de santé (mentale) ou à composer le 9-1-1 lors d'une situation d'urgence liée à une surdose, par crainte d'être arrêtées et stigmatisées encore plus (7). Ces dommages sont exacerbés chez les personnes victimes d'inégalités structurelles et de racisme (8).

Il est important de noter que les administrations (p. ex. le Portugal) qui ont adopté des approches de jure pour décriminaliser les substances illégales ont observé une réduction des coûts et des dommages (9). Par exemple, au Portugal, les décès liés à la drogue ont diminué de manière significative entre 1999 (~400), année précédant la décriminalisation, et 2006 (~290) (10). En outre, le taux de nouveaux cas de VIH/sida a chuté depuis 2001 (10). En conséquence, la pression sur le système de santé et le système de justice pénale a diminué. Finalement, le coût sociétal des substances illégales au Portugal a diminué de 12 % au cours des cinq années qui ont suivi la décriminalisation, pour atteindre 18 % en 2012 (11).

ÉNONCÉ DE POSITION

Après avoir examiné les données existantes, la SCP préconise l'approche « *de jure* » pour la décriminalisation des substances actuellement illégales pour usage personnel. De façon plus précise, la SCP recommande ce qui suit :

1. Le retrait dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* des sanctions pénales associées à la possession simple de substances illégales.
2. Nous recommandons également **fortement** que la détermination de la quantité associée à un « usage personnel » se fasse en consultation de toutes les parties prenantes concernées, notamment les personnes ayant une expérience vécue passée ou présente de la consommation de substances psychoactives.

RECOMMANDATIONS

La SCP est consciente que la décriminalisation des substances illégales à elle seule ne suffit pas à réduire la myriade de méfaits associés à la consommation de substances psychoactives. Par conséquent, nous présentons également les recommandations suivantes en relation avec la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* :

1. Il est recommandé que le gouvernement fédéral adopte des modifications législatives fédérales pour retirer les sanctions pénales associées à la possession simple de substances illégales dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.
2. Il est recommandé que les gouvernements fédéral et provinciaux, en collaboration avec les parties prenantes concernées (chercheurs, cliniciens, personnes ayant une expérience vécue passée ou présente, décideurs publics, professionnels de la santé), améliorent l'offre de programmes et services de prévention, de traitement et de réduction des méfaits fondés sur des données probantes, ainsi que l'accès à ces programmes et services, de même qu'aux mesures de soutien.
3. Il est recommandé que le gouvernement fédéral accélère l'introduction d'exemptions ciblées en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* afin de soutenir davantage les initiatives de réduction des méfaits.
4. Il est recommandé que les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux outillent les forces de police à tous les paliers (national, provincial, territorial, municipal) afin qu'elles puissent offrir des solutions de rechange non pénales aux infractions liées aux drogues. Ces outils doivent prendre la forme de conseils, de ressources et de programmes de formation qui sont adéquats.
5. Il est recommandé que les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux travaillent en étroite collaboration avec les personnes ayant une expérience vécue passée ou présente, les décideurs publics, les professionnels de la santé et les forces de l'ordre lors de l'élaboration de nouvelles politiques et initiatives.
6. Il est recommandé que les parties prenantes concernées (c.-à-d. les gouvernements, les personnes ayant une expérience vécue passée ou présente, les décideurs publics, les professionnels de la santé et les forces de l'ordre) intensifient les efforts de mobilisation des connaissances et les campagnes de sensibilisation du public visant à éradiquer la stigmatisation liée à la consommation de substances psychoactives, en particulier la stigmatisation à laquelle sont confrontées les personnes qui consomment des substances psychoactives ou qui vivent avec un trouble lié à l'usage de substances psychoactives.

7. Il est recommandé que les parties prenantes concernées (c.-à-d. les gouvernements, les personnes ayant une expérience vécue passée ou présente, les décideurs publics, les professionnels de la santé et les forces de l'ordre) intensifient leurs efforts de mobilisation des connaissances afin de sensibiliser le public relativement aux idées fausses qui entourent la décriminalisation et ses résultats.

L'approche actuelle de la justice pénale à l'égard de la consommation de substances psychoactives entraîne une myriade de conséquences négatives, en particulier chez les personnes victimes d'inégalités structurelles et de racisme. Traiter la consommation de substances psychoactives comme un problème de santé publique et non comme un problème de justice pénale entraînera des effets positifs majeurs pour les millions de Canadiennes et de Canadiens qui sont touchés par la consommation de substances psychoactives.

1. ÉNONCÉ DE POSITION SUR LA DÉCRIMINALISATION DES SUBSTANCES ILLÉGALES AU CANADA

Au cours d'une réunion du conseil d'administration de la Société canadienne de psychologie (SCP) tenue à l'hiver 2022, le conseil a approuvé la création du groupe de travail sur la décriminalisation des substances illégales au Canada. Celui-ci est composé d'un groupe diversifié d'experts en consommation de substances psychoactives, en politiques publiques et en application de la loi, provenant de tout le Canada. Les membres du groupe de travail travaillent actuellement dans des universités, des hôpitaux et dans les forces de l'ordre, ainsi qu'en pratique privée. L'élaboration de l'énoncé de position est donc renforcée par l'expertise collective et les points de vue diversifiés des membres du groupe de travail.

L'objectif du groupe de travail était d'élaborer un **énoncé de position** afin de recommander à la SCP une position officielle sur le sujet de la décriminalisation des substances actuellement illégales au Canada. La position recommandée s'appuie sur une revue systématique des données récentes (2018-2022) sur les méfaits actuels de l'approche de la justice pénale à l'égard des substances illégales et sur les effets de la décriminalisation.

En outre, l'énoncé de position comporte des recommandations visant à réduire les effets négatifs des substances psychoactives chez les personnes vivant au Canada. Il est important de noter que l'énoncé de position se concentre sur la décriminalisation des substances illégales au Canada et ne contient donc pas de recommandations sur la question de « l'approvisionnement plus sécuritaire » (qui consiste à fournir des médicaments prescrits comme solution plus sécuritaire que les substances illégales, potentiellement toxiques) ni sur la question plus large de la légalisation des substances psychotropes (c.-à-d. la légalisation du cannabis au Canada en 2018) (12,13).

1.1 PRÉAMBULE

On constate une prise de conscience croissante de l'inefficacité de l'approche punitive et pénale actuelle (c.-à-d. la guerre contre les drogues) relativement aux substances illégales. Plus préoccupant encore, l'approche actuelle de la justice pénale à l'égard de la consommation de substances psychoactives entraîne une myriade de conséquences négatives. C'est pourquoi les parties prenantes, notamment les personnes ayant une expérience vécue, les décideurs publics, les professionnels de la santé et les forces de l'ordre, souhaitent de plus en plus décriminaliser les substances psychoactives qui sont actuellement illégales au Canada (p. ex., voir les changements récents en Colombie-Britannique : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2022/05/la-colombie-britannique-recoit-une-exemption-pour-decriminaliser-la-possession-de-certaines-drogues-illegales-pour-usage-personnel.html>)

Le présent rapport contribue au dialogue sur la décriminalisation par la formulation de recommandations pour la prise de position officielle de la SCP sur la décriminalisation des substances illégales, sur la base des données existantes. Nous espérons que l'énoncé de position contribuera à alimenter le dialogue en cours sur la décriminalisation de la consommation de substances psychoactives.

1.2 DÉCRIMINALISATION AU CANADA – SITUATION ACTUELLE

La décriminalisation des substances illégales au Canada constitue un important problème de santé publique et de politique publique. Des villes métropolitaines comme Edmonton, Toronto et Vancouver ont toutes pris des mesures pour décriminaliser la possession de petites quantités de substances illégales pour usage personnel (1,3,4). Par exemple, le service de santé publique de Toronto est actuellement en discussion avec Santé Canada au sujet d'une demande de décriminalisation des substances illégales, déposée en janvier 2022 (14).

À l'échelle provinciale, en mai 2022, la ministre fédérale de la Santé mentale et des Dépendances et ministre associée de la Santé a approuvé la demande de la Colombie-Britannique pour une exemption de trois ans en vertu du paragraphe 56(1) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, permettant aux adultes de 18 ans et plus dans la province de posséder jusqu'à 2,5 grammes de certaines substances illégales pour leur usage personnel (2). La Colombie-Britannique est ainsi devenue la première province canadienne à décriminaliser les petites quantités de drogues; cette mesure a pris effet le 1^{er} janvier 2023.

Les provinces maritimes, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba et le Québec n'ont pas encore exprimé leur intention de demander une exemption au gouvernement fédéral, mais les provinces canadiennes ont commencé à s'attaquer à la crise de la drogue. De leur côté, la plupart des services de police ont adopté une approche de décriminalisation « *de facto* » à petite échelle, en vertu de laquelle les forces de police n'inculpent généralement pas les personnes en possession d'une petite quantité de substances illégales pour leur usage personnel, sauf en présence d'autres conditions, telles que des mandats d'arrêt non exécutés (15). En fait, le Comité spécial sur la décriminalisation des drogues illicites de l'Association canadienne des chefs de police (ACCP) a approuvé des mesures de substitution aux sanctions pénales en cas de possession simple (7).

En résumé, il existe actuellement un intérêt pour la décriminalisation des substances illégales au Canada. Cet énoncé de position s'ajoute au dialogue en cours sur la décriminalisation et sert de base à la position de la SCP sur la décriminalisation des substances illégales au Canada.

1.3 STRUCTURE DE L'ÉNONCÉ DE POSITION

L'énoncé de position a pour but de résumer les principales conclusions relatives à la criminalisation actuelle de la consommation de substances au Canada. Le document fournit tout d'abord des définitions des principaux termes utilisés et présente le contexte actuel entourant la consommation de substances et les politiques sur les drogues au Canada. Ensuite, le document décrit plusieurs méfaits associés à la consommation de substances et la façon dont ces méfaits sont directement liés à la criminalisation ou exacerbés par celle-ci. L'énoncé de position fournit également des preuves des effets de la décriminalisation, lorsqu'elles sont disponibles. À la lumière des résultats examinés, l'énoncé de position conclut avec des recommandations pour la position officielle de la SCP sur la question de la décriminalisation de la consommation de substances au Canada.

2.0 DÉFINITION DES PRINCIPAUX TERMES

2.1 APPROCHES EN MATIÈRE DE RÉGLEMENTATION DES DROGUES

De Facto (« de fait »). Approches qui ne sont pas officiellement sanctionnées et qui sont mises en œuvre au moyen de règles informelles ou non législatives. Les solutions de rechange de facto à la criminalisation des substances illégales comprennent des approches de déjudiciarisation par la police, par exemple le Drugs Education Programme (au R.-U.) pour les personnes qui se font prendre en possession de substances illégales (16).

De Jure (« de droit »). Approches officiellement sanctionnées, mises en œuvre au moyen de politiques et de lois officielles. Par exemple, le Portugal a modifié sa législation en 2001 (loi 30/2000) pour faire de la possession de quantités limitées de substances illégales une infraction administrative et non pénale (16).

2.2 CATÉGORIES DE RÉGLEMENTATION DES DROGUES

Criminalisation. La production (c.-à-d. non médicale et non scientifique), la vente, la possession et l'usage personnel de drogues sont interdits et passibles de poursuites judiciaires, assorties de sanctions pénales (c.-à-d. punitives). Les sanctions pénales varient selon leur sévérité et leur application (16). L'héroïne et la cocaïne sont des exemples actuels de drogues criminalisées au Canada (pour une liste des substances actuellement illégales et réglementées, consulter : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees.html>)

Décriminalisation. La production (c.-à-d. non médicale et non scientifique) et la vente de drogues sont interdites et passibles de poursuites judiciaires. Toutefois, les sanctions pénales sont supprimées pour la possession et l'usage personnel. Les activités désignées, y compris la possession et l'usage personnel, peuvent tout de même faire l'objet de mesures non pénales, telles que des amendes imposées au civil, des avertissements, un traitement de la toxicomanie ou une sensibilisation aux méfaits des drogues (16).

Légalisation. La production (c.-à-d. non médicale et non scientifique), la vente, la possession et l'usage personnel de drogues sont autorisés sans sanctions pénales et ne font pas l'objet de poursuites judiciaires. Des contrôles réglementaires peuvent ou non s'appliquer. Les exemples actuels de drogues légalisées au Canada comprennent l'alcool, le cannabis, le tabac, les médicaments d'ordonnance et la caféine (17).

Légalisation d'un marché réglementé. Les drogues sont légales, mais des contrôles réglementaires gouvernementaux peuvent encore s'appliquer à la production et à la vente. Les exemples actuels de drogues réglementées au Canada comprennent l'alcool, le cannabis, le tabac et les médicaments d'ordonnance (17).

Légalisation d'un marché libre. Les drogues sont légales et peuvent être produites et vendues sans restriction, comme d'autres biens de consommation. La caféine est un exemple actuel de drogue légalisée sans contrôle réglementaire gouvernemental (17).

2.3 AUTRES TERMES IMPORTANT

Illicite. Qui n'est pas licite, qui est défendu par la morale ou par la loi (18).

Illégal. Qui est contraire à la loi (19). Il convient de noter que tout au long de l'énoncé de position, nous utiliserons le terme « illégal » pour désigner les drogues qui sont actuellement criminalisées, plutôt que le terme « illicite », qui peut être stigmatisant ou avoir une connotation de faute morale. Tout en reconnaissant que le terme « illégal » est également stigmatisant, nous n'utilisons ce terme que pour désigner le statut juridique actuel des drogues dont il est question.

Substances réglementées. Drogues dont le gouvernement fédéral canadien estime qu'elles présentent un potentiel d'utilisation problématique ou de dépendance supérieur à la moyenne. Les substances réglementées vont des médicaments d'ordonnance aux substances illégales (20).

Approvisionnement plus sécuritaire. Fourniture légale et prescrite de drogues, y compris de drogues injectables, qui ne sont autrement obtenues que par l'intermédiaire des marchés illégaux de la drogue (21).

3.0 CONTEXTE ACTUEL DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AU CANADA

3.1 PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AU CANADA

Au Canada, la substance la plus couramment consommée est l'alcool (22). Dans le cadre de l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) de 2019, 76 % des Canadiens ont déclaré avoir consommé une boisson alcoolisée au cours de l'année écoulée, et 21 % des Canadiens ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de l'année écoulée. La consommation de tabac est également courante, 9 % des Canadiens déclarant fumer des cigarettes quotidiennement et 3 % occasionnellement (23).

L'ECAD a également révélé que la prévalence globale de la consommation de substances pharmaceutiques psychoactives (c.-à-d. analgésiques opioïdes, stimulants et sédatifs) chez les Canadiens de 15 ans et plus était de 23 %, la consommation globale d'analgésiques opioïdes étant la plus courante (15 %). Deux pour cent des Canadiens ont déclaré avoir fait un usage non médical de stimulants prescrits (p. ex. Ritalin, Adderall) au cours de l'année écoulée, le pourcentage étant de 11 % pour l'usage de sédatifs (22).

Enfin, la consommation au cours de l'année écoulée d'au moins une substance illégale (cocaïne et crack, ecstasy, amphétamines et méthamphétamines, hallucinogènes, inhalants, héroïne, salvia, cannabinoïdes de synthèse et autres drogues) s'élevait à 3 %. La cocaïne/le crack était la substance illégale la plus consommée (2 %), représentant environ la moitié (49 %) de la consommation de substances illégales, suivie de près par les hallucinogènes (2 %; c.-à-d. LSD, PCP et psilocybine) (22). En outre, parmi les personnes ayant déclaré avoir déjà consommé des substances illégales, 1 % ont déclaré s'être déjà injecté des drogues. Combinées, les substances légales et illégales sont couramment consommées par les Canadiens.

3.2 MÉFAITS DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Le Canada est en plein cœur d'une crise des surdoses (6). Bien que les opioïdes aient fait l'objet d'une attention particulière, le problème ne peut être attribué à une seule substance. En fait, les décès liés à une intoxication aux substances illégales sont en hausse, et la polyconsommation est une cause fréquente. Par exemple, les données recueillies entre janvier et juin 2022 ont révélé un nombre élevé de décès apparemment liés à une intoxication aux stimulants, la quasi-totalité de ces décès (98 %) étant accidentels (6).

Entre janvier 2016 et juin 2022, il y a eu au moins 32 632 décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes (6). Rien que de janvier à juin 2022, il y a eu environ 20 décès par jour, ce qui représente au moins 3 556 vies perdues. La plupart (90 %) des décès accidentels apparemment liés à une intoxication aux opioïdes ont été signalés en Alberta, en Colombie-Britannique ou en Ontario, et la majorité (76 %) de ces décès concernaient des hommes âgés de 20 à 59 ans. La crise des opioïdes – et plus généralement la crise des surdoses – est due à une interaction complexe entre de nombreux facteurs. Cependant, la toxicité des drogues illégales accessibles continue d'être un facteur majeur, puisque le fentanyl a été impliqué dans 76 % de tous les décès accidentels apparemment liés à une intoxication aux opioïdes en 2022 (de janvier à juin) (6).

Bien que de nombreuses personnes consomment des substances psychoactives à un moment ou à un autre de leur vie sans en subir les effets néfastes, il existe un continuum dans la consommation de substances psychoactives. Plus précisément, Santé publique Ottawa et l'Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions (ACEPA) ont défini un spectre associé à la consommation de substances psychoactives : aucune consommation, consommation bénéfique (c.-à-d. avantages sur le plan social), risque faible, apparition de problèmes, et enfin, trouble lié à la consommation de substances (24).

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a estimé à 46 milliards de dollars le coût annuel des problèmes de consommation de substances psychoactives pour les Canadiens en 2017, réparti comme suit : 20,0 milliards de dollars en perte de productivité, 9,2 milliards de dollars en coûts de justice pénale et 13,1 milliards de dollars en coûts liés à la consommation de substance psychoactives (25).

L'actuelle pandémie de COVID-19 a exacerbé les taux de consommation de substances psychoactives et la crise de la drogue. Des études ont montré que les taux de consommation de substances, légales et illégales, ont augmenté depuis la pandémie (26). Malheureusement, l'augmentation des problèmes de santé liés à la consommation de substances psychoactives est disproportionnée chez les personnes déjà vulnérables et à haut risque.

Par exemple, la pandémie de COVID-19 a aggravé les problèmes de santé liés à la consommation de substances psychoactives chez les personnes ayant déjà des problèmes de santé mentale et étant désavantagées sur le plan des déterminants sociaux de la santé (p. ex. par une insécurité financière) (26). La pandémie a contribué à exacerber la crise actuelle de la drogue au Canada, des résultats indiquant une augmentation marquée des hospitalisations, des visites aux urgences et des décès liés aux opioïdes et à d'autres substances de 2019 à 2020 (27).

La pandémie de COVID-19 a également entraîné une réduction des traitements et de la recherche d'aide chez les personnes consommant des substances psychoactives, ce qui a eu pour effet d'aggraver les préjudices subis par les personnes ayant un problème de toxicomanie (28).

3.3 TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, révision du texte* (DSM-5-TR), on définit cliniquement les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (TUS) comme étant une présentation de changements comportementaux, cognitifs, sociaux et psychologiques résultant d'une consommation chronique et substantielle (29). Une personne qui vit avec un TUS continue de consommer une substance en dépit des effets négatifs importants que cela entraîne sur sa vie. Les symptômes d'un TUS peuvent inclure des problèmes de contrôle de la consommation, une consommation qui interfère avec les rôles sociaux/professionnels, une consommation dans des situations à risque et l'apparition de symptômes de tolérance ou de sevrage (29).

Les TUS sont complexes et aucune théorie ne peut à elle seule expliquer pourquoi certaines personnes sont plus susceptibles que d'autres de passer d'un usage bénéfique à un diagnostic de TUS. On peut définir le risque de dépendance à l'aide d'un modèle biopsychosocial (30-32), qui fait ressortir ce qui suit :

- Les composantes biologiques et génétiques : notamment les changements neuroadaptatifs dans le cerveau et les influences génétiques sur la dépendance (33).
- Les théories psychologiques : notamment les modèles qui mettent l'accent sur l'apprentissage associatif et le renforcement, les attentes et les motivations, les facteurs de risque de la personnalité (p. ex. l'impulsivité) et les expériences de l'enfance (y compris l'exposition à des traumatismes et à des problèmes de santé mentale) (34).
- Les influences sociales : notamment les normes sociales et culturelles, la consommation de substances psychoactives par les pairs et les parents, ainsi que les déterminants sociaux de la santé (p. ex. les inégalités sociales, le manque d'accès aux soins de santé, la pauvreté) (30).

La criminalisation ne tient pas compte de la nature complexe des troubles liés à l'usage de substances psychoactives. Dans le contexte de la décriminalisation, la consommation de substances psychoactives n'est plus simplement une question de volonté ou de choix, ni un indicateur de moralité qui nécessiterait l'approche punitive de la justice pénale.

3.4 TRAITEMENT ET CRIMINALISATION

Afin de réduire les méfaits de la consommation de substances psychoactives, il est impératif d'augmenter l'offre de traitements pour la consommation problématique de substances psychoactives et les TUS, ainsi que l'accès à ces traitements. Bien que la criminalisation actuelle de la consommation de substances psychoactives puisse dissuader les personnes de chercher un traitement ou les empêcher d'obtenir un traitement, ce qui est un problème en soi (35), il est important de souligner que l'offre actuelle de traitements ne répond pas aux besoins des personnes au Canada qui subissent des méfaits associés à la consommation de substances psychoactives (36). Au Portugal, le taux d'accès aux soins et aux traitements dans les établissements publics a augmenté de manière importante à la suite de la décriminalisation (11). Il serait donc primordial de veiller à ce que de tels traitements soient accessibles parallèlement à la décriminalisation des substances illégales.

4.0 PROBLÈMES LIÉS À LA JUSTICE PÉNALE

4.1 CONTEXTE HISTORIQUE

Comprendre l'histoire de la consommation de substances psychoactives en relation avec le système de justice pénale permet de savoir comment ces lois sont nées, comment elles évoluent et ce que cela peut signifier pour les efforts actuels de décriminalisation.

L'alcool, substance couramment consommée au Canada (37), était autrefois une substance interdite. Au début du XXe siècle, la prohibition de l'alcool signifiait qu'il était impossible de se procurer de l'alcool de façon sécuritaire. Pourtant, la prohibition ne signifiait pas que les citoyens canadiens ne consumaient pas d'alcool. En fait, la prohibition a entraîné une augmentation de certains dommages liés à l'alcool, notamment une augmentation des conséquences pour la santé dues à la consommation d'alcool frelaté, auquel on accédait souvent de manière non sécuritaire (38).

La prohibition a finalement été abolie deux décennies plus tard, et l'alcool est rapidement devenu une substance réglementée (38). La réglementation de l'alcool signifiait que les gens pouvaient se procurer de l'alcool auprès de fournisseurs réglementés, ce qui a réduit certains méfaits liés à l'alcool (p. ex. les conséquences négatives pour la santé résultant de la consommation d'alcool de mauvaise qualité) (39).

Plus récemment, c'est-à-dire en 2018, le Canada a légalisé la consommation de cannabis, qui est devenu une substance légale et réglementée (13). Par conséquent, il est important de garder à l'esprit que la question de la criminalisation de certaines drogues est un enjeu de société qui évolue au fil du temps.

4.2 CONSÉQUENCES DE LA CRIMINALISATION

Sur le plan individuel, les personnes qui ont affaire au système de justice pénale subissent de nombreuses conséquences, notamment un casier judiciaire pour possession simple de substances illégales. Les personnes qui sont ou ont été incarcérées déclarent être stigmatisées en raison de leur casier judiciaire (7). Par exemple, les jeunes qui ont affaire au système de justice pénale pour possession de substances illégales vivent de nombreuses difficultés lorsqu'ils tentent de faire effacer leur casier judiciaire et de surmonter les conséquences négatives qui y sont associées, ce qui peut favoriser le maintien des relations avec les réseaux criminels (7).

Par ailleurs, les personnes peuvent hésiter à se faire soigner par crainte d'être dénoncées au système de justice pénale et parce qu'elles pensent que les intervenants ne sont peut-être pas en mesure de répondre à leurs besoins de manière adéquate (7). En outre, l'application vigoureuse des lois sur les drogues a été associée à des répercussions négatives (p. ex. comportements à risque) sans réduction de la fréquence de la consommation (40).

Les sentiments exprimés par les personnes ayant une expérience vécue passée ou présente de la consommation de substances psychoactives trouvent un écho chez les forces de l'ordre. Dans une étude qualitative réalisée auprès de policiers (15), les chercheurs ont constaté que les policiers interrogés estimaient également que le système de justice pénale était inefficace pour lutter contre la consommation de substances psychoactives et soutenir les personnes qui consomment celles-ci. D'autre part, les policiers estimaient que les mesures utilisées pour appliquer la criminalisation de la consommation de substances psychoactives occasionnaient davantage de torts aux personnes qui pouvaient déjà être aux prises avec des difficultés psychosociales.

Les agents de police estimaient également que les établissements correctionnels ne parvenaient pas à soutenir positivement les personnes qui consomment des substances psychoactives, malgré tous les programmes censés être offerts (15). Les conséquences négatives que vivent dans le système correctionnel les personnes qui consomment des substances psychoactives, et les convictions des personnes mêmes qui appliquent ce système, renforcent l'idée qu'un changement est nécessaire. La décriminalisation réussie de substances telles que l'alcool et le cannabis prouve que la décriminalisation peut être une stratégie efficace.

Les services de santé des établissements correctionnels manquent souvent de personnel et peinent à répondre aux besoins des personnes incarcérées (41), ce qui peut avoir des effets dévastateurs, surtout pour les personnes souffrant de problèmes de santé associés aux substances psychoactives et de troubles liés à l'usage de substances psychoactives. Par exemple, des personnes ayant une expérience concrète des substances psychoactives et des systèmes de justice pénale ont décrit l'expérience de personnes à qui l'on retire leurs médicaments pendant leur incarcération et qui présentent ensuite des symptômes de sevrage importants, voire potentiellement mortels, parce qu'elles n'ont pas accès à des soins de santé appropriés (42). En outre, une part importante des populations incarcérées souffre à la fois de troubles liés à l'usage de substances psychoactives et de troubles mentaux, une proportion qui est passée de 15 % en 2009 à 32 % en 2017 dans les prisons de la Colombie-Britannique (15). Il est possible que la consommation de substances psychoactives soit un moyen pour les personnes incarcérées de gérer leurs problèmes de santé mentale. La diminution du nombre de personnes incarcérées pour des substances psychoactives peut aussi réduire, dans les faits, le détournement de substances psychoactives dans les établissements correctionnels, qui constitue un problème récurrent. La réduction de l'incarcération pour possession de drogue peut au bout du compte réduire la charge des unités de santé dans les établissements correctionnels et permettre que les personnes souffrant de toxicomanie et de troubles liés à l'usage de substances psychoactives reçoivent le traitement dont elles ont besoin.

La réponse actuelle de la justice pénale aux substances illégales ne fonctionne pas. Dans le contexte des difficultés auxquelles sont confrontés ceux et celles qui se trouvent dans le système de justice pénale pour consommation ou possession de substances psychoactives, les lignes directrices publiées par la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada montrent comment il serait possible de soutenir la réforme de la justice pénale relativement à la consommation de substances psychoactives (40). Il y est notamment suggéré de créer un groupe de travail fédéral chargé d'examiner la décriminalisation des substances psychoactives, de définir des pratiques de réduction des méfaits en consultation avec les parties prenantes, de mettre en place des traitements fondés sur des données probantes et d'offrir des services de santé appropriés et efficaces au cours de l'incarcération. La décriminalisation des substances illégales bénéficie d'un soutien croissant, et pourrait favoriser la santé des personnes les plus touchées par l'approche actuelle de la justice pénale face à la consommation de substances psychoactives.

5.0 DOMMAGES SOCIAUX DÉCOULANT DU MARCHÉ ILLÉGAL DE LA DROGUE

Les répercussions de la criminalisation des substances psychoactives s'étendent bien au-delà du système de justice pénale. Les liens entre la criminalisation des substances psychoactives, l'activité illégale et les dommages sociaux sont complexes et profonds. Souvent, les inquiétudes concernant la décriminalisation sont liées à la crainte d'une augmentation des désordres sociaux. Pourtant, la criminalisation des substances psychoactives engendre des préjudices sociaux en criminalisant les comportements liés aux problèmes de santé mentale, en créant des obstacles à l'obtention d'un soutien, de soins de santé, d'un logement et d'un emploi, ainsi qu'en augmentant le risque de victimisation. Un grand nombre des individus criminalisés pour possession de substances illégales ne commettent pas de crimes violents. Les données sur les effets de la légalisation du cannabis montrent une réduction marquée de l'implication des jeunes dans le système de justice pénale (43). Parallèlement, le nombre de personnes se procurant du cannabis sur les marchés illégaux a considérablement diminué (44). Le lien entre le statut juridique des drogues et la criminalité, les questions liées à la victimisation ainsi que les dommages sociaux découlant du marché illégal de la drogue sont abordés ci-après.

5.1 LIEN ENTRE LE STATUT JURIDIQUE DES DROGUES ET LA CRIMINALITÉ

La consommation de substances illégales en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, loi qui interdit actuellement leur possession, leur production et leur trafic, est en effet liée à l'activité criminelle (45). Trois modèles théoriques ont été proposés pour expliquer cette association : a) le modèle psychopharmacologique, b) le modèle économico-compulsif et c) le modèle systémique (46). La validité de ces modèles est examinée ci-dessous :

1. *Modèle psychopharmacologique* : Selon ce modèle, l'intoxication par certaines drogues (p. ex. la cocaïne, les amphétamines) peut augmenter l'impulsivité et la réactivité émotionnelle d'une manière qui génère la paranoïa et fausse les inhibitions, ce qui entraîne la commission d'un crime (46). Il existe peu de preuves pharmacologiques directes à l'appui de ce modèle. En fait, la plupart des personnes qui consomment des substances actuellement illégales ne commettent pas de crimes violents (47). De plus, la valeur de ce modèle pour maintenir le statut juridique des drogues est discutable, étant donné l'ensemble des preuves sur le lien entre les substances actuellement légales (c.-à-d. l'alcool), l'intoxication et les agressions, qui est même plus prononcé que ce qui est observé avec les substances illégales (48). Par exemple, des études ont montré que les homicides étaient plus directement associés à la consommation d'alcool le jour du crime, tandis que les infractions acquiesitives (p. ex. les vols, les introductions par effraction) étaient plus associées à la consommation de substances psychoactives (46).

2. *Modèle économico-compulsif* : Selon ce modèle, les individus commettent des délits pour obtenir l'argent nécessaire à l'achat de substances psychoactives (49). Bien qu'il existe des preuves empiriques indiquant une association entre les infractions acquiesitives et la consommation de drogues illégales, la validité de ce modèle pour soutenir la criminalisation des drogues est limitée, car ce ne sont pas tous les individus qui consomment des substances illégales qui commettent des infractions acquiesitives pour financer leur consommation de drogues (46,49). La recherche empirique sur les infractions acquiesitives peut également ne pas tenir compte du statut socio-économique ni des infractions commises pour acheter des biens de première nécessité (p. ex. de la nourriture, de l'eau, des vêtements). Enfin, la perception selon laquelle cela ne se

produit qu'avec des substances illégales est discutable, car il existe des preuves d'un lien entre les infractions acquiesitives et la dépendance à l'alcool (48). En résumé, le statut juridique des drogues n'a probablement pas d'incidence sur la perpétration des infractions acquiesitives.

3. *Modèle systémique* : La violence fait partie intégrante du marché illégal de la distribution de drogues. Selon le modèle systémique, les acteurs du marché illégal (distributeurs, trafiquants de haut niveau et parfois revendeurs de bas niveau) peuvent être amenés à recourir à la force pour régler les différends et établir des normes de concurrence loyale (à l'instar des marchés réglementés de l'alcool et des produits pharmaceutiques), car il n'existe pas de méthode légale pour obtenir justice (50). Qui plus est, les grands réseaux criminels organisés qui tirent profit du statut illégal des drogues se livrent souvent aussi à d'autres activités criminelles, notamment la traite des personnes, des crimes financiers se chiffrant en millions de dollars et des actes de violence (43). Plus particulièrement, le simple fait d'acheter de la drogue met en contact des personnes n'ayant jamais commis de crime avec un vaste réseau criminel, ce qui augmente considérablement la probabilité de développer des relations avec des pairs à personnalité antisociale et de s'impliquer dans la criminalité. Selon ce modèle, le caractère illégal de la drogue lui-même explique une part importante des délits commis. Un élément de preuve pertinent à l'appui de ce modèle a montré une diminution de 64,6 % chez les jeunes femmes et de 57,7 % chez les jeunes hommes des infractions pénales liées au cannabis après la légalisation de cette substance (43).

En résumé, il existe peu de preuves que les propriétés inhérentes des substances actuellement illégales augmentent le risque de criminalité, et les comparaisons avec les substances actuellement légales ne permettent pas d'établir une distinction entre elles. Il est par ailleurs prouvé que le statut juridique des drogues peut faciliter les interactions avec les réseaux criminels et entraîner une implication dans la criminalité qui n'aurait pas eu lieu autrement (51).

5.2 LIEN ENTRE STATUT JURIDIQUE DES DROGUES ET VICTIMISATION

Le lien entre la consommation de substances illégales et la violence et la victimisation est bien documenté dans plusieurs régions, notamment en Amérique du Nord et en Europe (52). Au Canada, en 2019, la victimisation avec violence était significativement plus élevée chez les personnes qui consommaient des drogues non prescrites que chez celles qui n'en consommaient pas (53). D'autre part, des données remontant aussi loin qu'aux années 1970 indiquent que la décriminalisation des drogues est associée à une diminution de la violence (54).

Il existe une relation étroite entre la consommation de substances illégales et le fait d'être victime d'un crime violent (55). L'établissement de relations avec des pairs appartenant à des réseaux criminels peut également accroître le risque de victimisation, notamment la victimisation avec violence (p. ex. vol, agression sexuelle). Il existe également une relation empirique entre l'alcoolisme et la victimisation, ce qui remet en question la validité de la distinction entre ces substances du point de vue de leur criminalité (56).

Un autre facteur à considérer est le rôle de la police dans le cadre des enquêtes criminelles lorsque la victime est une personne qui consomme des substances illégales. Par exemple, les victimes d'actes criminels de consommation de drogues illégales, par crainte d'être arrêtées ou de ne pas être crues (9, 57). En effet, le fait de percevoir le système de justice pénale comme pouvant être une source de traumatisme supplémentaire peut dissuader les victimes de porter plainte et donc limiter leur accès à la justice ou à des soins (p. ex. les ressources thérapeutiques offertes aux victimes d'actes criminels) (58).

Ainsi, alors que le statut juridique de certaines drogues semble avoir peu d'effet dissuasif sur la commission d'autres délits, les faits montrent que le statut juridique a des effets négatifs mesurables en ce qui concerne le marché des drogues illégales, la victimisation et le système de justice pénale.

La criminalisation en soi peut exacerber la victimisation des personnes qui consomment des drogues. Au Portugal, la peur de l'arrestation était un obstacle majeur qui empêchait les consommateurs de drogues de demander de l'aide et d'accéder à un traitement (10). Après la décriminalisation, le taux d'accès aux soins et aux traitements dans les établissements publics a augmenté de manière importante, ce qui indique que davantage de personnes ont reçu l'aide dont elles estimaient avoir besoin (11). En plus de l'élimination d'une source de victimisation causée par la criminalisation, la décriminalisation peut indirectement réduire les dommages subis par ceux et celles qui consomment des drogues.

Au Danemark, la décriminalisation a entraîné un changement positif dans l'attitude des policiers à l'égard des consommateurs de drogues (59). Par ailleurs, à la suite de la décriminalisation, la police était plus susceptible de concentrer ses interventions sur la violence et la victimisation disproportionnées subies par les personnes qui consomment des drogues, plutôt que de cibler la consommation de drogues elle-même (59). Ensemble, ces observations indiquent que la décriminalisation de la consommation de drogues peut réduire les préjudices subis par les personnes qui consomment des drogues en rendant les forces de l'ordre plus aptes à les protéger de la violence et de la victimisation, tout en supprimant aussi la criminalisation en tant que force perpétuant la victimisation.

5.3 EFFETS DE LA DÉCRIMINALISATION SUR LES DOMMAGES SOCIAUX DÉCOULANT DU MARCHÉ ILLÉGAL DE LA DROGUE

La recherche montre systématiquement que la criminalisation des substances illégales donne de mauvais résultats. Les dommages sociaux associés au marché illégal de la drogue sont nombreux. La mortalité due aux surdoses, les maladies associées à l'usage problématique et la dépendance sont autant de facteurs qui entraînent d'énormes coûts pour les soins de santé (60).

Comme il a été amplement démontré dans la partie précédente, il existe peu de preuves indiquant que les substances illégales sont intrinsèquement liées à un risque accru d'activité

criminelle. Cependant, la criminalisation des substances illégales dissuade les personnes de chercher de l'aide et augmente la probabilité qu'elles se livrent à des pratiques dangereuses, ce qui les rend plus vulnérables à des conséquences négatives (43).

Il existe également un lien entre la criminalisation des substances psychoactives et la difficulté à occuper un emploi décent et à être embauché. Il est prouvé que la criminalisation des substances psychoactives et les économies informelles qui entourent la vente de substances illégales peuvent conduire à une implication criminelle qui n'aurait pas eu lieu autrement (61). Les personnes ayant un casier judiciaire pour possession simple peuvent avoir plus de difficultés à obtenir un emploi en raison de la nécessité d'une vérification des antécédents criminels comme condition d'embauche (62).

Même dans le cas où des condamnations ou des accusations antérieures n'empêchent pas l'embauche, les expériences éducatives et professionnelles limitées ainsi que la stigmatisation des personnes ayant un passé criminel réduisent les possibilités d'occuper un emploi légal et augmentent le risque de retour à des activités illégales (63).

L'obtention d'un emploi satisfaisant est corrélée à une réduction de la récidive après l'incarcération (64), ainsi qu'à une amélioration générale du bien-être mental et physique (11). La décriminalisation des substances pourrait réduire les obstacles à l'emploi formel et favoriser l'accès à un travail décent.

La décriminalisation des substances illégales présente plusieurs avantages que l'on peut constater en examinant les pays qui l'ont déjà mise en œuvre. Le Portugal, par exemple, a été en 2001 le premier pays à décriminaliser la possession de petites quantités de substances illégales, en réponse à une augmentation marquée du nombre de décès par surdose (11).

Plutôt que d'imposer des sanctions sévères, le modèle portugais met l'accent sur l'éducation et la réduction des méfaits. Depuis la mise en œuvre de la décriminalisation au Portugal, le marché de la drogue n'a pas connu d'expansion, malgré les craintes exprimées. Au contraire, la décriminalisation a été associée à une diminution de plusieurs dommages sociaux (9).

Par exemple, les décès par surdose et la consommation problématique de substances psychoactives au Portugal ont diminué de manière significative (10). D'autre part, le nombre de nouveaux cas de VIH/sida a chuté depuis 2001 (11). En conséquence, la pression sur le système de santé et le système de justice pénale a diminué. Finalement, le coût social des substances illégales au Portugal a diminué de 12 % au cours des cinq années qui ont suivi la décriminalisation, pour atteindre 18 % en 2012 (7). L'approche portugaise de réduction des méfaits de la consommation de drogues démontre les effets positifs que la décriminalisation peut avoir à l'échelle de la société.

6.0 COÛTS FINANCIERS

La criminalisation des substances psychoactives est associée à des coûts importants, notamment dans les systèmes de santé et de justice pénale. Pour l'année 2017, les coûts de santé liés à la consommation de substances illégales telles que les opioïdes et la cocaïne ont été estimés à 1 milliard de dollars (25). Les coûts de santé n'ont cessé d'augmenter (6). La contamination potentielle des substances illégales engendre également des coûts élevés d'hospitalisation.

Par exemple, entre janvier 2016 et septembre 2020, il y a eu 23 240 hospitalisations pour intoxication aux opioïdes et 10 518 hospitalisations pour intoxication aux stimulants au Canada, excluant le Québec (7). Des coûts de soins de santé sont également engendrés par le fait que les personnes qui consomment des substances psychoactives, en particulier des substances illégales, tardent à se faire soigner. Les personnes peuvent être réticentes à aller chercher les traitements qui sont offerts par crainte d'être arrêtées ou stigmatisées si elles demandent de l'aide pour des conséquences associées à des substances illégales (35). Cette crainte causée par la criminalisation ne fait qu'aggraver les effets néfastes sur la santé de ces personnes.

Les pratiques de réduction des méfaits et l'accès équitable et non stigmatisé à des traitements fondés sur des données probantes représentent une méthode importante pour lutter contre les méfaits et réduire les coûts des soins de santé liés à la consommation de substances psychoactives. Les traitements par agonistes opioïdes, qui constituent le traitement de première intention des troubles liés à la consommation d'opioïdes, ont été associés à une diminution des maladies infectieuses qui peuvent survenir en raison de l'utilisation de drogues injectables (35). Cela permet d'espérer une réduction des coûts des soins de santé liés à l'hospitalisation pour des maladies transmissibles, ce qui est d'autant plus important que le nombre de visites aux urgences et d'hospitalisations en lien avec les opioïdes, ainsi que l'augmentation des décès liés à une intoxication aux opioïdes, est en hausse au Canada (25). Cela renforce

l'importance de comprendre comment soutenir au mieux dans le système de santé ceux et celles qui consomment des substances psychoactives, la décriminalisation étant une stratégie importante pour réduire les effets néfastes de la criminalisation sur les soins de santé.

Par ailleurs, les personnes arrêtées pour possession ou consommation de substances illégales doivent faire face au système de justice pénale au Canada, ce qui entraîne des coûts importants. Les coûts de maintien de l'ordre liés aux crimes commis en raison de la consommation de substances psychoactives se sont avérés être les plus élevés du système de justice pénale, suivis par les coûts des services correctionnels et des tribunaux (65).

En 2017, plus de 6,4 milliards de dollars ont été dépensés en coûts relatifs à la justice pénale pour des substances actuellement illégales (66). Une ventilation plus fine permet de constater que chaque homme incarcéré coûte 100 000 dollars au système de justice pénale (coût par an), et que pour les femmes, ce chiffre est de 200 000 dollars (25). Tout comme pour le système de santé, les coûts ne cessent d'augmenter (15).

Comme l'ont montré des travaux antérieurs, le système de justice pénale n'est pas un moyen efficace de s'assurer que les personnes reçoivent le soutien dont elles ont besoin pendant leur incarcération (67). En effet, les personnes qui ont été arrêtées pour des délits liés à des substances psychoactives sont souvent arrêtées à nouveau (67), ce qui peut s'expliquer par un soutien inadéquat pendant et après l'incarcération.

Les données dont nous disposons à ce jour tendent à montrer qu'un changement de politique est nécessaire pour garantir le financement des programmes et des services susceptibles d'apporter un soutien adéquat aux personnes qui consomment des substances psychoactives, tels que les traitements fondés sur des données probantes et les efforts de réduction des méfaits au sein de la communauté, pour les personnes qui en ont besoin. Cela serait rendu possible par des efforts de décriminalisation visant à réduire la stigmatisation et les craintes qui peuvent empêcher les personnes de se faire soigner lorsqu'elles en ont le plus besoin.

7.0 DOMMAGES PHYSIQUES DÉCOULANT DE LA CRIMINALISATION DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

La criminalisation de la consommation de substances psychoactives entraîne de nombreux dommages pour la santé. Il s'agit notamment des surdoses et des décès, des maladies transmissibles, de la violence et de la victimisation. Dans la mesure où des données existent, cette section examine également les avantages de la décriminalisation.

7.1 SURDOSES ET DÉCÈS

Un approvisionnement non sécuritaire en drogues jugées illégales entraîne un risque accru de surdoses et de décès (68). Dans d'autres pays industrialisés, comme en Europe, les pays qui ont les politiques les plus pénalisantes (c.-à-d. les plus punitives sur le plan juridique) sont également ceux qui enregistrent le plus grand nombre de décès par surdose (69).

Le Canada est en pleine crise des surdoses (6). Les décès dus à une intoxication aux substances illégales sont en augmentation et, bien que l'accent ait été mis de manière disproportionnée sur les opiacés, ces derniers ne sont pas les seuls responsables de cette situation.

Il est important de ne pas négliger le rôle de la polyconsommation. Par exemple, les données recueillies entre janvier et juin 2022 ont révélé un nombre élevé de décès apparemment liés à une intoxication aux stimulants, la quasi-totalité de ces décès (98 %) étant accidentels (6). De plus, 83 % de ces décès impliquaient également un opioïde, ce qui fait ressortir le rôle dans cette crise de la présence concomitante de plusieurs substances psychoactives. Entre janvier 2016 et juin 2022, il y a eu au Canada 32 632 décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes. Rien qu'en 2021, 7 560 de ces décès sont survenus (soit environ 21 décès par jour), et en 2022 (de janvier à juin), 3 556 autres décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes sont survenus (soit environ 20 décès par jour) (6).

Il s'agit d'une nette augmentation par rapport aux années pré-pandémiques, où le taux quotidien de décès par surdose se situait entre 8 et 12 en 2016 et en 2018, respectivement (6). Parmi les décès survenus en 2021, 86 % concernaient un opioïde (c.-à-d. le fentanyl), 81 % des opioïdes non pharmaceutiques et plus de la moitié (59 %) des stimulants, tels que la cocaïne (62 %) et/ou les méthamphétamines (55 %). La plupart des décès sont survenus chez des personnes âgées de 20 à 59 ans, et les hommes représentaient la majorité des décès accidentels apparemment liés à une intoxication aux opioïdes (74 %) (6). Rien qu'en Colombie-Britannique, où les intoxications aux drogues illégales (y compris, mais sans s'y limiter, les opiacés) sont la principale cause de décès non naturel, un total de 6 007 vies ont été perdues entre le 1^{er} août 2017 et le 31 juillet 2021 (70). Depuis janvier 2022 (jusqu'en juin 2022), on estime que 1 095 Britanno-Colombiens de plus ont perdu la vie à cause de cette épidémie (71).

Plusieurs facteurs ont pu contribuer à l'aggravation de la crise des surdoses durant la pandémie, notamment un approvisionnement en drogues de plus en plus toxiques, une augmentation du stress et de l'anxiété, de l'isolement/de la consommation en solitaire, et des changements dans l'accessibilité aux services (dont les services de traitement et de réduction des méfaits), ainsi que dans leur offre (7). La pandémie a eu pour effet d'exacerber les méfaits existants associés aux substances psychoactives, favorisés par la criminalisation actuelle des substances. Ces méfaits comprennent entre autres la stigmatisation, les torts disproportionnés causés aux populations victimes d'inégalités structurelles, la violence et la victimisation associées au marché illégal de la drogue, une charge financière croissante pour les systèmes de justice pénale et de santé, la transmission de maladies infectieuses (p. ex. le VIH, le virus de l'hépatite C [VHC]), les comorbidités non traitées et, enfin, les surdoses et les décès (72).

7.2 MALADIES INFECTIEUSES

La criminalisation de la consommation de substances psychoactives entraîne de nombreux dommages pour la santé. Le partage de drogues et d'aiguilles dans les pays où la consommation de substances est criminalisée est associé à des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), y compris à une plus grande incidence du VIH et du VHC (73). L'incarcération elle-même est associée aux ITSS. Dans une méta-analyse, une incarcération récente était associée à une augmentation de 81 % du risque de contracter le VIH et de 62 % du risque de contracter le VHC (74). La stigmatisation liée à la consommation de substances illégales peut également constituer un obstacle à l'accès aux traitements contre le VHC et le VIH (75).

En conclusion, la criminalisation n'a pas réussi à protéger la santé et la sécurité publiques, ni à réduire la consommation et la disponibilité des substances illégales, en plus d'alimenter la stigmatisation des consommateurs de drogues et d'augmenter leurs risques de subir des dommages. En revanche, les données existantes sur la décriminalisation donnent à penser que la décriminalisation peut réduire un grand nombre de ces dommages physiques

8.0 PRÉJUDICES DISPROPORTIONNÉS POUR LES POPULATIONS VICTIMES D'INÉGALITÉS STRUCTURELLES ET DE RACISME

Le premier exemple de racisme dans l'histoire de la criminalisation des substances psychoactives au Canada remonte à la Loi de l'opium de 1908, première loi canadienne imposant la prohibition des substances psychoactives (76). Censée criminaliser la fabrication et la distribution d'opioïdes, en grande partie l'œuvre de l'Empire britannique, cette loi visait plutôt les Chinois qui consommaient des opioïdes et leur attribuait la réputation d'être une menace et d'être immoraux et responsables de l'introduction de l'opium dans le pays (77)

De plus, cette loi est entrée en vigueur alors que l'alcool et le tabac causaient plus de dommages que la consommation d'opioïdes à l'époque (78). Depuis lors, en raison du racisme systémique, d'autres drogues souvent utilisées par les groupes racialisés, en particulier les communautés noires, ont été criminalisées (p. ex. le crack) et ont fait l'objet de sanctions plus sévères que leurs équivalents (p. ex. la cocaïne en poudre), qui étaient principalement utilisés par les communautés blanches plus aisées (c.-à-d. la « guerre contre les drogues ») (78).

La crise du crack des années 1980 a surtout touché les communautés et les personnes noires et a été « traitée » au moyen d'une incarcération excessive, de peines minimales obligatoires et d'un racisme pur et simple (78). Cela contraste fortement avec la réponse à l'épidémie actuelle d'opioïdes, qui reflète les efforts visant à décriminaliser la consommation de substances psychoactives et à protéger des dommages les personnes qui consomment des drogues, sans avoir recours à l'incarcération. La crise des opioïdes étant la première crise importante de la drogue à toucher principalement les communautés blanches, la disparité des réponses à cette crise par rapport aux crises affectant les communautés racialisées depuis des décennies reflète encore davantage l'iniquité structurelle et le racisme au cœur de la politique actuelle sur les drogues (c.-à-d. la justice pénale).

De la même manière, avant la légalisation du cannabis au Canada, les Autochtones et les Noirs étaient nettement plus susceptibles que les Blancs d'être arrêtés pour consommation de cannabis (79). Cette disparité existait malgré l'absence de différences notables entre les groupes raciaux dans les niveaux de consommation de cannabis. On observe des tendances similaires chez les Noirs et les Latino-Américains aux États-Unis, où la légalisation à l'échelle nationale n'a pas encore pris effet et varie considérablement d'un État à l'autre (80). Par ailleurs, dans les provinces/États du Canada et des États-Unis où le cannabis est légalisé, les différences dans l'application des lois peuvent encore entraîner des préjudices disproportionnés en raison de la criminalisation. Par exemple, dans le district de Columbia, la consommation de cannabis est légalisée depuis 2015, mais il est interdit à quiconque de fumer la substance à l'extérieur (81)

Au Canada, la province du Manitoba et la municipalité de Calgary sont quelques exemples de régions qui interdisent la consommation de cannabis en dehors des propriétés privées. Ces lois pourraient continuer à criminaliser les personnes qui vivent dans des immeubles locatifs, des logements sociaux et des immeubles d'habitation où il est interdit de fumer à l'intérieur, ainsi que les personnes qui sont sans abri (8). Un exemple intéressant est le nombre nettement plus élevé d'arrestations pour consommation de cannabis en public dans le district de Columbia depuis la légalisation du cannabis, les Noirs étant représentés de manière disproportionnée dans ces arrestations (81). Ce cas démontre le risque d'effets inverses inattendus de la décriminalisation et appelle à la prudence lors de la formulation des lois afin de ne pas continuer à criminaliser les communautés marginalisées.

D'autres groupes sous-représentés subissent également des préjudices disproportionnés, en particulier s'ils ont plusieurs identités marginalisées combinées (82). Les Noirs, les Autochtones et les autres personnes de couleur peuvent être victimes d'un ciblage et d'un harcèlement accrus de la part de la police, ce qui entraîne une augmentation de la fréquence globale des interactions avec la police, qui rend l'incarcération plus probable (82). En outre, les résultats d'une étude menée au Canada et en Colombie-Britannique indiquent que, bien que les femmes ne représentent que 5 % des détenus purgeant une peine liée à la drogue, les femmes autochtones et les femmes noires sont nettement plus susceptibles que les hommes d'être incarcérées pour possession de drogues illégales (83). Les effets de ces préjudices peuvent se répercuter sur les enfants de mères emprisonnées, qui risquent davantage d'être incarcérés à leur tour, ce qui perpétue le traumatisme intergénérationnel (84). Enfin, les personnes ayant un statut socio-économique inférieur et les sans-abri sont plus susceptibles de consommer des drogues illégales dans les espaces publics, ce qui augmente leur risque d'être vus et incarcérés (82).

Les facteurs de stress d'origine sociale (p. ex. le racisme et la discrimination) jouent un rôle essentiel dans la vulnérabilité à la consommation de substances psychoactives et à ses conséquences. Des facteurs sociaux tels que la discrimination, la pauvreté, l'itinérance et la précarité du logement, ainsi que la faim et l'insécurité alimentaire, augmentent l'exposition et la vulnérabilité des personnes au stress chronique (85). Cela entraîne un risque accru de consommation de substances psychoactives, de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, de problèmes de santé mentale et de troubles de santé mentale concomitants (86,87). Outre ces conséquences, la criminalisation de certaines substances augmente également le nombre de décès par surdose en limitant l'accès à des substances sûres et non contaminées, en encourageant le dépistage de drogue et en forçant la consommation de drogues non réglementées et contaminées vendues sur un marché illégal (88). Au Canada, les drogues illégales vendues sont de plus en plus toxiques et contaminées par le fentanyl et d'autres substances toxiques, ce qui a entraîné une augmentation du nombre de décès par surdose, en particulier chez les populations autochtones (88). En Colombie-Britannique, la province connue comme étant l'« épïcentre » au Canada des surdoses liées à la drogue, les Autochtones sont plus de cinq fois plus susceptibles de mourir d'une surdose que les personnes non autochtones (89). De plus, alors que les femmes représentent une part importante des décès liés à la drogue, les femmes autochtones sont environ 10 fois plus susceptibles de mourir d'une surdose que les femmes non autochtones (89).

9.0 STIGMATISATION

Selon le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et l'Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions, la stigmatisation se définit comme étant tout comportement, attitude ou croyance discriminatoires (90). La consommation de substances psychoactives et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives sont fortement stigmatisés (91). Plusieurs études en sont venues à la conclusion que les personnes qui vivent avec un TUS sont davantage stigmatisées que les personnes souffrant d'autres troubles psychiatriques (92-94). Il a également été démontré que certains groupes de personnes risquent davantage d'être stigmatisés en raison de leur consommation de substances psychoactives.

Par exemple, les femmes sont davantage stigmatisées que les hommes (95,96), en particulier les femmes enceintes (97,98). En outre, la stigmatisation peut être encore plus importante chez les personnes qui consomment des substances actuellement illégales, comme les opioïdes ou les stimulants, par rapport aux substances actuellement légales (p. ex. l'alcool et le cannabis) (99).

9.1 PRÉJUDICES DE LA STIGMATISATION ENVERS LES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES OU QUI VIVENT AVEC UN TUS

La stigmatisation est associée à plusieurs préjudices, tant sur le plan individuel que sociétal. Plusieurs études indiquent un lien entre la stigmatisation et la détresse mentale chez les personnes qui consomment des substances psychoactives (100). Les symptômes psychologiques associés à la stigmatisation peuvent inclure des symptômes d'anxiété et de dépression (101,102).

L'une des principales conclusions de la recherche sur la stigmatisation liée à la consommation de substances psychoactives est la perception générale selon laquelle les personnes qui vivent avec un TUS sont davantage responsables de leur diagnostic que celles qui souffrent d'autres maladies (93,94,99). Ces préjugés peuvent entraîner un degré de détresse encore plus élevé.

La stigmatisation associée à la consommation de substances psychoactives est également un obstacle bien connu à l'accès aux soins de santé, à la réduction des méfaits et à tout service de traitement, y compris les soins de santé physique et mentale. Il n'est pas surprenant que la stigmatisation soit également un obstacle à l'accès au traitement de la toxicomanie et au rétablissement chez les personnes qui vivent avec un TUS (103,104). Plus précisément, la stigmatisation est souvent associée à une diminution des comportements de recherche de traitement (p. ex. ne pas en parler à ses amis et à sa famille, ne pas chercher à obtenir des services ou ne pas les utiliser) (101)

Cela peut s'expliquer en partie par les préjugés négatifs largement répandus, y compris de la part des professionnels de la santé, à l'égard des personnes qui consomment des substances psychoactives. Par exemple, plusieurs études ont montré que le grand public a tendance à percevoir à tort les personnes vivant avec un TUS comme étant plus violentes et plus dangereuses (93,94). Par ailleurs, les chercheurs ont constaté que les personnes qui vivent avec un TUS étaient souvent considérées comme imprévisibles et irresponsables sur le plan financier (91). Ces préjugés peuvent en fin de compte limiter le désir ou la capacité d'accéder aux ressources, à l'emploi et au logement (105).

9.2 CONTRIBUTION DE LA CRIMINALISATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES À LA STIGMATISATION ET À SES EFFETS

1) La criminalisation fait de la consommation de substances psychoactives un problème moral plutôt qu'un problème de santé.

La criminalisation de l'usage personnel et de la possession de substances psychoactives entraîne des conséquences importantes qui vont au-delà du casier judiciaire. Elle affecte également la façon dont la dépendance est perçue et les hypothèses sur la moralité qui en découlent. Au sens le plus général, il existe deux façons diamétralement opposées de conceptualiser la dépendance. Selon le modèle de la maladie du cerveau, les troubles liés à l'usage de substances psychoactives sont une pathologie valable, tandis que selon le modèle du choix, la consommation de substances psychoactives découle d'un choix et d'une motivation (c.-à-d. le modèle moral de l'utilisation), ce qui n'est pas étayé par des données probantes (106).

Dans le climat politique actuel, l'accent est mis sur la criminalisation de la consommation de substances psychoactives plutôt que sur sa prévention, son dépistage et son traitement (107). Cette approche a également une incidence considérable sur le financement des politiques sur les drogues, l'argent étant affecté aux politiques de réduction de l'offre (restrictions et réglementations, financement de la répression) plutôt qu'aux politiques de réduction de la demande (prévention de la consommation de substances psychoactives, traitement et mesures de réduction des méfaits) (107)

2) La criminalisation affecte la qualité des soins et l'accès aux soins.

Les personnes qui consomment des substances psychoactives déclarent également avoir plus de difficultés à accéder aux services de santé et être victimes de stigmatisation et de discrimination de la part des professionnels de la santé. Par exemple, selon un examen systématique portant sur la stigmatisation des professionnels de la santé à l'égard des patients qui vivent avec un TUS, ces derniers perçoivent souvent les patients comme étant manipulateurs et peu motivés à suivre un traitement (92). Le même examen mentionne également une éducation et une formation insuffisantes des professionnels de la santé pour traiter de manière adéquate la consommation de substances psychoactives.

La stigmatisation par diverses institutions de la consommation de substances psychoactives peut donc avoir une incidence sur la motivation à se faire soigner. En outre, la stigmatisation des personnes recevant un traitement par agonistes opioïdes dans les établissements de soins de santé a découragé les patients dans leur recherche d'aide et a suscité la méfiance (99). La méfiance à l'égard des professionnels de la santé pourrait inciter les patients à ne pas révéler leur consommation de substances psychoactives par crainte de ne pas bénéficier d'une qualité de soins équivalente.

3) Il existe une interaction entre la criminalisation et l'intersectionnalité.

La stigmatisation et la discrimination liées à la consommation de substances psychoactives interagissent souvent avec d'autres formes de discrimination, notamment le racisme et le sexisme (108-110), ce qui ajoute des obstacles à l'accès à un traitement (111-113). Ces conséquences se matérialisent par un évitement des services de santé nécessaires, qui peut avoir une incidence sur d'autres membres de la famille, par la surreprésentation des communautés marginalisées dans le système de justice pénale et par la restriction subséquente des possibilités d'emploi et de formation professionnelle.

9.3 DÉCRIMINALISATION ET EFFETS SUR LA STIGMATISATION

Les politiques pénales relatives à la consommation de substances psychoactives influencent considérablement la perception du public et la stigmatisation des personnes qui consomment des substances psychoactives, ainsi que l'accès aux soins de santé et aux services. Par exemple, des études comparant les attitudes du public à l'égard du cannabis ont révélé des taux plus élevés d'attitudes sti politiques de non-pénalisation du cannabis étaient associées à des attitudes de déstigmatisation (114)

Au Canada, à la suite de la légalisation du cannabis, l'attitude du public à l'égard du cannabis a également changé (115). Ainsi, l'adoption de politiques de décriminalisation symboliserait un changement d'attitude de la part du public, qui s'éloignerait des attitudes visant à punir les personnes qui consomment des substances psychoactives ou qui vivent avec un TUS, pour adopter une attitude qui reconnaîtrait les besoins de traitement de cette population. L'évolution de la perception du public pourrait favoriser le financement de la recherche sur les traitements et un meilleur accès aux services, ce qui encouragerait les comportements de recherche de traitement chez les personnes qui vivent avec un TUS.

10. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les taux de consommation de substances psychoactives et les dommages qui y sont associés augmentent au fil du temps. L'approche punitive et juridique actuelle à l'égard de la consommation de substances psychoactives n'a pas protégé les Canadiens contre les dommages. L'approche pénale actuelle à l'égard de la consommation de substances psychoactives ne fonctionne pas. Traiter la consommation de substances psychoactives comme un problème de justice pénale entraîne d'importants méfaits sociétaux, physiques et financiers qui sont exacerbés chez les personnes victimes d'inégalités structurelles et de racisme. La criminalisation de la consommation de substances psychoactives conduit également à une stigmatisation accrue des personnes qui en consomment, ce qui a une incidence sur leur utilisation des soins de santé.

Reconnaître que la consommation de substances psychoactives relève de la santé publique et non de la justice pénale constitue un point de départ fondamental pour réformer la politique sur les drogues. Des preuves de plus en plus nombreuses montrent que la décriminalisation est un moyen efficace d'atténuer les dommages liés à la consommation de substances psychoactives et aux politiques et pratiques qui y sont associées, en particulier les préjudices liés aux poursuites pénales pour possession simple. En effet, les administrations qui ont décriminalisé les petites quantités de substances illégales pour un usage personnel ont constaté que la décriminalisation entraînait une diminution des coûts et des dommages sociaux et physiques (p. ex. les maladies transmissibles)

10.1 RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE DE POSITION

Après avoir examiné les données existantes, la SCP préconise l'approche « de jure » pour la décriminalisation des substances actuellement illégales pour usage personnel. De façon plus précise, la SCP recommande ce qui suit :

3. Le retrait dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* des sanctions pénales associées à la possession simple de substances illégales.
4. Nous recommandons également **fortement** que la détermination de la quantité associée à un « usage personnel » se fasse en consultation de toutes les parties prenantes concernées, notamment les personnes ayant une expérience vécue passée ou présente de la consommation de substances psychoactives.

RECOMMANDATIONS

La SCP est consciente que la décriminalisation des substances illégales à elle seule ne suffit pas à réduire la myriade de méfaits associés à la consommation de substances psychoactives. Par conséquent, nous présentons également les recommandations suivantes en relation avec la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* :

1. Il est recommandé que le gouvernement fédéral adopte des modifications législatives fédérales pour retirer les sanctions pénales associées à la possession simple de substances illégales dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.
2. Il est recommandé que les gouvernements fédéral et provinciaux, en collaboration avec les parties prenantes concernées (chercheurs, cliniciens, personnes ayant une expérience vécue passée ou présente, décideurs publics, professionnels de la santé), améliorent l'offre de programmes et services de prévention, de traitement et de réduction des méfaits fondés sur des données probantes, ainsi que l'accès à ces programmes et services, de même qu'aux mesures de soutien.

3. Il est recommandé que le gouvernement fédéral accélère l'introduction d'exemptions ciblées en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* afin de soutenir davantage les initiatives de réduction des méfaits.
4. Il est recommandé que les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux outillent les forces de police à tous les paliers (national, provincial, territorial, municipal) afin qu'elles puissent offrir des solutions de rechange non pénales aux infractions liées aux drogues. Ces outils doivent prendre la forme de conseils, de ressources et de programmes de formation qui sont adéquats.
5. Il est recommandé que les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux travaillent en étroite collaboration avec les personnes ayant une expérience vécue passée ou présente, les décideurs publics, les professionnels de la santé et les forces de l'ordre lors de l'élaboration de nouvelles politiques et initiatives.
6. Il est recommandé que les parties prenantes concernées (c.-à-d. les gouvernements, les personnes ayant une expérience vécue passée ou présente, les décideurs publics, les professionnels de la santé et les forces de l'ordre) intensifient les efforts de mobilisation des connaissances et les campagnes de sensibilisation du public visant à éradiquer la stigmatisation liée à la consommation de substances psychoactives, en particulier la stigmatisation à laquelle sont confrontées les personnes qui consomment des substances psychoactives ou qui vivent avec un trouble lié à l'usage de substances psychoactives.
7. Il est recommandé que les parties prenantes concernées (c.-à-d. les gouvernements, les personnes ayant une expérience vécue passée ou présente, les décideurs publics, les professionnels de la santé et les forces de l'ordre) intensifient leurs efforts de mobilisation des connaissances afin de sensibiliser le public relativement aux idées fausses qui entourent la décriminalisation et ses résultats.

11.0 RÉFÉRENCES

1. BC Government News. (2021, April 14). *B.C. moves forward on drug decriminalization, new overdose emergency response funding*. BC Gov News. <https://news.gov.bc.ca/releases/2021MMHA0017-000706>
2. Gouvernement du Canada. (30 janvier 2023). *Exemption de la loi réglementant certaines drogues et autres substances : Possession personnelle de petites quantités de certaines drogues illégales en Colombie-Britannique (du 31 janvier 2023 au 31 janvier 2026)*. Santé Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/drugs-health-products/fact-sheet-exemption-personal-possession-small-amounts-certain-illegal-drugs-british-columbia/feuille-informations-exemption-possession-fins-personnelles-petites-quantites-certaines-drogues-illegales-colombie-britannique.pdf>
3. Service de santé publique de Toronto. (4 janvier 2022). *Exemption request: Request for exemption to the Controlled Drugs and Substances Act to allow for the possession of drugs for personal use in Toronto*. Service de santé publique de Toronto <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2022/01/943b-TPH-Exemption-Request-Jan-4-2022-FNLAODA.pdf>
4. Cook, S. (21 janvier 2022). *Edmonton councillor wants city to look at decriminalizing drug possession*. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/edmonton-city-council-drug-possession-decriminalization-1.6322395>
5. Société canadienne de psychologie. (juin 2019). *Recommandations pour faire face à la crise des opioïdes au Canada*. [énoncé de position]. https://cpa.ca/docs/File/Task_Forces/OpioidTaskforceReport_June2019-FR.pdf
6. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. (décembre 2022). *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*. Agence de la santé publique du Canada. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
7. Groupe d'experts sur la consommation de substances de Santé Canada. (mai 2021). *Recommandations de solutions de rechange aux sanctions pénales pour possession simple de substances contrôlées*. [rapport]. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/reports/report-1-2021/report-1-HC-expert-task-force-on-substance-use-final-fr.pdf>
8. Virani, H. N., et Haines-Saah, R. J. (2020). *Drug decriminalization: A matter of justice and equity, not just health*. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(1), 161-164. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.08.012>
9. Félix, S., Portugal, P., et Tavares, A. S. (2017). *Going after the addiction, not the addicted: The impact of drug decriminalization in Portugal*. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3010673>
10. Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*. [livre blanc]. Cato Institute. https://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf
11. Gonçalves, R., Lourenço, A., et Silva, S. N. da. (2015). *A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs*. *International Journal of Drug Policy*, 26(2), 199-209. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.08.017>
12. Government of Canada. (17 mars 2022). *Approvisionnement plus sécuritaire*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/repondre-crise-opioides-canada/approvisionnement-plus-securitaire.html>
13. Government of Canada. (7 juillet 2021). *Légalisation et réglementation du cannabis*. <https://www.justice.gc.ca/fr/jp-cj/cannabis/>

14. Service de santé publique de Toronto. (24 mars 2023). *Toronto's model of decriminalizing drugs for personal use.* <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2023/03/94de-Torontos-Model-of-Decriminalizing-Drugs-for-Personal-use-March-22-2023-FINAL.pdf>
15. Butler, A., Zakimi, N., et Greer, A. (2022). *Total systems failure: Police officers' perspectives on the impacts of the justice, health, and social service systems on people who use drugs.* *Harm Reduction Journal*, 19(48), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00629-1>
16. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (juin 2018). *La décriminalisation : les options et les données probantes.* [document d'orientation]. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Decriminalization-Controlled-Substances-Policy-Brief-2018-fr.pdf>
17. Transform Drug Policy Foundation. (septembre 2009). *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation.* [Executive Summary]. <https://transformdrugs.org/assets/files/PDFs/blueprint-for-regulation-summary-2009.pdf>
18. « Illicite ». Dictionnaire Le Robert. [consulté le 18 juillet 2023]. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/illicite>
19. « Illégal ». Dictionnaire Le Robert. [consulté le 18 juillet 2023]. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/illegal>
20. Gouvernement du Canada. (avril 2020). *Substances contrôlées et précurseurs chimiques.* <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques.html>
21. Canadian Association of People who Use Drugs. (février 2019). *Safe Supply: Concept Document.* <https://vancouver.ca/files/cov/capud-safe-supply-concept-document.pdf>
22. Santé Canada (20 décembre 2021). *Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) : sommaire des résultats pour 2019.* <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019.html#a4>
23. Santé Canada. (7 juillet 2020). *Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine (ECTN) : sommaire des résultats pour 2019.* <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-nicotine/sommaire-2019.html>
24. Santé publique Ottawa et ACEPA. (2021). *Spectre de l'utilisation de substances.* Ottawa Public Health 2019-2022 Strategic Plan: Strategic Priority relating to Mental Health and Substance Use Health.
25. Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. (2020). *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada, 2015–2017.* (préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances) Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. <https://cemusc.ca/publications/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2020-fr.pdf>
26. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (mai 2021). *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire.* https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/05/mhcc_ccsa_covid_leger_poll_fr.pdf
27. Institut canadien d'information sur la santé. (2021). *Conséquences inattendues de la pandémie de COVID-19 : Méfaits causés par l'utilisation de substances.* ICIS https://secure.cihi.ca/free_products/unintended-consequences-covid-19-substance-use-report-fr.pdf
28. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2020). *Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la capacité des services de traitement de l'usage de substances au Canada.* [rapport]. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-12/CCSA-COVID-19-Impacts-Pandemic-Substance-Use-Treatment-Capacity-Canada-2020-fr.pdf>

29. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
30. Skewes, M. C., et Gonzalez, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. *Principles of Addiction*, 1, 61-70. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398336-7.00006-1>
31. MacKillop, J., et Ray, L. A. (2018). The etiology of addiction: A contemporary biopsychosocial approach. In J. MacKillop, G. A. Kenna, L. Leggio, et L. A. Ray (Eds.), *Integrating psychological and pharmacological treatments for addictive disorders: An evidence-based guide* (pp. 32–53). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315683331-2>
32. Brager, N., Butt, P., et Sherren, N. (2017). *The Association of Faculties of Medicine of Canada Primer on Biopsychosocial Approach to Addiction*. <https://www.afmc.ca/fr/resources-data/education/e-learning/>
33. National Institute on Drug Abuse. (juin 2020). *Drugs, brains, and behavior: The science of addiction*. <https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa.pdf>
34. Votaw, V. R., et Witkiewitz, K. (2021). Motives for substance use in daily life: A systematic review of studies using ecological momentary assessment. *Clinical Psychological Science*, 9(4), 535–562. <https://doi.org/10.1177/2167702620978614>
35. Morin, K. A., Eibl, J. K., Franklyn, A. M., et Marsh, D. C. (2017). The opioid crisis: Past, present and future policy climate in Ontario, Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 12(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0130-5>
36. Moroz, N., Moroz, I., et D'Angelo, M. S. (2020). Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare Management Forum*, 33(6), 282-287. <https://doi.org/10.1177/0840470420933911>
37. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (sans date). *Alcool*. <https://www.ccsa.ca/fr/alcool>
38. Erickson, P. G., et Cheung, Y. W. (1992). Drug crime and legal control: Lessons from the Canadian experience. *Contemporary Drug Problems*, 19(2), 247-277.
39. Uguene-Csege, E. (15 juin 2021). *100 years after the end of alcohol prohibition, advocates push for drug decriminalization*. CBC. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/100-years-after-the-end-of-alcohol-prohibition-advocates-push-for-drug-decriminalization-1.6065512>
40. Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada. (13 avril 2019). *Criminal justice reform related to substance use*. [énoncé de position]. <https://www.cfms.org/files/position-papers/2.%20CFMS%20Position%20Paper%20on%20Criminal%20Justice%20Reform%20related%20to%20Substance%20Use.pdf>
41. L'Enquêteur correctionnel Canada. (25 juin 2019). *Rapport annuel 2018-2019*. Bureau de l'enquêteur correctionnel. <https://oci-bec.gc.ca/sites/default/files/2023-06/annrpt20182019-fra.pdf>
42. Bodkin, C., Bonn, M., et Wildeman, S. (2020). *Fuelling a crisis: Lack of treatment for opioid use in Canada's prisons and jails*. Dal News. <https://www.dal.ca/news/2020/03/09/fuelling-a-crisis--lack-of-treatment-for-opioid-use-in-canada-s-.html>
43. Callaghan, R. C., Vander Heiden, J., Sanches, M., Asbridge, M., Hathaway, A., et Kish, S. J. (2021). Impacts of Canada's cannabis legalization on police-reported crime among youth: Early evidence. *Addiction*, 116(12), 3454-3462. <https://doi.org/10.1111/add.15535>

44. Rotermann, M. (2020). *Qu'est-ce qui a changé depuis la légalisation du cannabis?* Rapports sur la santé de Statistique Canada. Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020002/article/00002-fra.htm>
45. Zhong, S., Yu, R., et Fazel, S. (2020). Drug use disorders and violence: Associations with individual drug categories. *Epidemiological Reviews*, 42(1), 103-116. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxaa006>
46. Casavant, L. et Collin, C. ((3 octobre 2001). *Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites (37e législature, 1re session)*. SenCanada. Repéré dans <https://sencanada.ca/fr/content/sen/committee/371/ille/library/collin-f>
47. Resignato, A. J. (2000). Violent crime: A function of drug use or drug enforcement? *Applied Economics*, 32(6), 681-688. <https://doi.org/10.1080/000368400322291>
48. Coomber, K., Curtis, A., Vandenberg, B., Miller, P. G., Heilbronn, C., Matthews, S., Smith, K., Wilson, J., Moayeri, F., Mayshak, R., Lubman, D. I., et Scott, D. (2019). Aggression and violence at ambulance attendances where alcohol, illicit and/or pharmaceutical drugs were recorded: A 5-year study of ambulance records in Victoria, Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 205, 107685. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107685>
49. McMurrin, M. & Cusens, B. (2005). Alcohol and violent and non-violent acquisitive offending. *Addiction Research & Theory*, 13(5), 439-443. <https://doi.org/10.1080/16066350500096058>
50. Brochu, S., Guyon, L., et Desjardins, L. (1999). Comparative profiles of addicted adult populations in rehabilitation and correctional services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(2), 173-182. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(98\)00042-7](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00042-7)
51. Lyman, M. (1996). *Organized Crime, Seventh Edition (7e éd.)*. Pearson.
52. Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Kersch, V., McSweeney, T., Schaaf, S., Tartari, M., Turnbull, P., Trinkl, B., Uchtenhagen, A., Waidner, G., & Werdenich, W. (2007). The victimization of dependent drug users: Findings from a European study, UK. *European Journal of Criminology*, 4(4), 385-408. <https://doi.org/10.1177/1477370807080719>
53. Cotter, A. (25 août 2021). *La victimisation criminelle au Canada, 2019*. Gouvernement du Canada, Statistique Canada. Repéré le 1^{er} août 2022, dans <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00014-fra.htm>
54. Newman, J. A., et Newman, A. E. (2015). *Financial and social impacts of decriminalizing marijuana: A state statistical analysis aided by GIS mapping*. URL (accessed 28 October 2019): https://www.researchgate.net/publication/281641003_Financial_and_Social_Impacts_of_Decriminalizing_Marijuana_A_State_Statistical_Analysis_Aided_by_GIS_Mapping
55. Lines, R., Elliott, R., Hannah, J., Schleifer, R., Avafia, T., et Barrett, D. (2017). The case for international guidelines on human rights and drug control. *Health and Human Rights*, 19(1), 231-236. <https://www.jstor.org/stable/90007929>
56. Caamano-Isorna, F., Adkins, A., Moure-Rodríguez, L., Conley, A. H., Dick, D. (2018). Alcohol use and sexual and physical assault victimization among university students: Three years of follow-up. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7-8), NP3574-NP3595. <https://doi.org/10.1177/0886260518780413>
57. Fisher, B. S., Daigle, L. E., Cullen, F. T., et Turner, M. G. (2003). Reporting sexual victimization to the police and others: Results from a national-level study of college women. *Criminal Justice and Behavior*, 30(1), 6-38. <https://doi.org/10.1177/0093854802239161>

58. Zavala, E. (2010). Deviant lifestyles and the reporting of physical victimization to police. *Journal of Family Violence*, 25(23). <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9266-z>
59. Kammersgaard, T. (2019). Harm reduction policing: From drug law enforcement to protection. *Contemporary Drug Problems*, 46(4), 345-362. <https://doi.org/10.1177/009145091987131>
60. Seddon, T., Williams, L., et Ralphs, R. (2012). *Tough choices: Risk, security and the criminalization of drug policy*. OUP Oxford.
61. Agan, A., et Starr, S. (2017). The effect of criminal records on access to employment. *American Economic Review*, 107(5), 560-564. <https://doi.org/10.1257/aer.p20171003>
62. Chen, C. P., et Shields, B. (2020). Career counselling ex-offenders: Issues and interventions. *Australian Journal of Career Development*, 29(1), 36-43. <https://doi.org/10.1177/1038416219876367>
63. Apel, R., et Horney, J. (2017). How and why does work matter? Employment conditions, routine activities, and crime among adult male offenders. *Criminology*, 55(2), 307-343. <https://doi.org/10.1111/1745-9125.12134>
64. Redekop, D. E., et Huston, M. (2019). *Renforcer la santé mentale grâce à un développement de carrière efficace : guide du praticien (en anglais seulement)*. CERIC.
65. Réseau juridique VIH. (octobre 2020). *Decriminalizing drug possession for personal use in Canada: Recent developments*. https://www.metaphi.ca/wp-content/uploads/Conference2021_Decriminalization.pdf
66. Fréchette J. D. (mars 2018). *Mise à jour sur les coûts d'incarcération*. [rapport]. Bureau du directeur parlementaire du budget. https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2018/Update%20Incarceration%20Costs/Update%20on%20Costs%20of%20Incarceration_FR.pdf
67. Kleinman, R. A., et Morris, N. P. (2021). Rethinking the criminalization of personal substance use and possession. *Journal of General Internal Medicine*, 1-3. <https://doi-org.proxy.library.carleton.ca/10.1007/s11606-021-06628-5>
68. Fischer, B., Pang, M., et Jones, W. (2020). The opioid mortality epidemic in North America: Do we understand the supply side dynamics of this unprecedented crisis? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(14). <https://doi.org/10.1186/s13011-020-0256-8>
69. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). *European drug report 2017: Trends and developments*. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ENN.pdf
70. Death Review Panel. (2022). *BC coroners service death review panel: A review of illicit drug toxicity deaths*. British Columbia Coroners Service. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/death-review-panel/review_of_illicit_drug_toxicity_deaths_2022.pdf
71. Coroners Service. (2022). *Illicit drug toxicity deaths in BC*. BC Coroners Service. Repéré le 15 septembre 2022, dans <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug.pdf>
72. Bonn, M., Palayew, A., Bartlett, S., Brothers, T. D., Touesnard, N., et Tyndall, M. (2020). 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 & Drugs*, 81(5), 556-560. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.556>
73. Stone, J., Fraser, H., Lim, A. G., Walker, J. G., Ward, Z., MacGregor, L., Trickey, A., Abbott, S., Strathdee, S. A., Abramovitz, D., Maher, L., Iversen, J., Bruneau, J., Zang, G., Garfein, R. S., Yen, Y. F., Azim, T., Mehta, S. H., Milloy,

- M. J., Hellard, M. E., ... Vickerman, P. (2018). Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Infectious diseases*, 18(12), 1397-1409. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30469-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30469-9)
74. Jacob, J., Ti, L., & Knight, R. (2021). Will peer-based interventions improve hepatitis C virus treatment uptake among young people who inject drugs? (résumé en français) *La revue canadienne de santé publique*, 112, 460-463. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00413-3>
75. Provincial Health Officer. (2019). *Stopping the harm: Decriminalization of people who use drugs in BC*. Office of the Provincial Health Officer. Repéré dans <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/special-reports/stopping-the-harm-report.pdf>
76. Service de santé publique de Toronto. (2018). *Quick facts: Canada's drug laws and strategies*. Repéré dans <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2018/05/970c-Canadas-Drug-Laws-Strategies.pdf>
77. Coalition canadienne des politiques sur les drogues. (2022). *L'histoire des politiques sur les drogues au Canada*. Repéré dans <https://drugpolicy.ca/fr/about/lhistoire-des-politiques-sur-les-drogues-au-canada/>
78. Wilson, H. L. A. S. (2020). Underlying racism within the opioid epidemic. *Brigham Young University Prelaw Review*, 34(7). <https://scholarsarchive.byu.edu/byuplr/vol34/iss1/7>
79. Browne, R. (18 avril 2018). *Black and indigenous people are overrepresented in Canada's weed arrests*. Vice. https://news.vice.com/en_ca/article/d35eyq/black-and-indigenous-people-are-overrepresented-in-canadas-weed-arrests
80. ACLU. (2020). *A tale of two countries: Racially targeted arrests in the era of marijuana reform*. [Report]. American Civil Liberties Union. https://www.aclu.org/sites/default/files/field_document/tale_of_two_countries_racially_targeted_arrests_in_the_era_of_marijuana_reform_revised_7.1.20_0.pdf
81. Milloy, C. (2017, August 22). *Want to see proof of institutional racism? Let weed open your eyes*. The Washington Post. https://www.washingtonpost.com/local/want-to-see-proof-of-institutional-racism-let-weed-open-your-eyes/2017/08/22/099b7740-8751-11e7-a94f-3139abce39f5_story.html?noredirect=on&utm_term=.3dcd24871789
82. Friedman, J., Syvertsen, J. L., Bourgois, P., Bui, A., Beletsky, L., et Pollini, R. (2021). Intersectional structural vulnerability to abusive policing among people who inject drugs: A mixed methods assessment in California's central valley. *The International Journal of Drug Policy*, 87, 102981-102981. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102981>
83. Boyd, S. (2018). *Drug use, arrests, policing, and imprisonment in Canada and BC, 2015-2016*. [Report]. Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU). <https://drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2018/03/Vandu-Report-Mar-9-2018.pdf>
84. Muftić, L. R., Bouffard, L. A., et Armstrong, G. S. (2016). *Impact of maternal incarceration on the criminal justice involvement of adult offspring: A research note*. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 53(1), 93-111. <https://doi.org/10.1177/0022427815593988>
85. Amaro, H., Sanchez, M., Bautista, T., et Cox, R. (2021). Social vulnerabilities for substance use: Stressors, socially toxic environment, and discrimination and racism. *Neuropharmacology*, 188(108518). <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2021.108518>
86. Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.000311>
87. Myers, H. F. (2009). Ethnicity- and socio-economic status-related stresses in context: An integrative review and conceptual model. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 9-19. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9181-4>

88. Boyd, S. (2021). Heroin and the illegal drug overdose death epidemic: A history of missed opportunities and resistance. *The International Journal of Drug Policy*, 91(102938). <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102938>
89. First Nations Health Authority. (2021). *First Nations and the toxic drug poisoning crisis in BC*. Repéré dans <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Harm-Reduction-First-Nations-and-the-Toxic-Drug-Crisis-in-BC-Jan-Dec-2021.pdf>
90. CCDUS et ACEPA. (2019). *Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction*. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CC-SA-Language-and-Stigma-in-Substance-Use-Addiction-Guide-2019-fr.pdf>
91. Yang, L. H., Wong, L. Y., Grivel, M. M., et Hasin, D. S. (2017). Stigma and substance use disorders: An international phenomenon. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(5), 378-388. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000351>
92. van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., et Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
93. Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A., et O'Shaughnessy, J. (2009). The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample. *Journal of Social Work*, 9(2), 139-147. <https://doi.org/10.1177/1468017308101818>
94. Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., et Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>
95. Brown, S. A. (2011). Standardized measures for substance use stigma. *Drug and alcohol dependence*, 116(1-3), 137-141. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.12.005>
96. O'Connor, L. E., Berry, J. W., Inaba, D., Weiss, J., et Morrison, A. (1994). Shame, guilt, and depression in men and women in recovery from addiction. *Journal of substance abuse treatment*, 11(6), 503-510. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(94\)90001-9](https://doi.org/10.1016/0740-5472(94)90001-9)
97. Eggertson, L. (2013). Stigma a major barrier to treatment for pregnant women with addictions. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 185(18), 1562. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4653>
98. Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: Fear, stigma, and barriers to care. *Health & Justice*, 3(2), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s40352-015-0015-5>
99. Garpenhag, L., & Dahلمان, D. (2021). Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: A qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(81). <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00417-3>
100. Kulesza, M. (2013). Substance use related stigma: What we know and the way forward. *Journal of Addictive Behaviors Therapy & Rehabilitation*, 2(2), 782. <https://doi.org/10.4172/2324-9005.1000106>
101. Fox, A. B., Smith, B. N., et Vogt, D. (2018). How and when does mental illness stigma impact treatment seeking? Longitudinal examination of relationships between anticipated and internalized stigma, symptom severity, and mental health service use. *Psychiatry Research*, 268, 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.036>
102. Markowitz, F. E. (1999). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 335- 347. <https://doi.org/10.2307/2676342>
103. Luoma, J. B. (2010). Substance use stigma as a barrier to treatment and recovery. Dans *Addiction Medicine* (pp. 1195-1215). Springer, New York, NY.

104. McFarling, L., D'Angelo, M., Drain, M., Gibbs, D. A., et Rae Olmsted, K. L. (2011). Stigma as a barrier to substance abuse and mental health treatment. *Military Psychology*, 23(1), 1-5. <https://doi.org/10.1080/08995605.2011.534397>
105. Aoun, E. G., et Appelbaum, P. S. (2019). Ten Years After the ADA Amendment Act (2008): The Relationship Between ADA Employment Discrimination and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*, 70(7), 596–603. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800574>
106. Rise, J., et Halkjelsvik, T. (2019). Conceptualizations of addiction and moral responsibility. *Frontiers in Psychology*, 10, 1483. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01483>
107. Vakharia, S. P., et Little, J. (2020). Policy reforms to reduce harms associated with substance misuse. In *The Routledge Handbook of Social Work and Addictive Behaviors* (pp. 482-496). Routledge.
108. Gunn, A. J., Sacks, T. K., et Jemal, A. (2018). "That's not me anymore": Resistance strategies for managing intersectional stigmas for women with substance use and incarceration histories. *Qualitative Social Work*, 17(4), 490-508. <https://doi.org/10.1177/1473325016680282>
109. Kulesza, M., Matsuda, M., Ramirez, J. J., Werntz, A. J., Teachman, B. A., et Lindgren, K. P. (2016). Towards greater understanding of addiction stigma: Intersectionality with race/ethnicity and gender. *Drug and Alcohol Dependence*, 169, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.020>
110. Boyd, S. (2019). Gendered drug policy: Motherisk and the regulation of mothering in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 68, 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.10.007>
111. Hammarlund, R., Crapanzano, K. A., Luce, L., Mulligan, L., et Ward, K. M. (2018). Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 9, 115-136. <https://doi.org/10.2147/sar.S183256>
112. Kulesza, M., Matsuda, M., Ramirez, J. J., Werntz, A. J., Teachman, B. A., et Lindgren, K. P. (2016). Towards greater understanding of addiction stigma: Intersectionality with race/ethnicity and gender. *Drug and Alcohol Dependence*, 169, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.020>
113. Wood, E., et Elliott, M. (2020). Opioid addiction stigma: The intersection of race, social class, and gender. *Substance Use & Misuse*, 55(5), 818-827. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10826084.2019.1703750?journalCode=isum20>
114. Skliamis, K., Benschop, A., et Korf, D. J. (2020). Cannabis users and stigma: A comparison of users from European countries with different cannabis policies. *European Journal of Criminology*, 19(6). <https://doi.org/10.1177/1477370820983560>
115. Baumbusch, J., et Sloan Yip, I. (2022). Older adults experiences of using recreational cannabis for medicinal purposes following legalization. *International Journal of Drug Policy*, 108, 103812. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103812>