

**Déraciner la violence médicale : comment construire une praxis anti-oppressive  
dans les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire  
Jeudi, le 7 octobre de 12 h à 13 h 30**

**TRADUCTION SIMULTANÉE DE LA PRÉSENTATION**

**Rebecca** : On va commencer dans une minute.

On va commencer. Je m'appelle Rebecca Penn, je suis la gérante de projet pour le groupe de recherche pour l'approvisionnement plus sécuritaire.

On va commencer avec des aspects techniques. Ensuite je vais reconnaître l'histoire coloniale et le présent, et introduire la communauté de pratique et la présentation.

L'événement est enregistré et sera partagé sur le site web. En cas de difficultés techniques, veuillez vous déconnecter et vous reconnecter.

L'interprétation en français est offerte.

On a 137 personnes ici de partout au Canada, et moi je vous rejoins du Mexique. On habite tous·tes sur des terres volées, en tant que colonisateur·trices, de partout dans le monde. Et on est ici à partir de différents endroits sur l'île de la tortue. On travaille dans un secteur qui cherche à aborder des violences sociales et ces violences sont liées au colonialisme et à ses institutions ainsi qu'à d'autres systèmes d'oppression.

Le colonialisme est avec nous aujourd'hui. Notre travail consiste à reconfigurer ces systèmes qui causent des méfaits. On travaille à créer des avenir plus justes et à réparer les méfaits.

Un petit plus sur le groupe de recherche : on a commencé il y a un an en Ontario et cette année on a reçu des fonds de Santé Canada, le but, c'est de développer les programmes d'approvisionnement sécurité et notre approche est médicale. On travaille avec un modèle où l'approvisionnement est prescrit, et offert avec une approche de

santé publique et de réduction des méfaits. On souhaite la décriminalisation. On va lancer une ligne de consultation pour les prescripteur·rices, et des groupes de recherche et réseaux de soutien pour les consommateur·rices de drogues et les parties prenantes.

Aujourd'hui, c'est le lancement de notre communauté de pratique. On est là pour vous présenter notre équipe. Et aujourd'hui, pourquoi avoir choisi une présentation qui n'est pas exactement sur l'approvisionnement sécuritaire, mais sur la violence médicale? On voulait commencer en présentant nos valeurs et notre approche pour situer de manière intentionnelle. On voulait souligner nos principes directeurs et nos valeurs, et quel genre d'approche on soutient et on promouvait. Notre approche est basée dans la réduction des méfaits, la dignité, l'inclusion et l'espoir.

Ça démontre aussi le potentiel de l'approvisionnement sécuritaire, qui est une idée qui provient de consommateur·rices de drogues. Les consommateur·rices font face à de la stigmatisation et à de la violence et à des barrières dans notre système de santé.

La présentation de Nanky nous invite à aborder ce défi de reconfigurer le domaine de la santé et à revoir comment on traite les consommateur·rices de drogues, pour établir des relations de collaboration.

On a besoin de plus d'options pour les soins et des modèles non médicaux pour l'approvisionnement sécuritaire. Je vais passer le micro à Nanky. Merci beaucoup d'être avec nous.

**Nanky** : Merci de l'invitation et merci pour cette introduction. Je présume qu'on a des gens de partout au Canada, et je présume que les gens ici travaillent déjà dans l'approvisionnement sécuritaire.

Arrivez-vous à voir? Parfait. Je voulais commencer en me présentant. Merci à Rebecca pour la présentation. Je suis médecin de famille et je travaille au SOS, vous pouvez me rejoindre sur Twitter ou par email. J'espère qu'on puisse parler de l'importance de l'approvisionnement sécuritaire dans le contexte présent, et aussi amener des critiques et des alternatives meilleures. Et les obstacles qui existent dans le modèle médical actuel. Je voulais commencer en me situant moi-même. C'est important pour moi de parler de ma relation à la terre : je suis une personne immigrante et ma famille vient du territoire qui est sous occupation militaire de l'Inde. Donc les conversations d'extraction de ressource et de colonisation font partie de ma vie depuis longtemps. Et ici les questions sont différentes, mais quand même très importantes. Beaucoup de personnes disent que la terre connaît son histoire, mais je veux reconnaître la présence continue des personnes autochtones, mais aussi de reconnaître que je ne peux pas lutter pour la libération des personnes du Kasimir sans être en solidarité avec les peuples autochtones ici. Je vous invite à faire vos recherches pour vous familiariser avec l'histoire de la terre et votre relation à celle-ci dans le présent.

J'espère que tout le monde a accès à la barre sur zoom, où vous pouvez annoter.

L'objectif, si vous cliquez sur « annoter », vous pouvez cliquer sur « dessiner » ou « text ».

**Robyn** : L'option n'est pas disponible pendant les webinaires.

**Nanky** : alors je vous invite à y réfléchir simplement à où vous vous situez sur le spectrum.

Ici, le premier énoncé, c'est que les programmes d'approvisionnement sécuritaires sont une exception aux pratiques de soins de santé opprimantes.

Beaucoup de personnes ne sont pas d'accord, surtout à moins que les consommateur·rices assurent la gestion de l'espace, et si le programme se passe dans le système médical alors c'est problématique.

Prochain énoncé : les programmes d'approvisionnement sécuritaires ne répliquent ou n'amplifient pas le pouvoir et les privilèges qui existent dans la société.

Le prochain est plus interne ou interpersonnel : Je sais quand j'ai marginalisé, exclu ou déshumanisé quelqu'un par mes actions.

Souvent, c'est quelque chose que je réalise à la fin de la journée où on réalise qu'on a fait quelque chose qu'il ne fallait pas faire ou des fois on s'en rend compte sur le moment.

Le prochain : J'ai une bonne compréhension de la violence structurelle et comment celle-ci et l'oppression existent dans le système de santé.

Certaines personnes parlent en tant que patient·es et non en tant que prestataires. Je dirais que l'expérience des patient·es est probablement plus profonde.

Je voulais parler de cet arbre. Toutes les personnes formées en pratiques cliniques connaissent ces étiquettes, qui représentent les déterminants sociaux de la santé (DSS) et c'est souvent la rhétorique qu'on entend : l'identité ethno-raciale, le genre sont liés à des conséquences sur la santé.

Vous pouvez voir que quand on parle des DSS, on parle d'hébergement, on parle de genre, mais pas d'hétéropatriarcat, on parle de race, sans parler de racisme, même chose avec les handicaps, etc. Quand on parle des DSS' c'est avec l'idée que les prestataires doivent apprendre sur les communautés à risque.

Et c'est fait de façon prédominante sans parler de pouvoir ou d'histoire. On ne parle pas d'histoire et d'évolution, et de comment les processus coloniaux sont liés à tout ça, au capitalisme et l'impact sur l'hébergement. L'approche est souvent a-historique, et apolitique, et sans parler de pouvoir. Sur les individus qui sont en risque, sans parler des facteurs qui créent le risque pour cet individu.

Il existe des plus grandes racines dont on ne parle pas assez. Durant mon projet de résidence, je voulais travailler sur la dissonance cognitive que je vivais dans un contexte clinique, et je voulais voir s'il existait de la littérature qui parlait de ces racines. Donc l'histoire du Canada est enraciné dans l'esclavagisme, le capitalisme et le colonialisme, qui sont tous liés. À partir de ces racines on a construit des structures, et beaucoup de littérature fait des liens entre ces racines et les DSS. Et la raison pourquoi on ne parle pas des racines c'est parce que ça permet au système de continuer à fonctionner de la même façon. Et ça peut continuer à exister en ignorant les racines.

Avant de continuer, quand on parle d'oppression, je veux m'assurer qu'on soit sur la même longueur d'onde. Vous pouvez taper dans le clavardage votre propre définition.

Contrôler un certain groupe par un autre groupe. Domination Structurelle, systémique de certains groupes, exclusion basés sur certaines identités.

L'approche, nous et les autres, qui crée des divisions.

C'est lorsqu'un groupe domine réduit au silence ou exploite un autre groupe. C'est de gagner quelque chose en retirant du pouvoir aux autres. C'est souvent injuste et ça peut se produire à travers plusieurs moyens différents. Ça peut être psychologique, ça peut être des menaces sociales, culturel, économique, etc. L'oppression se passe souvent à cause d'une idéologie explicite de supériorité. Les gens participent souvent à des gestes de domination à cause d'idéologie où iels croient qu'iels en savent plus que les autres. Par exemple en ayant accès à de l'éducation, on a quelque chose de mieux que les autres et ça ouvre la porte à la mentalité de sauveur·ses. Ça se passe au niveau individuel et systémique.

D'un point de vue systémique, ce que ces racines font, ça permet de récolter du pouvoir et des ressources, et des hiérarchies sont créées en utilisant une stratégie de division, et les personnes qui ont du pouvoir peuvent accéder à plus de ressources en poursuivant la marginalisation des autres. On parle de transphobie, de racisme, de patriarcat, de capacitisme, etc.

Je voulais aussi souligner comment les personnes qui consomment sont traitées par le système de santé. La présomption, c'est que c'est dommageable pour la personne et la société, et il y a un degré de remplaçabilité (disposability). Si on ne peut pas extraire quelque chose de toi, alors on essaye de t'effacer et d'assurer qu'on puisse faire de l'argent avec toi. Comme si on pense au système carcéral, par exemple.

L'autre point, c'est qu'on continue à utiliser les politiques anti-drogues pour faire perdurer ce cycle. La consommation qui est considérée comme problématique par la société, on punit les gens qui consomment, et on a l'impression qu'une punition assez

sévère permettra aux gens de changer. Donc ça permet au système de continuer à se perpétuer.

On parle souvent des racines de l'arbre, qui existent dans le système de justice, dans l'éducation, mais souvent on a l'impression que le système de santé est à l'abri parce ce sont des gens qui veulent faire du bien. Mais l'histoire du système de santé est fermement ancré dans ces systèmes. Avertissement de contenu : pour les personnes concernées et dans la communauté, vous pouvez prendre une petite pause pour les exemples qui suivent, mais si vous n'êtes pas dans les communautés et vous êtes inconfortable, je vous invite à essayer de rester parce qu'il y a quelque chose de fertile dans l'inconfort.

L'inconfort et la sécurité sont des choses différentes.

Reconnaissez-vous cette personne?

Tommy Douglas, oui! Dépendamment de l'âge de mon public, ce n'est pas tout le monde qui le reconnaît. Son travail autour de l'idéologie eugénique : en 1933, son travail de maîtrise était intitulé problèmes de la famille anormale. Il a proposé des solutions eugéniques à des problèmes soi-disant « sociaux » comme le travail du sexe, l'homosexualité, etc. La même année qu'il a publié son mémoire, le Colombie-Britannique a publié sa Loi sur la stérilisation sexuelle. Cette loi implique un·e psychiatre, un juge qui a constitué le conseil d'administration .... Et ces pratiques ont continué jusque dans les années 60. Et viser les personnes autochtones, ça continue jusqu'au 21<sup>e</sup> siècle. Il y a eu au-dessus de 580 stérilisations de femmes autochtones selon une étude en 1970, en Ontario. Avez-vous entendu parler du terme

« Draptomanie » ? Le terme est un diagnostic dans le système médical en Amérique du Nord, et Samuel Cartright, un chirurgien a publié cela dans un article en 1851, et il avait des personnes en situation d'esclavagisme sur sa terre, et il parlait que les personnes en situation d'esclavagisme qui essaient de s'enfuir avait une condition médicale appelée la Draptomanie, et qu'avec des interventions médicales, c'était quelque chose qui pouvait être prévenu. Il a suggéré le retrait de la grosse orteil comme mesure préventive. On sait que le racisme anti-noir continue et demeure présent aujourd'hui. Dans les années 1960, des psychiatres ont développé un nouveau diagnostic : la psychose de manifestation (« the protest psychosis »), quelqu'un qui est affecté par des idées sociales et qui n'est pas d'accord avec les idées blanches. Le diagnostic a été remplacé par une augmentation des diagnostics de schizophrénie chez les jeunes personnes noires.

Le livre s'appelle « the protest psychosis » comment la schizophrénie est devenue une maladie noire. On se tourne souvent vers Harriet Haslinger et le gouvernement Nixon pour la guerre anti-drogue, mais la juge canadienne, Emily Murphy, publié en 1922... Avant ça, en 1908, quand la loi contre les opioïdes a été mise en place, un peu plus tard Emily Murphy publie ce livre et avance que les personnes racisées ont créé un complot pour corrompre la pureté de la race blanche avec les drogues. Elle avançait que les personnes racisées devraient être déportées pour permettre aux personnes blanches de continuer le projet de colonialisme.

En 1923, l'héroïne et la codéine ont été ajoutées. J'arrête avec des exemples américains, il y a aussi plein d'exemples propres au Canada.



On parle au de pathologisation de gens, et je vous encourage à lire ce livre, où Gary Geddes parle de, à mesure de l'expansion du territoire canadien, « l'agent indien » était souvent [...]

Ces personnes ont encore le pouvoir d'incarcérer des personnes qui sont considérées comme de menaces à la nation. Le système de la santé, qui avait le pouvoir de détenir toute personne autochtone qui était considérée comme un menace, pouvait le faire sans preuve. Le système de santé a renforcé la doctrine terra nullius.

Pour que la terre puisse être « disponible et libre » (terra nullius), les personnes autochtones devaient être incarcérées.

En bas ici, c'est un instrument médical qu'on utilise encore, c'est le Sims' Spéculum.

Sims a développé le spéculum en faisant des opérations sur des femmes noires sans anesthésie à cause de présomption que les femmes noires ressentait moins de douleur. Il utilisait des femmes noires pour se pratiquer et ensuite pouvoir utiliser les techniques sur des femmes blanches avec anesthésie. Il existe encore des statues de cet homme partout dans le monde.

La justification était que, comme les personnes noires avaient plus de chances de consommer des opioïdes, les anti-douleurs leur était proscrits, mais il y a d'autres facteurs aussi, qui présupposent par exemple que les personnes noires ont des terminaisons nerveuses moins sensibles ou la peau plus épaisse.

Évidemment aussi les déshumanisation continue jusqu'au présent. Stéphanie Warriner attendait à l'extérieur de l'hôpital, et a été restreinte par un garde de sécurité, les caméra ont été déplacée et elle a été tuée. Elle était sans abris et consommait des

drogues, et c'est important de reconnaître les raisons pourquoi les gardes sentaient qu'ils pouvaient déshumaniser et tuer cette femme.

Pourquoi je partage tout ça? C, est parce que dans le rapport que j'ai écrit, qui couvre tout ça en détail, quand je parle de violence médicale, ça continue à être présent de façon implicite et explicite, comme, par exemple à travers les expérimentations médicales et le déni de la violence structurelle. Je vous encourage à consulter cette ressource, je vous encourage à écouter Crackdown, où il est question de la violence médicale sur les personnes qui consomment des drogues criminalisées.

La raison pourquoi je partage tout ça, c'est que ce n'est pas seulement les croyances personnelles, mais aussi le soutien structurel d'agir de façon oppressive sans conséquences.

Voici mes idées sur ce à quoi je continue de penser en ce qui a trait à quoi faire maintenant. Cette citation d'Octavia Butler a toujours été bonne : tout ce que tu touches change, et tout ce que tu changes te change. Quand on essaie de résister à la violence médicale, il faut le faire simultanément à 4 niveaux. On ne peut pas seulement agir de façon individuelle sans faire du travail à l'échelle sociétale et vice versa. L'importance d'accueillir l'inconfort et de dissoudre la culpabilité.

Notre réaction est souvent d'être sur la défensive pour gérer notre culpabilité, mais il faut comprendre comment nos pratiques et ce qu'on connaît peuvent marginaliser et faire violence à d'autres personnes. Quand on parle d'auto-réflexivité, c'est l'idée de penser à nos privilèges et de réfléchir, mais on ne peut pas faire ce travail en silo, sans parler à d'autres personnes et rester ouvert·es et penser aux structures qui gouvernent

nos communautés. Il faut aussi penser au langage qu'on utilise. La culpabilité n'est pas un obstacle à la responsabilité. La responsabilité, une réponse et une capacité. Le langage est important. Il faut penser à quelles histoires qu'on considère, qui manque, qui est surveillé, quelles histoires survivent. La culpabilité peut aussi survenir en termes de manque de temps. Mais accueillir l'inconfort, c'est aussi réfléchir à cette réaction qui nous dit qu'on manque de temps, et trouver comment on peut devenir des acteur·rices de changement et de prestataires de soins.

Pas toute l'aide est aidante, beaucoup d'aide est nocive. Plutôt que de parler de patient·es difficile à rejoindre, on peut parler de services ou de médecins difficiles à atteindre.

Au niveau clinique interpersonnel, ce qui m'aide, c'est de comprendre que mon rôle est de pratiquer le soin comme geste de solidarité et non de charité. De me présenter comme quelqu'un qui est engagée à remettre en question les systèmes en place. Cette citation ici est vraiment l'essentiel de l'approvisionnement sécuritaire. Je soutiens des gens pour qu'ils restent en vie et puissent continuer à s'organiser.

Je voulais parler du niveau institutionnel : pourquoi je trouve que notre histoire n'a pas à être notre héritage : c'est notre héritage, mais on n'a pas à continuer dans la même direction. Il faut s'organiser et se solidariser dans nos espaces de travail et à l'extérieur de ces espaces. Ici, il y a des items qui suscitent des gestes : soit on retient des idées de suprématie, ou on devient critique, ou plus loin, on devient des traîtres à la suprématie. Et on travaille à devenir des abolitionnistes. Travailler à démanteler les façons dont nos pratiques et institutions sont construites. Souvent les gens disent qu'ils aiment être médecin, et nous n'auront jamais plus besoin de prestataires de

soin, mais j'aimerais aider des gens à faire des soins préventifs, plutôt que de continuer à le soutenir pour des enjeux qui sont enracinés dans des enjeux de justice qu'on doit démanteler en tant que communauté.

Au niveau social, on ne peut pas seulement faire ce travail personnellement ou dans l'espace clinique, il faut aller plus loin : soutenir la libération des peuples autochtones, par exemple. En tant que clinicienne, pour moi, c'est de m'assurer de centrer les marges. Par exemple, on a une nouvelle technologie, qui est suivie de 10 ans de recherches sur pourquoi les personnes marginalisées n'y ont pas accès. Si on retourne cela, avec un cadre apporté par des féministes noires, si nos solutions proviennent des personnes dans les marges, alors les solutions qui émergeront serviront aussi les personnes qui est en proximité au pouvoir.

Par exemple, on ne peut prescrire certains produits parce qu'il s'agit de la réaction du système de santé, d'une solution qui ne vient pas des marges.

Je veux que vous ressortiez de la présentation en sachant que la violence médicale continue, sans résistance, et que les personnes racisées et marginalisées sont souvent au front de la résistance à cette violence et en sont sévèrement punies. Par exemple, voici une photo des Black Panthers, qui ont offert des consultations médicales à plus de 10 000 personnes. Il y a beaucoup de critiques à Nixon pour Sickle Cell Disease...

Ici voici une photo des Young Lords, une organisation de terrain porto ricaine, formée principalement de personnes entre 13 et 18 ans. Ici, il y avait une action dans un hôpital où les patient·es sortaient empoisonné à cause de l'état de l'établissement, et ici on peut voir les demandes des Young Lords. Ça inclue des demandes comme le salaire minimum, des garderies, des protocoles d'acupuncture pour les personnes en sevrage.

Ici un exemple de ACT UP, qui a poussé pour l'accès à des soins pour le VIH-SIDA, et pour donner accès à la médication, pour que la AZT ne soit pas la seule option. Il y a aussi le cadre de compassion où les médicaments étaient partagés.

Voici un exemple de Moss Park à Toronto, où des tentes dans un parc où il y a beaucoup de surdoses. Ça a été fait parce que le financement pour les SCS et SPS avait des délais. Il s'agit d'exemple où les personnes se sont organisés pour offrir des services ET pour faire pression sur l'état.

Les personnes qui consomment qui trouvent des solutions pour remédier à la guerre anti-drogues. Plus récemment, l'action de DULF à Vancouver, qui demande une approvisionnement sécuritaire qui n'est pas dans le modèle médical. Et pour que le gouvernement finance des façons de donner accès à un approvisionnement sécuritaire pour toutes sortes de drogues.

Souvent les gens demandent quoi faire au niveau sociétal, les personnes concernées trouvent toujours de solution : alors la question pour vous, c'est : quelles sont vos compétences? Et comment pouvez-vous y faire appel pour soutenir le travail de terrain.

Je pense souvent au technicien qui a aidé les Young Lords à faire fonctionner la machine. Comment être cette personne mais, avec nos propres compétences.

Finalement, c'est la réflexion critique : on doit être capable d'aborder des réflexion critiques, de faire des erreurs, d'ajuster nos stratégies, d'essayer toutes sortes d'approches. C'est ce qui est nécessaire pour amener du changement social.

Des questions?

Je vais partager le lien Prezi.

**Rebecca** : je vais faire un sondage rapide. Pendant que je fais ça, les gens vous pouvez voir les points de discussion que vous aimeriez aborder. Je pense que c'est une présentation qui amène à réfléchir et on peut en parler plus profondément dans le futur. C'est des conversations qui vont continuer.

**Nanky** : Ça me fait plaisir de répondre aux questions. On est constamment en contradiction, celles·ceux qui travaille dans les programmes d'approvisionnement sécuritaire. Quand les gouvernements financent des programmes comme celui-ci, ça leur permet de ne pas travailler sur la décriminalisation. C, est pourquoi pour nous c'est important de travailler en solidarité avec les consommateur·rices de drogues pour militer pour la décriminalisation, le définancement de la police et l'abolition des prisons comme des bases essentielles.

**Rebecca** : peux-tu parler de comment pousser cette compréhension critique pour les structures qui poussent à retirer ces services des communautés (?)

**Nanky** : pour les personnes qui travaillent dans ces institutions comme les hôpitaux, les client·es sont aussi vulnérables et leur humanité ne fait pas partie de la conversation, c'est très transactionnel. Avoir des conversation avec vos collègues pour créer ces espaces de conversations critiques, c'est là que ça commence. Il faut commencer avec des petits groupes, trouver ces gens afin de trouver des façons stratégiques pour pousser le leadership à faire le minimum, et aussi de comprendre que les changements

à partir du sommet ne sont pas viables si les prestataires ne sont pas alignées sur les valeurs du changement. Il faut que ça provienne du haut et du bas : il faut se solidariser avec ses collègues, tout en poussant pour des changements au sommet. Et aussi se solidariser avec les personnes à l'extérieur de votre organisation : donner les ressources nécessaires aux personnes qui travaillent sur la résistance externe. C'est une compétence importante : comment soutenir la partage d'information vers les communautés.

« Depuis 2008 j'ai participé à beaucoup d'ateliers, les gens sont en accord en théorie, mais ne changent pas leur pratique » Quand on parle de responsabilisation les gens pense à de la punition, mais il faut séparer ces deux concepts. On ne peut pas faire ce travail sans développer des processus de responsabilisation forts. On pourrait avoir cette conversation et ensuite je me retourne et je traite un·e patient·e comme de la merde sans conséquences. C'est bien d'avoir des comités d'aviseurs, des façons de faire pour que des structures de responsabilisation puissent être développées.

**Robyn** : Comment créer une culture dans notre lieu de travail où les personnes qui remettent en question et qui résistent à l'institution sont accueilli·es et entendu·es

**Nanky** : J'ai de la chance, personnellement, dans l'institution que je travaille. Je risque beaucoup de choses, mais les personnes qui m'ont embauchée savait dans quoi iels s'embarquaient. Si tu n'as pas cette flexibilité, il faut être très stratégique : comment on

travaille avec les collègues, où se rencontrer, etc. Dépendamment de l'ouverture du leadership, il faut ajuster nos tactiques.

C'est intéressant de voir comment des collègues régulatrices réagissent, et comment ils ont anticipé l'approvisionnement sécuritaire. Ça aide pour les prescripteur·rices de savoir que le collège est de notre côté, mais il y a aussi l'aspect de se défaire de responsabilités qui se passent aussi au niveau gouvernemental. Les instances gouvernementales sont souvent les dernières à changer. Je pense qu'il faut trouver des gens avec qui on partage des valeurs à l'extérieur des institutions plutôt que de perdre notre temps à essayer de faire changer des institutions trop fermes. Il doit y avoir toutes sortes de pression et de changements de politiques, c'est pourquoi il faut y avoir toutes sortes de pressions.

Je partage souvent le spectre des allié·es qui est utile pour voir qui travaille dans la direction opposée de nous et qui travaille dans la même direction.

D'autres questions?

C'est aussi ma théorisation et celle qui m'aide, mais il existe aussi toutes sortes d'autres approches et de théories qui existent. J'espère que quelques-unes de ces ressources sont utiles.



**Rebecca** : merci profondément. C'est vraiment une bonne première rencontre. Est-ce qu'il y a d'autres questions?

Je vais partager mon cran pour vous montrer ce qui s'en vient

On vous invite à visiter notre site web, et à vous inscrire comme membre pour que vous puissiez continuer à avoir toute l'information et les ressources. Vous pouvez aller vous inscrire sur notre site web. On est aussi sur Twitter, Instagram et Facebook.

On a des événements publics qui s'en viennent et des événements pour nos membres.

Événement public : Corey Ranger sur l'approvisionnement sécuritaire et les limitations du modèle médical, c'est jeudi prochain. Vous trouverez les liens pour vous inscrire sur notre site web.

Le 8 novembre, Corey Ranger et Akia Munga parlerons de la réduction des méfaits émotionnels.

Et Gillian Kolla présentera la semaine suivante.

Pour les événements pour nos membres seulement, on a un panel le 16 décembre. On va lancer une ligne de consultation pour les prescripteur·rices, si ça vous intéresse vous pouvez vous inscrire. On organise aussi des ateliers sur des rôles précis pour

l'approvisionnement sécuritaire. Et on a aussi ds consultations et du soutien par exemple sur la rédaction de demandes de financement, et de développement de politiques. Vous pouvez nous contacter sur le site web. De la part de toute l'équipe, je remercie Nanky et tout le monde d'avoir été des nôtres aujourd'hui.