

POSITION SUR LA CRIMINALISATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

La présente position commune de la COCQ-SIDA et de la TOMS affirme que la prohibition actuelle des substances est inefficace, dangereuse et incompatible avec une approche de santé publique fondée sur les droits humains. Issue d'un travail collectif s'appuyant sur la littérature, la formation et la consultation des milieux communautaires ainsi que des personnes qui utilisent des substances psychoactives (SPA), elle conclut que tant que la possession, la production et la distribution resteront criminalisées, les surdoses, la stigmatisation et le profilage persisteront. Elle revendique donc l'abolition de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS)¹ et sa substitution par un cadre de régulation plus sécuritaire et participatif.

1. DÉMARCHE

La présente position a été élaborée sous l'impulsion des groupes-membres de la TOMS et de la COCQ-SIDA œuvrant en réductions des méfaits. Ces derniers ont manifesté le besoin que leurs regroupements se dotent d'une position sur la criminalisation des SPA et des personnes qui les utilisent afin que notre mouvement adopte un message unifié, solidaire et humain. Pour donner suite à cette demande, les équipes de la COCQ-SIDA et de la TOMS ont uni leurs efforts pour développer cette position conjointement considérant que les enjeux vécus à Tiohtià:ke/Montréal ainsi que dans l'ensemble de la province sont similaires et que leurs membrariats partagent une base commune. La présente position est le résultat de ces démarches:

- i) Une revue de littérature a permis de cartographier les connaissances existantes, d'identifier les failles de la recherche scientifique sur les effets de la criminalisation et de recenser les modèles n'étant pas axés sur la prohibition et la coercition des personnes utilisatrices de SPA ;
- ii) Une série d'entrevues individuelles semi-dirigées sont menées au sein des groupes-membres des deux regroupements afin d'identifier les avis convergents et divergents sur les besoins réels des organisations et des communautés desservies. Celles-ci permettent d'identifier un besoin de formation chez certains groupes-membres pour mieux distinguer certains concepts, notamment juridiques, nécessaires à l'élaboration de la présente position ;
- iii) Une journée de formation et de panels réunissant près de 70 personnes de 26 différents organismes est organisée le 19 mars 2025 à l'attention des groupes-membres de la COCQ-SIDA et de la TOMS ;

- iv) À la suite de requêtes visant à approfondir certaines notions, les groupes membres ont eu l'occasion d'enrichir leurs connaissances lors du webinaire du 23 avril 2025 Comprendre les bases de la criminalisation des drogues pour pouvoir envisager la réforme des lois - Pour aller plus loin ! La vidéo Production et approvisionnement en drogues : tour d'horizon des alternatives possibles, réalisée en collaboration avec des groupes-membres œuvrant en réduction des méfaits ainsi qu'avec des personnes utilisatrices de SPA a également été mise à leur disposition ;
- v) Une journée de consultation collective a été organisée le 24 septembre 2025, laquelle a réuni 69 personnes de 26 organisations québécoises et montréalaises. Intervenant-es, cadres et personnes utilisatrices de SPA ont participé de façon collégiale à une série d'ateliers sous la forme de « world café », permettant ainsi de définir les principes fondateurs de cette prise de position.

2. CONTEXTE

A. Situation actuelle

Au Canada, la prohibition s'articule autour de la LRCDas, le *Code criminel*, les parties III et IV de la *Loi sur les aliments et drogues* (LAD)², la *Convention unique sur les stupéfiants de 1961*³, la *Convention sur les substances psychotropes de 1971*⁴ et la *Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988*⁵.

De plus, la situation actuelle est fortement marquée par la crise des surdoses, laquelle a fait un nombre de victimes comparable à la pandémie de COVID-19 sur notre territoire et continue à ce jour de faire des ravages, ainsi que par la toxicité des SPA qui se retrouvent sur le marché⁶. Les éléments suivants permettent de se faire un portrait plus juste et mesurable de la situation actuelle :

- i. De janvier 2016 à septembre 2025, le gouvernement canadien recense plus de 55 000 décès et plus de 50 000 hospitalisations en lien avec la consommation de SPA⁷ ;
- ii. La crise des surdoses est majoritairement causée par l'absence de régulation des SPA, la structure prohibitionniste de l'État, ainsi que par la crise de toxicité croissante des SPA^{8, 9, 10, 11} ;
- iii. La prohibition et ses conséquences alimentent les inégalités structurelles et systémiques. Les données démontrent une surreprésentation des personnes autochtones et racisées dans les arrestations pour possession, malgré des taux d'usage comparables aux personnes blanches¹² ;
- iv. Les personnes utilisatrices de SPA continuent de subir une surveillance constante, des rapports difficiles avec les forces de l'ordre et une judiciarisation pénale¹³. La Société royale du Canada a reconnu que les lois sur les SPA ont historiquement servi d'outil de contrôle social des populations marginalisés et racisés¹⁴ ;

- v. En 2020, au Canada, la judiciarisation des personnes utilisatrices de SPA a entraîné des coûts de 10 milliards de dollars¹⁵ ;
- vi. Considérant l'inefficacité reconnue de la « guerre à la drogue »¹⁶, les sommes investies dans la répression policière, judiciaire et carcérale serviraient davantage les besoins de nos communautés si elles étaient destinées aux interventions visant la santé, la lutte à la pauvreté, la prévention, la réduction des méfaits et l'ensemble des déterminants sociaux de la santé.

B. Remarques des institutions nationales et internationales

Aujourd'hui, il est clair que la criminalisation des personnes utilisatrices de SPA et la « guerre à la drogue » ne produisent pas les résultats attendus par ses défenseur·es. En 2016, l'Assemblée générale extraordinaire de l'ONU a prononcé l'échec de la « guerre mondiale contre la drogue » comme stratégie de réduction de l'offre et de la demande¹⁷. Malgré qu'aux États-Unis plus de 1 000 milliards de dollars ont été investis sur 40 ans, à peine 1% des SPA ont été saisies et le marché clandestin a vu ses activités augmentées constamment. Comme le résume le Réseau juridique VIH canadien : « L'application des lois sur les drogues coûte des milliards de dollars chaque année. [...] [L]a suppression des sanctions pénales et criminelles pour possession de drogues peut entraîner des économies directes — libérant des fonds qui peuvent être réaffectés à des services et à des interventions plus efficaces et fondés sur des données probantes, qui permettent la promotion de communautés en meilleure santé. ¹⁸»

Les effets négatifs des politiques répressives sont disproportionnellement subis par certaines des communautés les moins favorisées de nos sociétés, notamment les communautés autochtones et racisées. Cela s'explique entre autres par le fait que l'appareil législatif qui existe en matière de SPA est largement fondé sur des principes coloniaux et racistes¹⁹.

Plusieurs pays ont commencé à adopter des modèles visant à délaisser les approches punitives et répressives au profit d'approches empruntant à la réduction des méfaits, à des approches basées sur la santé publique et sur le respect des droits humains. Différents modèles de décriminalisation ont été adoptés dans 56 juridictions à travers le monde, dont dans 35 pays²⁰. Les revues systématiques démontrent que les réformes légales de type décriminalisation ne sont généralement pas associées à une augmentation de la prévalence de l'usage des SPA, contrairement aux craintes souvent exprimées par ses détracteur·trices²¹. Toutefois, les modèles existants demeurent partiels et fragmentaires : la plupart se limitent à la possession simple, maintiennent des seuils de quantité très limités, n'offrent pas d'accès à un approvisionnement sécuritaire²² et laissent les pouvoirs discrétionnaires des forces de l'ordre en place²³.

L'expérience récente de la Colombie-Britannique montre également les limites d'une déjudiciarisation mise en œuvre sans l'implication continue des personnes directement concernées, sans l'adaptation concomitante du système de santé ni le soutien réel des municipalités²⁴. En d'autres mots, ces réformes ne permettent pas de basculer pleinement vers une approche de santé publique, de réduction des méfaits et de prévention, ni de régulariser l'expertise des communautés produisant et marchandisant les SPA.

En 2018, le Canada a ouvert la porte à la légalisation des substances avec la *Loi sur le cannabis*²⁵. En 2023, la Colombie-Britannique a tenté la mise en place d'un modèle de déjudiciarisation de plusieurs SPA avant d'abandonner en 2025²⁶. Les conclusions de cet échec pointent vers une mauvaise adaptation du système de santé et un manque de soutien des municipalités dans l'application et le support de cette démarche.

Actuellement, à l'international, la majorité des modèles institutionnels voit l'utilisation de SPA comme un enjeu de santé publique alors que celle-ci existe depuis toujours. C'est l'absence de contrôle de la toxicité des SPA et l'absence de services basés sur une approche de santé publique et sur le respect des droits humains pour les personnes désirant intervenir sur un trouble de l'usage qui s'avèrent problématiques²⁷.

Si une frange de la population au Québec et ailleurs exprime des préoccupations en matière de sécurité publique, les données probantes démontrent que c'est la criminalisation qui compromet le plus la sécurité : la crainte des représailles constitue la principale barrière aux appels au 911 lorsque les surdoses surviennent, causant ainsi des décès évitables²⁸; les pratiques répressives font que les personnes utilisatrices de SPA fuient les services de prévention et de soins, amplifiant notamment la transmission du VIH²⁹. Ce sont plusieurs décennies de politiques axées sur la criminalisation qui ont des effets néfastes sur la santé, le bien-être et les droits humains, particulièrement des personnes utilisatrices de SPA mais aussi de la population générale³⁰. Seule une intervention fondée sur les droits et la santé publique peut assurer une sécurité réelle et durable pour toutes.

C. L'intervention auprès des personnes utilisatrices de SPA est intimement liée à l'intervention et à la prévention des ITSS, notamment du VIH

La réduction des méfaits tient son origine dans la prise en compte des besoins et de l'agentivité des personnes premières concernées. Dès les années 1970, voire dans la décennie suivante, celle-ci s'est incarnée entre autres à travers le développement de la paire-aidance, des cliniques à bas seuil, de regroupements par et pour et des programmes d'échange de seringues de 2^e vague³¹. Ce sont notamment ces initiatives qui ont permis de mettre la table à l'ouverture des sites de consommation supervisée (SCS) à moindre risque que nous connaissons aujourd'hui et dont plusieurs sont membres de nos regroupements³². Depuis plusieurs années, des groupes dédiés à la prévention des ITSS modifient leurs pratiques, leurs activités de prévention, voire leur mission pour s'adapter à la crise des surdoses et répondre aux besoins des personnes qui la subissent³³. Sans leurs interventions, ces personnes seraient trop souvent laissées pour compte.

Sur le plan psychologique et social, les interventions en situation de surdose sont rapportées comme une expérience marquante tant pour les personnes utilisatrices de SPA que pour les intervenant·es. Quant aux décès par surdose, ils affectent autant les proches que les intervenant·es et les pair·es, mais elle touche en premier lieu les personnes utilisatrices de SPA elles-mêmes³⁴. Les organismes rapportent un épuisement des équipes d'intervention ainsi qu'une perte de sens causée par une crise qui semble insurmontable³⁵.

Les personnes utilisatrices de SPA se trouvent à l'intersection d'oppressions culturelles et socioéconomiques, ce qui fait souvent en sorte de les invisibiliser, voire de les rendre sujets au mépris et à la stigmatisation, tant sur la place publique qu'au niveau des politiques les concernant. Ce phénomène nuit gravement à leur participation égale et entière à la vie sociale, y compris aux décisions qui les concernent directement³⁶.

La criminalisation des SPA influence le non-recours aux services et contribue à l'invisibilisation des personnes qui pourraient en bénéficier. La criminalisation nuit également au travail des organismes communautaires et augmente la charge des équipes qui se retrouvent à devoir modifier leur travail pour offrir de l'accompagnement en défense de droit, en surplus de leur mission originale. Par le fait même, un fardeau bureaucratique s'ajoute sur les organismes qui opèrent des services de consommation à risques réduits et des services d'analyse de

substances puisque leurs opérations dépendent d'une exemption à la LRCDS, laquelle doit être présentée au ministre et renouvelée à chaque fin de période.

Sur le plan de la production, l'apparition de substances analogues engendrées par l'absence de régulation des substances criminalisées participe à causer des intoxications sévères pouvant aller jusqu'à la surdose, des psychoses toxiques, des sevrages plus difficiles, des plaies plus difficiles à traiter, une augmentation des décès et peu ou pas de traitements adaptés à l'apparition de ces substances méconnues.

3. ÉNONCÉ

- A) La COCQ-SIDA et la TOMS se positionnent en faveur d'une approche de santé publique fondée sur le respect des droits humains dans toute action et initiative ayant trait à l'utilisation, la possession, la production, la distribution et la gestion des enjeux sociaux liés à l'usage des substances psychoactives.
- B) La COCQ-SIDA et la TOMS reconnaissent que chaque individu a droit à l'autonomie sur les choix qui concernent son corps, sa sexualité et sa santé, en conformité avec les droits fondamentaux prévus à la *Charte des droits et libertés de la personne*³⁷ et à la *Charte canadienne des droits et libertés*³⁸. Les interventions étatiques qui sont actuellement fondées sur une approche punitive n'ont fait qu'aggraver les risques à la santé et à la sécurité des personnes utilisatrices de substances psychoactives. En conséquence, chaque individu devrait pouvoir prendre des décisions quant à son utilisation de substances psychoactives sans que l'État ne soit appelé à intervenir, notamment en créant des obstacles législatifs ou en appliquant ces derniers par la force et la coercition.
- C) Conformément à une approche de santé publique, au respect des droits humains et aux consultations de leurs groupes-membres et de personnes directement concernées, la COCQ-SIDA et la TOMS estiment que l'abrogation totale des lois encadrant les activités liées à l'utilisation de substances psychoactives est la solution à poursuivre afin de garantir la dignité, la santé et les droits fondamentaux des personnes utilisatrices de substances psychoactives. Plus précisément, nous jugeons que l'État ne devrait mettre en place aucune prohibition relativement à l'utilisation, la possession, la production et la distribution de substances psychoactives, ni mettre en place des cadres législatifs qui auront pour effet de criminaliser les personnes utilisatrices de substances psychoactives.
- D) L'intervention étatique devrait se limiter à la régulation des substances psychoactives, notamment afin de s'assurer que les substances se retrouvant sur le marché soient sécuritaires et testées, qu'elles soient conformes à leur étiquetage, que leur production et leur distribution n'impliquent pas de risques autres que ceux inhérents à la substance elle-même et que des informations fiables et nécessaires aux personnes utilisatrices de SPA soient rendues facilement disponibles.
- E) Afin d'assurer la participation active des principales personnes concernées, c'est-à-dire les personnes utilisatrices de substances psychoactives, et afin d'inclure leur expérience et leur leadership au sein de leurs communautés, la COCQ-SIDA et la TOMS considèrent que l'approche québécoise des organismes communautaires autonomes favorisant l'implication des personnes directement concernées sera la meilleure garantie pour assurer l'implantation

d'une abolition de la prohibition étatique des SPA. De la même manière que le principe GIPA (« Greater Involvement of People living with AIDS ») a su favoriser l'implication des personnes vivant avec le VIH dans tous les organismes VIH qui l'ont adopté à travers le monde, nous croyons que l'adoption d'un tel principe saura favoriser la participation des personnes utilisatrices de SPA et la réussite d'une telle abrogation³⁹.

- F) La COCQ-SIDA et la TOMS estiment que le financement adéquat, stable et durable des services sociaux et de santé ou le financement lié à la réduction des méfaits et le financement à la mission globale des organismes communautaires autonomes du domaine de la santé et des services sociaux constitue une condition sine qua non à la réalisation d'une approche fondée sur les droits humains et la santé publique. À ce titre la COCQ-SIDA et la TOMS se joignent aux revendications portées par la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB), notamment dans le cadre de la campagne CA\$\$\$H⁴⁰.

4. EXPLICATION

A) Le manque de sensibilité et de volonté politique

Les obstacles à la décriminalisation ne sont pas scientifiques, mais bien politiques. Le gouvernement du Canada ne souhaite pas décriminaliser la possession simple de drogues et préfère procéder par exemptions temporaires à la LRCDAS, une approche dite « nénuphar » dont les limites sont bien documentées⁴¹. Le gouvernement du Québec a pour sa part indiqué ne pas avoir l'intention de demander une exemption provinciale pour son territoire⁴², bien que 16 directions régionales de santé publique du Québec et le directeur national de santé publique aient publiquement dénoncé la criminalisation des SPA⁴³.

Comme le rappelle David Martin Milot⁴⁴, ces blocages politiques s'expliquent par le fait que la communication scientifique est « systématiquement déformée par ceux qui ont un pouvoir social » et que « les valeurs et intérêts des personnes qui détiennent ce pouvoir influencent les lois et règlements qu'elles mettent en place ». Cette tendance est d'ailleurs particulièrement observée dans le champ des politiques sur les SPA.

Les membres de la COCQ-SIDA et de la TOMS consultés ont d'ailleurs identifié le manque de volonté politique et la « panique morale »⁴⁵ entourant le sentiment de sécurité comme des freins majeurs à une réforme, tout en soulignant que les municipalités ne sont pas suffisamment conscientes de leurs pouvoirs pour faire avancer la cause localement.

B) L'inconfort citoyen et les perceptions publiques au Québec

Selon la recherche sur l'opinion publique de Santé Canada (2023), 52% des Québécois·es préfèrent que l'on privilégie l'accès aux services sociaux et de santé plutôt que l'intervention policière⁴⁶. En ce sens, seulement 9% des personnes sondées au Québec soutiennent la répression en tant qu'approche principale. Les Québécois·es ayant un niveau de scolarité universitaire, les femmes et les Autochtones manifestent un soutien plus marqué à une approche non judiciaire. Environ 62% des canadien·nes soutiennent une forme de décriminalisation de la possession personnelle. Pourtant, la moitié (51%) pense que la décriminalisation pourrait augmenter les effets néfastes, notamment les surdoses - un paradoxe qui reflète un inconfort citoyen nourri par la méconnaissance et les préjugés.

Un sondage mené au Québec par l'Association pour la Santé publique du Québec (AS PQ) et Léger auprès de 1 008 adultes a révélé que seulement 23% des Québécois-es qualifient de « bonnes » ou « très bonnes » leurs connaissances pour intervenir en cas de surdose, et à peine 16% se sentent aptes à administrer la naloxone⁴⁷. Ce déficit de connaissances de base nourrit la peur et les réactions de type « pas dans ma cour », un phénomène identifié tant dans la littérature que dans la consultation des groupes-membres⁴⁸.

C) La crise des surdoses est avant tout une crise de toxicité des substances non régulées

L'approvisionnement en SPA illégales est de plus en plus contaminé par d'autres substances qui ne correspondent pas à ce que les personnes utilisatrices de SPA croient se procurer.

L'apparition de SPA analogues se manifeste par des intoxications sévères, des psychoses toxiques, des sevrages plus difficiles et une augmentation des décès^{49, 50, 51}.

Pourtant, les SCS témoignent de l'efficacité de l'approche de réduction des méfaits : au Canada, pas un seul décès par surdose n'a été enregistré sur place, le personnel a renversé plus de 58 000 surdoses entre 2017 et 2024⁵² et plus de 500 000 références vers des soins de santé et sociaux ont été générées⁵³. Les revues systématiques concluent que les SCS réduisent la mortalité par surdose de 88 décès par tranche de 100 000 personnes par année et diminuent les appels d'ambulance de 67%⁵⁴. Or, le fonctionnement de ces services dépend d'exemptions fragiles à la LRC DAS et se retrouve maintenant compliqué par l'adoption de la *Loi visant principalement à réglementer les sites de consommation supervisée afin de favoriser une cohabitation harmonieuse avec la communauté*⁵⁵ (Projet de loi 103), déposé par le ministre Lionel Carmant le 6 mai 2025.

D) L'intersectionnalité des enjeux liés aux substances

L'utilisation de SPA est un phénomène complexe : il peut s'inscrire à l'intersection de l'itinérance, de la pauvreté, du colonialisme, du néolibéralisme, du racisme systémique et de l'accès limité aux soins de santé et aux services sociaux. La Société royale du Canada rappelle que « les lois sur les drogues ont été historiquement utilisées comme un outil de contrôle social des populations marginalisées, notamment les Autochtones et les Noirs » et que la criminalisation entretient ces injustices⁵⁶. Les personnes noires sont 4,3 fois plus susceptibles d'être arrêtées pour possession de SPA illégales, bien que les taux de consommation soient similaires entre les groupes raciaux⁵⁷.

Sur le terrain, les organismes qui œuvrent en réduction des méfaits ont identifié les impacts disproportionnés de la criminalisation sur les communautés racisées, autochtones, migrantes, les femmes, les personnes en situation d'itinérance et les travailleuse-eurs du sexe. Le profilage social et racial, la perte du statut d'immigration, les grandes difficultés de réinsertion sociale après la judiciarisation, la surveillance policière constante et la perte du filet social ont été nommés comme des conséquences directes de la criminalisation des SPA. Lors de nos consultations, les groupes-membres ont souligné que la criminalisation « donne la justification pour la haine des personnes », alimente la déshumanisation et maintien des dynamiques coloniales dans la chaîne de production et de distribution des SPA.

5.IMPACT

L'impact que peut avoir l'abrogation complète de la LRCDAS se déploie sur plusieurs axes. Si la fin du paradigme actuel entraînera beaucoup de travail pour créer un nouveau modèle, nous considérons qu'il est essentiel de le faire en posant les bases d'un futur axé sur des pratiques et des valeurs qui s'opposent à la stigmatisation, qui redonnent de la dignité aux personnes criminalisées par les lois actuelles et qui placent au cœur de ces démarches toutes les communautés concernées⁵⁸.

A. Concernant la stigmatisation de la consommation de SPA, l'abrogation de la LRCDAS permettra :

- I. De faire la transition vers un marché licite sous divers modèles (coopératives, entreprises ou autres qu'elles soient individuelles, à petite ou à grande échelle), qui inclura des retombées économiques pour les communautés et l'État et qui permettra le développement d'une industrie respectueuse des droits de la personne ;
- II. D'ajuster le narratif entourant les SPA pour l'ancrer dans les savoirs des communautés et les connaissances scientifiques, et les baser dans des pratiques d'éducation populaire, de sensibilisation et de santé publique ;
- III. De produire, de vendre et d'utiliser des SPA aux composantes connues, permettant ainsi aux personnes utilisatrices de SPA d'avoir le maximum d'informations à leur disposition en vue de leur utilisation ;
- IV. D'allouer les ressources financières et matérielles des systèmes de sécurité publique, judiciaire et carcéral actuellement utilisées pour la criminalisation des personnes utilisatrices de SPA vers des ressources communautaires de soutien ou d'éducation, de santé publique ou encore aux communautés historiquement impactées par la criminalisation ;
- V. De soulager les réseaux institutionnels (sécurité publique, incarcération, judiciarisation) et communautaires (défense des droits, accompagnement en cours, etc.) du poids du traitement des charges criminelles en lien avec la criminalisation des SPA ;
- VI. De créer des solidarités sur tous les plans (local, national, international) contre les violences racistes, sexistes, coloniales et étatiques qui maintiennent les personnes qui utilisent ou produisent les SPA dans des conditions de marginalité.

B. Concernant les conditions de vie et la sécurité des personnes utilisatrices de SPA, l'abrogation de la LRCDAS permettra :

- I. D'informer adéquatement les personnes utilisatrices de SPA quant à la composition des substances qu'elles utilisent, de mieux planifier leur utilisation et d'éviter les surdoses, mortelles ou non ;

- II. D'ancrer les décisions étatiques en lien avec les SPA dans les données scientifiques, les principes de réduction des méfaits, des droits à la dignité, à l'information, à l'autodétermination, à l'accès aux soins et à du matériel stérile, plutôt que dans la répression et la médicalisation ;
 - III. De faire reculer le profilage social, la stigmatisation, et la déshumanisation des personnes utilisatrices de SPA ;
 - IV. D'offrir l'amnistie et réparation aux communautés historiquement impactées par la criminalisation et de reconnaître les torts causés par les politiques de répression et de criminalisation ;
 - V. De reconnaître et de centrer l'expertise des personnes premières concernées dans le développement et l'opérationnalisation des modèles qui apparaîtront à la suite de l'abrogation de la loi.
- C. Concernant les conditions de travail et la sécurité des travailleur·euses de l'industrie de la production des SPA, l'abrogation de la LRCDAS permettra :
- I. D'améliorer les conditions de travail au sein de l'industrie, notamment en ce qui a trait à la sécurité des travailleur·euses, des méthodes de production et de la mise en vente des produits ;
 - II. D'offrir, minimalement, le respect des normes du travail en vigueur, en plus des processus étatiques de protection des travailleur·euses ;
 - III. De faciliter, voire de favoriser, l'association, les solidarités et le développement de pratiques sécuritaires entre les travailleur·euses de l'industrie et les communautés historiquement impactées par la criminalisation, dont les communautés noires, autochtones et de personnes migrantes ;
 - IV. De placer l'emphasis sur l'éducation, le développement des connaissances et de la créativité plutôt que de peindre l'utilisation de SPA comme une pratique irrégulière, dangereuse, voire antisociale ;
 - V. De favoriser le développement d'expertises et de créativité dans l'industrie.

6. REVENDICATIONS ET RECOMMANDATIONS

Considérant ce qui précède, la COCQ-SIDA et la TOMS exigent la mise en place des revendications suivantes par le gouvernement fédéral, le gouvernement du Québec, les municipalités et les institutions étatiques eu égard à leurs compétences respectives :

- Abrogation totale de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*
- Abrogation des infractions concomitantes au *Code criminel*
- Abrogation de la *Loi visant à réglementer les sites de consommation supervisée afin de favoriser une cohabitation harmonieuse avec la communauté*

- Amnistie et réparation pour les communautés criminalisées et aide à la réinsertion à l'emploi
- Respect du droit à l'autonomie corporelle et à l'autodétermination des personnes utilisatrices de substances psychoactives
- Adaptation des structures législatives existantes afin de permettre l'existence de divers modèles d'approvisionnement en substances psychoactives en phase avec les besoins des communautés
- Mise en place et garantie d'accès à des services de soutien pour les personnes utilisatrices de substances psychoactives qui le désirent
- Mise en place de normes de qualité et de sécurité des substances psychoactives et d'une structure visant à assurer leur respect
- Financement stable et durable de l'ensemble des services et des organismes communautaires qui interviennent en réduction des méfaits

Adoptée par l'AGA de la COCQ-SIDA le 30 mai 2026.

Références

¹ Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.C. 1996, ch. 19.
<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-38.8/>

² Loi sur les aliments et drogues, L.R.C. (1985), ch. F-27, <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/F-27/index.html>

³ Organisation des Nations Unies. (1961). Convention unique sur les stupéfiants de 1961, telle que modifiée par le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961.
<https://www.unodc.org/unodc/fr/treaties/single-convention.html>

⁴ Organisation des Nations Unies. (1971). Convention de 1971 sur les substances psychotropes,
https://www.incb.org/incb/uploads/documents/Psychotropics/conventions/convention_1971_fr.pdf

⁵ Organisation des Nations Unies. (1988). Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.
https://treaties.un.org/pages/viewdetails.aspx?src=treaty&mtdsg_no=vi-19&chapter=6&clang=frtreaties.un

⁶ Gouvernement du Canada. Mise à jour sur l'épidémiologie de la COVID-19 : Mise à jour courante, <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/mise-a-jour-courante.html> ;
Gouvernement du Canada. (2025). Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada : faits saillants (données de janvier 2016 à septembre 2025).
<https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/>

Note : Les chiffres cités proviennent de la surveillance fédérale des méfaits associés aux opioïdes (et, dans certains tableaux, aux stimulants) et ne couvrent pas la totalité des substances psychoactives.

⁷ Gouvernement du Canada. (2025). Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada : faits saillants (données de janvier 2016 à septembre 2025).
<https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/>

Note : Les chiffres cités proviennent de la surveillance fédérale des méfaits associés aux opioïdes (et, dans certains tableaux, aux stimulants) et ne couvrent pas la totalité des substances psychoactives.

⁸ Smyth, B. P. (2017). New psychoactive substances in Ireland following the Criminal Justice (Psychoactive Substances) Act-Why all the pessimism? *Addiction*, 112(9), 1686. <https://doi.org/10.1111/add.13804>

Note : Cet article analyse les effets de la législation irlandaise sur les nouvelles substances psychoactives (NPS) dans le contexte spécifique de l'Irlande. Bien que ses conclusions sur les limites des approches répressives face aux NPS soient transposables à d'autres contextes, les données et l'analyse portent exclusivement sur le système irlandais et ne sauraient être appliquées directement au contexte canadien sans précaution.

⁹ Gouvernement du Canada. (2024). Crise des surdoses au Canada et approvisionnement en drogues illégales toxiques. Santé Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/crise-surdoses-approvisionnement-drogues-illegales-toxiques.html>

Note : Santé Canada reconnaît que l'un des principaux facteurs de la crise des surdoses est l'approvisionnement illégal, imprévisible et toxique en drogues non régulées, contaminées par des opioïdes puissants comme le fentanyl et par d'autres substances.

¹⁰ Association canadienne de santé publique. (2014). Gestion des substances psychoactives illégales au Canada : une approche de santé publique fondée sur les faits. https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/ips_2014-05-15_e.pdf
Note. La CPHA soutient que les cadres prohibitionnistes actuels aggravent les méfaits associés aux SPA en favorisant les marchés clandestins, l'absence de contrôle de qualité et les risques pour la santé des personnes qui consomment. Elle plaide pour une gestion des SPA fondée sur la santé publique plutôt que sur la criminalisation.

¹¹ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN). (s.d.). Contamination des SPA illicites. <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sante-publique/psrm/portrait-regional/contaminationSPA>

Note. Ce document québécois documente la contamination croissante des substances psychoactives illicites, notamment la présence d'opioïdes puissants dans des substances où les consommateurs ne les attendent pas (ex. stimulants, benzodiazépines). Cette contamination constitue un facteur central de la crise de toxicité des SPA non régulées.

¹² Alexander, M. (2010). *The new Jim Crow: Mass incarceration in the age of colorblindness*. The New Press.

Note. Cette étude empirique démontre que les personnes racisées sont arrêtées pour possession de drogues dans une proportion significativement plus élevée que les personnes blanches, malgré des taux d'usage similaires entre les groupes. Bien que fondée sur des données américaines, ces conclusions documentent un phénomène structurel reconnu dans de nombreux pays à système pénal prohibitionniste, dont le Canada, où des études similaires ont mis en évidence la surreprésentation des personnes autochtones et racisées dans les arrestations pour possession.

¹³ HIV Legal Network. (s. d.). *It's not so simple : Possibilités de limiter la criminalisation de la non-divulgence du VIH*. HIV Legal Network.
<https://www.hivlegalnetwork.ca/site/its-not-so-simple/?lang=fr>

¹⁴ Société royale du Canada. (2024). *Urgentes et attendues depuis trop longtemps : la réforme du droit en matière de drogues et la décriminalisation des drogues au Canada : Rapport sur les politiques canadiennes en matière de drogues et leurs impacts sociaux*. https://rsc-src.ca/sites/default/files/HR%20PB_FR.pdf

¹⁵ CEMUSC. (2019). *Justice pénale*. Coûts de l'usage de substances au Canada.
<https://cemusc.ca/couts-de-usage-de-substances/justice-penale/>

Note : En 2020, les coûts de justice pénale attribuables à l'usage de SPA atteignaient environ 10 milliards de dollars, soit 262 dollars par personne au Canada. Près de 40 % de ces coûts étaient liés à l'alcool, 24,2 % à la cocaïne et 11,3 % aux opioïdes.

¹⁶ Gouvernement du Canada. (2023). *Évaluation horizontale de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances (SCDAS)*. Santé Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/evaluation/strategie-canadienne-drogues-autres-substances.html>.

Notes : L'évaluation conclut que, pour la période 2017-2022, une proportion importante des dépenses demeure consacrée à l'application de la loi, en décalage avec les objectifs déclarés de santé publique et de réduction des méfaits.

¹⁷ Organisation des Nations Unies. (2016, 20 avril). Clôture de la session extraordinaire sur la drogue : l'Assemblée générale s'engage à combattre le problème de façon humaine et équilibrée (AG/11778).
<https://press.un.org/fr/2016/ag11778.doc.htm>

¹⁸ Réseau Juridique VIH. (2021). Réussir la décriminalisation. Une voie vers des politiques sur les drogues basées sur les droits de la personne.

<https://www.hivlegalnetwork.ca/site/decriminalization-done-right-a-rights-based-path-for-drug-policy/?lang=fr>

¹⁹ Société royale du Canada. (2024). *Urgentes et attendues depuis trop longtemps : la réforme du droit en matière de drogues et la décriminalisation des drogues au Canada* (Note de breffage). Société royale du Canada. https://rsc-src.ca/sites/default/files/HR%20PB_FR.pdf

²⁰ Talking Drugs, Libération, & International Drug Policy Consortium (IDPC). (2024). *Décriminalisation des drogues dans le monde* [Carte interactive]. <https://www.talkingdrugs.org/fr/decrim/>

Note : Cette carte interactive recense les juridictions ayant adopté une forme de décriminalisation des drogues, en particulier pour la consommation et la possession à des fins personnelles. Les experts estiment que le nombre de juridictions empruntant cette voie est susceptible de croître dans les années à venir.

²¹ Scheim, A. I., Maghsoudi, N., Marshall, Z., Churchill, S., Ziegler, C., & Werb, D. (2020). Impact evaluations of drug decriminalisation and legal regulation on drug use, health and social harms: A systematic review. *BMJ Open*, 10(9), e035148. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035148>

Note : Cette revue systématique analyse 114 études portant sur les effets des réformes de décriminalisation et de régulation légale des drogues à l'échelle mondiale. Les résultats indiquent que, dans la majorité des études, les réformes légales ne sont pas associées à une augmentation de l'usage des substances. Les auteurs soulignent toutefois que la majorité des études proviennent des États-Unis et portent principalement sur le cannabis.

²² Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023). *Déjudiciarisation, décriminalisation et légalisation de la possession de drogues*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-07/3325-dejudiciarisation-decriminalisation-legalisation-possession-drogues.pdf>

²³ Réseau canadien pour la recherche sur les hépatites et les maladies infectieuses (CRISM-Ontario). (2026). *Au cœur du projet pilote de décriminalisation de la Colombie-Britannique : le regard des personnes concernées*. CATIE. <https://blog.catie.ca/2026/01/26/au-coeur-du-projet-pilote-de-decriminalisation-de-la-colombie-britannique-le-regard-des-personnes>

Note : Le projet pilote de décriminalisation de la Colombie-Britannique (janvier 2023 - janvier 2026) a rapidement montré ses limites : seuils de possession très bas (2,5 g), restrictions croissantes sur les lieux de possession, absence d'adaptation

concomitante du système de santé et recriminalisation partielle des espaces publics annoncée dès avril 2024. Des chercheurs et des personnes directement concernées ont documenté le manque d'implication des communautés touchées dans la mise en œuvre et l'ajustement du programme

²⁴ Gouvernement de la Colombie-Britannique. (2023). Décriminalisation de l'usage de drogues en C.-B.

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/overdose/decriminalization/fr>

²⁵ *Loi sur le cannabis*, L.C. 2018, ch. 16. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-24.5/>

²⁶ BC Centre for Disease Control (BCCDC). (2026). *Decriminalization in B.C.* Province of British Columbia. <https://www.bccdc.ca/health-info/prevention-public-health/decriminalization-in-bc>

Note : Cette page du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (BCCDC) documente le projet pilote de décriminalisation de la C.-B. (janvier 2023 - janvier 2026), qui s'est terminé sans renouvellement le 31 janvier 2026. Elle présente les données d'évaluation disponibles, notamment : une réduction marquée des infractions pour possession pendant la décriminalisation originale, suivie d'une hausse importante après la révision de l'exemption en mai 2024 (atteignant 79% du niveau pré-décriminalisation). Les évaluations disponibles n'ont pas montré de changement statistiquement significatif dans le taux de décès par toxicité de drogues non réglementées lors des 11 premiers mois du projet. Le BCCDC note également l'absence de preuves systématiques sur l'évolution de la consommation dans les espaces publics, ainsi que les limites d'une réforme mise en œuvre sans adaptation concomitante du système de santé ni implication soutenue des communautés concernées.

²⁷ Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ). (2024). *Politiques publiques sur les drogues : portrait et perspectives* (mise à jour, 9 février 2024; document original du 13 mars 2023). AIDQ. <https://www.aidq.org/fr/nos-publications-details/mise-a-jour-rapport-2024-sur-les-politiques-publiques-en-matiere-de-drogues>

Note : Ce rapport de l'AIDQ, réalisé avec le soutien du MSSS, présente un portrait des politiques publiques sur les drogues aux plans international, canadien et québécois. La section 3 soutient que concevoir les alternatives à la criminalisation comme des politiques favorables à la santé - fondées sur la santé publique et le respect des droits humains - est la perspective la plus appropriée pour encadrer l'usage des SPA, en distinguant l'usage lui-même du trouble de l'usage, et en réorientant les ressources vers des services de santé et sociaux.

²⁸ Gouvernement du Canada. (2017). Santé Canada, Communiqué sur la Loi sur les bons samaritains (peur du 911) ; Centre canadien sur les dépendances et l'abus de substances / CCSA (2017), Bulletin du RCCET

²⁹ Commission mondiale sur la politique des drogues (2012), La guerre aux drogues et le VIH/Sida

³⁰ Csete, J. et al. (2016) — Commission Johns Hopkins–Lancet, Public health and international drug policy, The Lancet

³¹ National Harm Reduction Coalition. (s.d.). Evolution of harm reduction.

<https://harmreduction.org/movement/evolution/>

Note : Cette source documente que les racines de la réduction des méfaits remontent aux mouvements communautaires des années 1960 et 1970 aux États-Unis, notamment les programmes de survie du Black Panther Party, les programmes de santé communautaire des Young Lords et le mouvement de santé des femmes issu du féminisme des années 1970 - contexte dans lequel s'est développée la pair-aidance et les regroupements “par et pour”.

³² Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (s.d.). *L'approche de réduction des méfaits*. <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/l-approche-de-reduction-des-mefaits>

Note : L'INSPQ situe l'émergence de la réduction des méfaits dans les années 1980, en Europe (Pays-Bas, Grande-Bretagne, Suisse, Allemagne), notamment en réponse à la crise du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues. Il documente le développement progressif de pratiques telles que l'échange de seringues, le travail de proximité par et pour les usagers, et les services à bas seuil.

³³ Parent, A.-A., & Bertrand-Deschênes, A. (2025). Sur la route des surdoses : un portrait canadien. *Canadian Journal of Public Health*, 116(3), 376–386. <https://doi.org/10.17269/s41997-025-01001-z>

³⁴ Parent, A.-A., & Bertrand-Deschênes, A. (2025). Sur la route des surdoses : un portrait canadien. *Canadian Journal of Public Health*, 116(3), 376–386. <https://doi.org/10.17269/s41997-025-01001-z>

³⁵ Parent, A.-A., & Bertrand-Deschênes, A. (2025). Sur la route des surdoses : un portrait canadien. *Canadian Journal of Public Health*, 116(3), 376–386. <https://doi.org/10.17269/s41997-025-01001-z>

³⁶ Parent, A.-A., & Bertrand-Deschênes, A. (2025). Sur la route des surdoses : un portrait canadien. *Canadian Journal of Public Health*, 116(3), 376–386. <https://doi.org/10.17269/s41997-025-01001-z>

³⁷ *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.), 1982, c 11. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-15.html>

Note : Les dispositions principalement mobilisées dans ce contexte sont l'**article 7** (droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne), l'**article 12** (protection contre les traitements ou peines cruels et inusités) et l'**article 15** (droit à l'égalité, sans discrimination). La Cour suprême du Canada a reconnu, notamment dans l'affaire *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society* 3 RCS 134, que la criminalisation et les obstacles à l'accès aux services de réduction des méfaits pouvaient constituer une violation de l'article 7 de la Charte.

³⁸ On peut ici se référer à la Charte des droits et libertés de la personne notamment à l'article 1, qui garantit le droit à la vie, à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de la personne, et à l'article 4, qui protège la dignité, l'honneur et la réputation, et l'article 10, qui assure l'exercice égal des droits sans discrimination, notamment en raison de la condition sociale.

³⁹ « Pour une participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) », ONUSIDA, 30 mars 2007. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1299-policybrief-gipa_fr_0.pdf

⁴⁰ TRPOCB (2025, novembre), La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles rejette fermement le projet de loi n°1 et demande son retrait complet et immédiat. <https://trpocb.org/wp-content/uploads/2025/11/2025-11-21-MemoirePL1-TRPOCB.pdf> ; TRPOCB (2025, 13 mars), Budget 2025 : Le gouvernement doit répondre aux besoins des OCASSS et non seulement soutenir les entreprises. <https://trpocb.org/wp-content/uploads/2025/03/2025-03-12-communique-prebudget.pdf>

⁴¹ Association canadienne de psychologie (ACP). (2023). *La décriminalisation des substances illégales au Canada*. <https://cpa.ca/docs/File/Position/Decriminalization%20Position%20Paper%20FR%202023-Final.pdf>

Note : Ce document de l'ACP confirme que le gouvernement fédéral a privilégié un mécanisme d'exemptions ciblées en vertu de l'article 56(1) de la LRCDS plutôt qu'une décriminalisation formelle, et que le Québec, à l'instar de plusieurs provinces (Maritimes, Alberta, Saskatchewan, Manitoba), n'avait pas exprimé l'intention de

demander une telle exemption. Cette approche par exemptions temporaires, surnommée « nénuphar » dans la littérature militante, est documentée comme fragmentaire et insuffisante pour réorienter les politiques vers la santé publique.

⁴² Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024). *Déjudiciarisation, décriminalisation et légalisation de la possession de drogues*.
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-03/3325-dejudiciarisation-decriminalisation-legalisation-possession-drogues-synt.pdf>

Note : Ce document de l'INSPQ analyse les approches alternatives à la criminalisation et documente les limites de l'approche par déjudiciarisation adoptée par le Québec, notamment son application à géométrie variable et l'absence d'effet sur les surdoses liées à la toxicité des drogues. Il confirme que le Québec a choisi une voie de déjudiciarisation plutôt que de demander une exemption formelle en vertu de la LRCDAS

⁴³ Institut universitaire sur les dépendances (IUD). (2021, 25 juin). *Les directeurs régionaux de santé publique du Québec appuient un modèle de décriminalisation de la possession simple de drogues* [Communiqué].
https://iud.quebec/sites/iud/files/media/document/COMM_DÉCRIMINALISATION.pdf

⁴⁴ Milot, D.-M. (2022, 10 novembre). Alternatives à la prohibition comme politiques favorables à la santé [Présentation]. Institut universitaire sur les dépendances, UQAM.
<https://iud.quebec/sites/iud/files/media/document/Alternatives%20%C3%A0%20la%20prohibition%20comme%20politiques%20favorables%20%C3%A0%20la%20sant%C3%A9.pdf>

⁴⁵ Nosyk, B., et Wood, E. (2012). Evidence-based drug policy: It starts with good evidence and ends with policy reform. *International Journal of Drug Policy*, 23(6), 423–425. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.10.005>

⁴⁶ Santé Canada. (2023). *Connaissances et attitudes des Canadiens à l'égard de la décriminalisation des drogues : résultats d'une recherche sur l'opinion publique* (Rapport H22-4/35-2023F-PDF). Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/connaissances-attitudes-canadiens-decriminalisation-drogues.html>

⁴⁷ Association pour la santé publique du Québec, & Léger. (2023). *Perception de la consommation de drogues et d'alcool : sondage auprès des Québécois et des Québécoises* (Rapport 15667-060). ASPQ.
<https://aspq.org/app/uploads/2023/11/15667-060-rapport-aspq-alcool-et-drogues-version-complete.pdf>

⁴⁸ Association pour la santé publique du Québec. (2024). *Épidémie d'opioïdes et crise des drogues toxiques au Canada : mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes* (HESA).

<https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HESA/Brief/BR12993696/br-external/AssociationPourLaSantePubliqueDuQuebec-f.pdf>

⁴⁹ Gouvernement du Canada. (2024). *Crise des surdoses au Canada et approvisionnement en drogues illégales toxiques*. Santé Canada.

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/crise-surdoses-approvisionnement-drogues-illegales-toxiques.html>

Note : Santé Canada y souligne que l'un des principaux facteurs de la crise est un « approvisionnement illégal et imprévisible en drogues illégales toxiques » contaminé par des opioïdes puissants comme le fentanyl, ainsi que par des benzodiazépines, la xylazine et d'autres substances, de sorte que « les personnes consommant des drogues illégales ne peuvent pas être certaines de la composition d'une drogue sans recourir à des services adéquats de vérification ».

⁵⁰ Santé Canada. (2023). *La stratégie canadienne sur les drogues et autres substances : une approche moderne* (H14-409/2023F-PDF). Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-canadienne-drogues-autres-substances-approche-moderne.html>

⁵¹ Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2020). *Adultérants, contaminants et substances cooccurrentes dans les drogues obtenues illégalement au Canada* (Bulletin du RCCET). CCSA. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-CCENDU-Adulterants-Contaminants-Co-occurring-Substances-in-Drugs-Canada-2020-Report-fr.pdf>

⁵² Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA). (2024). *Supervised consumption sites* (Evidence brief). Canadian Centre on Substance Use and Addiction. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2024-10/SCS-Evidence-Brief-en.pdf>

Note : Ce bref de données indique que le personnel des SCS au Canada a renversé plus de 58 444 surdoses entre janvier 2017 et mai 2024, et qu'aucun décès par surdose n'a été confirmé à l'intérieur des SCS canadiens, en s'appuyant sur Health Infobase Canada et la littérature internationale.

⁵³ Centre on Drug Policy Evaluation (CDPE). (2024, novembre). *Supervised consumption services in Ontario* (Briefing document). Centre on Drug Policy Evaluation.

Note : En Ontario seulement : renversées 21 979 surdoses et effectué 533 624 références vers des services sociaux et de traitement.

⁵⁴ Ng, J., Sutherland, C., & Kolber, M. R. (2017). Does evidence support supervised injection sites? *Canadian Family Physician*, 63(11), 866–872.

Note : Ng et al. résument les études de cohorte et de modélisation sur Insite et d'autres SIS : ils rapportent une réduction de 88 décès par 100 000 personnes-années dans le secteur autour d'**Insite** et une diminution de 67%

⁵⁵ Assemblée nationale du Québec. (2025). Projet de loi n° 103 — Loi visant principalement à réglementer les sites de consommation supervisée afin de favoriser une cohabitation harmonieuse avec la communauté. 43e législature, 1re session. Présenté par M. Lionel Carmant, ministre responsable des Services sociaux. Éditeur officiel du Québec. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-103-43-1.html>

⁵⁶ Société royale du Canada. (2024). *Urgentes et attendues depuis trop longtemps : la réforme du droit en matière de drogues et la décriminalisation des drogues au Canada* (Note de breffage). Société royale du Canada. https://rsc-src.ca/sites/default/files/HR%20PB_FR.pdf

⁵⁷ Société royale du Canada. (2024). *Urgentes et attendues depuis trop longtemps : la réforme du droit en matière de drogues et la décriminalisation des drogues au Canada* (Note de breffage). Société royale du Canada. https://rsc-src.ca/sites/default/files/HR%20PB_FR.pdf

⁵⁸ Canadian Civil Liberties Association (CCLA). (2021). Anti-Black racism in Canada's criminal justice system: A fact sheet. Canadian Civil Liberties Association. <https://ccla.org/wp-content/uploads/2021/12/Anti-Black-Racism-Fact-Sheet-2021.pdf>