

Des perspectives sur la décriminalisation
Jeudi 24 février 2022 de 12 h à 13 h 30

TRADUCTION SIMULTANÉE DE LA PRÉSENTATION

Rebecca : Bonjour tout le monde!

On va attendre que tout le monde se connecte et on va commencer.

Je vais partager mon écran.

Bienvenue à tout le monde, merci d'être avec nous. Ça me fait plaisir d'avoir cet événement aujourd'hui sur la décriminalisation. Je vais laisser les panélistes se présenter.

Je voulais nommer que l'événement sera enregistré en partagé sur notre site web.

Si vous avez des problèmes techniques, on vous invite à vous déconnecter et à revenir.

Les sous-titres sont disponibles.

On utilise le clavardage et les questions : libre à vous de l'utiliser pour partager vos questions (dans la boîte de questions) et à la fin, on va avoir une discussion.

Vous pouvez utiliser le clavardage pour vous présenter, nous dire d'où vous nous rejoignez. On partagera aussi des ressources dans le clavardage. Utilisez le Q&A autant que possible.

(texte à l'écran)

Je vous invite à faire une reconnaissance territoriale dans le clavardage.

Le NSS-CoP est une initiative de développement des compétences et de partage de connaissances axé sur le modèle médical, mais on soutient les modèles non médicaux. Toutes sortes de ressources se trouvent sur notre site web.

On travaille à bâtir une communauté et faire avancer l'approvisionnement à moindres risques au Canada.

On a des certificats de participation disponibles.

Voici notre site web et notre Instagram.

Christy : Je vais me présenter, je suis médecin de famille, je vis sur la côte ouest et je suis professeure associée au UBC.

Reconnaissance territoriale : ne reconnaissons que nous nous situons sur le territoire non cédé des peuples Salish du littoral, y compris les territoires des nations x^wməθkwə'yəm (Musqueam), Skwxwú7mesh (Squamish), Stó:lō et Səl'ílwətaʔ/Selilwitulh (Tseil-Waututh).

Je travaille au Downtown East Side depuis 12 ans, et je suis reconnaissante, j'adore mon travail et ça a changé ma perspective dans le monde. Je prends aussi du financement de CIHR.

Les nombres sont terribles, mais ne sont pas surprenants. 2021 est l'année la plus terrible pour la crise des surdoses.

-22 828 décès apparents liés à l'approvisionnement empoisonnés en opioïdes entre janvier 2016 et mars 2021

-La lutte antidrogue coûte environ 2,3 milliards de dollars annuellement aux contribuables

-En 2017, 90 625 arrestations liées aux drogues ont eu lieu au Canada, 72% desquelles étaient pour possession personnelle

-L'approvisionnement, la distribution et le profit liés aux drogues est contrôlé par le crime organisé

On dépense beaucoup d'argent et on arrête beaucoup de personnes. Il n'y a pas de pire façon de gérer les drogues.

On a ce graphique déchirant, où on reconnaît les décès au cours des dernières années. Je pense aux personnes qui travaillent à prévenir ces décès.

J'ai commencé ma pratique en 2010 et les choses sont tellement changées depuis.

Les gens ont beaucoup de stigmatisation et pensent que c'est un problème du Downtown East Side, mais les milieux ruraux aussi ont beaucoup de décès liés aux surdoses.

-Le carfentanyl a été détecté dans 187 décès suspects liés aux drogues empoisonnés en 2021, et dans 66 décès en 2020. Ces données sont sujettes à changer au fur et à mesure de la réception d'autres résultats de toxicologie.

-En 2021, 71% des personnes décédées étaient âgées entre 30 et 59 ans, et 78% étaient des hommes.

-Les benzodiazépines ont été détectées dans près de 50% des décès par surdose suspects en janvier 2021, ce qui est plus que trois fois plus élevé que le pourcentage rapporté 6 mois plus tôt, en août 2020 (16%)

Comment en sommes-nous arrivé·es là?

Les drogues sont plus fortes et la contamination est plus répandue. Étudier ce problème nous permet de poser la question : pourquoi avons-nous géré les drogues comme ça?

Les gens pensent que les drogues sont dangereuses et donc devraient être illégales. Mais les drogues n'ont pas toujours été illégales.

Avant le colonialisme, les substances psychoactives étaient utilisées.

En 1907, il y a eu des manifestant·es racistes. Le premier ministre a rencontré des personnes blanches qui ont blâmé l'opium, ce qui mené à la Loi sur l'Opium.

Il y a aussi des traités internationaux.

Même le nom : Loi sur la sécurité des rues et des communautés qui sonne comme si ça fonctionnait.

Stratégie nationale antidrogue

- 67,7 millions de dollars dépensés pour soutenir les pénalités obligatoires minimales
- Abolition ou resserrement des critères d'examen en vue d'une libération conditionnelle
- Réduction du temps crédité pour la détention préventive
- Usage restreint de la peine d'emprisonnement avec sursis

Répartition du financement :

- Police - 70%
- Prévention - 4%
- Réduction des méfaits - 2%
- Traitement - 17%

Je vous encourage à lire ce livre. En tant que clinicienne, ça m'a frappé parce qu quand je pense aux causes des méfaits, l'héroïne ne cause pas le cancer, contrairement à l'alcool. Donc les méfaits ne sont pas alignés à la légalité.

Commission Le Dain

Recommandations :

- Réduire les sanctions criminelles infligées aux personnes qui consomment des drogues
- Annulation du crime de possession de cannabis
- Offrir des soins médicaux plutôt que de la punition criminelle aux personnes qui consomment des opioïdes

Aucune de ces recommandations n'a été suivie.

Les politiques sur les drogues touchent à plusieurs facettes de la société : la justice, l'hébergement, la planification urbaine, la santé, l'allocation des ressources, les écoles, l'emploi, etc.

Les politiques sur les drogues touchent à tout, ce qui fait que c'est complexe.

- Ce qui découle des politiques sur les drogues
- Ce qui découle de la consommation de drogue est déterminé par la race, le genre, la classe, le capital social, le statut de santé, la pureté et la force de la substance si elles sont connues, le contexte de consommation (dans une ruelle vs dans un restaurant luxueux)
- Toutes les drogues comportent des risques : celles qui sont légales et illégales.

Les risques ont à voir avec le contexte et non les molécules.

Ryan Marino, démontre que la plupart des personnes qui consomment ne sont pas incarcérées, mais les personnes qui sont criminalisées sont souvent les personnes noires et autochtones au Canada.

La prohibition de l'alcool, ça ne s'est pas bien passé : beaucoup d'argent a été fait, mais c'était un système terrible. C'est étrange que la prohibition de l'alcool a été levée et toutes les autres drogues sont encore prohibées.

La lutte antidrogue - Nixon

« La campagne électorale de Nixon en 1968 avait deux ennemis : la gauche antiguerre et les personnes noires. C'était impossible de rendre l'opposition contre la guerre ou

l'identité noire illégale, mais en faisant en sorte que le public associe les hippies au cannabis et les personnes noires à l'héroïne, et en criminalisant sévèrement les deux, on pouvait perturber ces communautés. On pouvait arrêter les leaders, déployer des perquisitions dans leurs maisons, interrompre leurs réunions et les démoniser soir après soir dans les nouvelles. Savions-nous que nous mentionnons à propos des drogues? Évidemment qu'on le savait. » - John Ehrlichman (conseiller pour les affaires intérieures du président Nixon).

C'était un moment fort, quand la personne qui crée la lutte antidrogue nomme que c'est à propos du racisme, on devrait comprendre qu'il faut arrêter cette lutte.

On pense souvent qu'au Canada on n'a pas de racisme, mais la lutte antidrogue au Canada est fondée sur le racisme.

« Les historien·nes ont démontré que la législation sur les drogues au Canada n'a pas été un phénomène bénin visant à protéger la santé des canadien·nes, mais bien un outil de contrôle social dirigé de façon hétérogène à certains groupes de personnes » (Fisher et al 2003)

Loi sur les Indiens et prohibition de l'alcool

-Il était interdit aux autochtones vivant au Canada d'acheter de l'alcool entre 1884 et 1985

-Il était aussi illégal de fournir de l'alcool aux personnes autochtones dans n'importe quel contexte et les personnes autochtones n'avaient pas le droit d'accéder à des établissements autorisés

-Les conséquences étaient de 1 à 6 mois en prison « avec ou sans travail forcé » (Loi sur les Indiens 1884).

On avait un microcosme de prohibition pour une population, qui a créé beaucoup de méfaits.

Vétérans autochtones dans la 1ère GM et la 2e GM

-Les personnes autochtones enrôlées avaient le droit de consommer de l'alcool pendant qu'ils servaient dans la guerre

-Au retour de la guerre, l'accès aux Légions leur était interdit, ce qui était l'endroit principal de rassemblement pour les vétérans, accessible aux vétérans allochtones

-Les vétérans autochtones avaient un accès beaucoup plus difficile à de l'information au sujet des allocations, des programmes et étaient exclu·es de la communauté des vétérans

Personnes autochtones et prohibition

- Les personnes autochtones devaient consommer de l'alcool rapidement pour éviter une arrestation
- Ça augmentait les dangers liés à la consommation d'alcool
- « La Loi sur les Indiens a solidifié le stéréotype qui circule selon lequel les autochtones sont intolérant-es à l'alcool » (21 Things You May Not Know About the Indian Act, p. 45)

Dans cet exemple, on voit que la prohibition nuit à une population spécifique.

On se trouve en haut à gauche en ce moment, où le crime organisé fait beaucoup d'argent.

On ne veut pas non plus le profit non régulé légal. On veut le modèle de santé publique. Ça peut être différent pour chaque drogue. Je parle souvent que je veux que toutes les drogues soient légales, mais ça n'a pas à être un marché ouvert et accessible à tout le monde.

Système en vigueur

- 350 milliards en profit annuel dans le marché illégal
- Plus de 18 000 meurtres aux Philippines depuis 2012
- Plus de 200 000 meurtres ou disparitions au Mexique
- Les drogues sont plus faciles à obtenir, plus fortes, et moins chères que jamais

« Contrairement à la croyance populaire selon laquelle le renforcement de l'application des lois antidrogues réduit la violence, les données existantes démontrent clairement que la prohibition des drogues contribue à la violence dans le marché de la drogue et à de plus hauts taux d'homicides » (Werb et al 2010:91)

Il y a beaucoup de problèmes environnementaux et dans les communautés, de la contamination.

- Les É-U ont le plus haut taux d'incarcération au monde, et près de 80% des personnes dans les prisons fédérales et 60% des personnes dans les prisons d'État qui ont été emprisonnées pour des crimes liés aux drogues sont noires et latinx.
- 50% moins de chance d'avoir accès à un emploi après la prison
- Une personne noire sur 13 ayant l'âge de voter n'a pas le droit de voter à cause de lois qui retirent ce droit aux personnes ayant une condamnation criminelle.

Au Canada - le crime diminue depuis les dernières décennies

Par contre, entre 2002 et 2013 :

- La quantité de personnes noires en prison a augmenté de 90%

- La population totale de personnes en prison a augmenté de 16.5% (augmentation de 2100 personnes incarcérées)
- Les personnes incarcérées s'inscrivant dans les minorités visibles a augmenté de 75%
- Le Canada a une pratique systémique de profilage policier et de peines plus sévères pour les personnes noires et autochtones

À Vancouver, les personnes autochtones composent 2.5% de la population, et 15.6% des arrestations pour possession de cannabis en 2015

- Les personnes autochtones composent 26.4% de la population des prisons fédérales, même si elles représentent seulement 4.3% des canadiens,
 - 34% des femmes incarcérées dans des prisons fédérales sont autochtones
 - 21.5% des hommes incarcérés dans des prisons fédérales sont autochtones

Juste ça, ça devrait mettre fin à la lutte antidrogue.

« Au Canada (et au É-U et au Royaume-Uni) la majorité des femmes incarcérées pour l'importation et l'exportation de drogues sont des femmes migrantes, pauvres, racisées dont les choix sont restreints par des préoccupations politiques et économiques nationales et par la demande occidentale pour certaines substances » (Susan Boyd 2006:145)

Coût du maintien d'une personne en prison au Canada

- 115 000\$ par personne dans les prisons pour hommes
- Plus cher dans les prisons pour femmes

« L'application des lois antidrogues représente une forme accrue de méfaits vécus par les communautés noires, incluant des contrôles policiers, des arrestations, des peines de prison, l'application des lois liées à l'immigration et les politiques de services sociaux » (Robyn Maynard)

Criminalisation - Impact sur les patient·es

- En prison : augmentation du risque de VIH, de l'hépatite C, interruption des soins primaires
- Essayer d'éviter la prison : injections rapides et dans des contextes non sécuritaires, éviter d'appeler le 911
- Après la prison : augmentation du risque de mortalité

J'ai abordé cette conversation en tant que médecin de famille. Et je voyais les méfaits causés à mes patient·es.

Cette image démontre le problème des politiques sur les drogues.

Parlons de décriminalisation et de légalisation.

La décriminalisation, c'est simple : retirer les peines pour la consommation personnelle.

La légalisation, ce sont les drogues accessibles à acheter.

Les médecins, mair-es et beaucoup de gens soutiennent la décriminalisation.

Au Portugal, la possession de drogues pour l'usage personnel a été décriminalisée en 2001 et de l'argent a été investi dans des services, ce qui a eu un impact très positif.

Il y a des limites à la décriminalisation : on n'a pas de contrôle sur la qualité de l'approvisionnement.

Au Canada : on a un marché légal réglementé pour le cannabis.

Les provinces et territoires déterminent comment le cannabis est distribué donc c'est différent d'un endroit à l'autre. C'est flexible pour chaque province.

Quand on essaie à créer un système de consommation, comment faire en sorte que ce soit sécuritaire?

La régulation ! Des inspections, des permis, des taxes, des évaluations, c'est un truc qui existe avec le tabac. Avoir d'avertissements, des contrôle de prix, de restrictions avec la conduite, des restrictions d'âge et des limites sur la quantité. Il faut un équilibre entre les restrictions et l'accessibilité pour détourner les gens de l'approvisionnement de la rue.

Ça doit toujours être accompagné de programmes de soutien.

Au Canada, la régulation du cannabis s'est très bien produite : à l'exception de qui accède au profit.

Personne ne devrait avoir la possession de cannabis dans leur dossier criminel. Les personnes blanches ont le profit et les personnes racisées sont punies.

Il n'y a pas de structure pour verser du profit aux personnes affectées négativement par la prohibition.

Chez les jeunes, la consommation n'a pas changé, dans toute la population, la consommation a augmenté, peut-être les personnes mentaient avant, peut-être des gens ont commencé à fumer.

Ce n'est pas à propos de qui on veut qui consomme et qui ne consomment pas, mais qui on veut qui soit criminalisé. Pour moi ça a changé les choses. Je peux vouloir que le cannabis soit légal, et que les jeunes n'en consomment pas. Qu'est-ce qu'on met en place pour protéger ces jeunes : des programmes après l'école, des programmes qui protègent les jeunes sans les criminaliser.

Dans le DTES, le cannabis n'a pas changé, les environnements sont très hipster, mes patient-es ne s'approvisionnent pas du marché légal.

Avant j'enseignais le modèle médical de traitement de l'addiction, et maintenant je ne pense pas que l'addiction, c'est un enjeu médical.

Une interaction avec la police donne un boîtier à cocher pour un diagnostic psychiatrique, ce qui est raciste.

Voici les options médicales (voir écran)

On prescrit aussi le Fentora, une pilule qui se dissout. Et je vais utiliser une poudre aussi. Je vais lancer ça le mois prochain.

Tout ça pour dire : ça fait plaisir d'offrir des soins à cette population, mais un programme ne règlera jamais un problème créé par les politiques. Le problème est à l'échelle gouvernementale.

Ça m'attriste d'être financée par le gouvernement, on travaille si fort à cause d'un problème créé après le gouvernement.

Il y a eu tellement de décès, on n'a pas à continuer comme ça, c'est valide d'être en colère. On a besoin d'un système juste qui traite les gens avec dignité.

Les choses ont tellement changé.

Rebecca : si vous avez des questions vous pouvez l'inscrire dans la boîte de questions.

Une question : des recommandations pour avancer l'approvisionnement en Ontario pour qu'on ait plus d'options aussi ?

Christy : commencer petit, ça peut être avec un·e seul·e patient·e. Ça fait toute la différence dans la vie de la personne.

Rebecca : les options sont couvertes par le BC?

Christy : ça dépend, le SUAP finance quelques-unes.

Rebecca : peux-tu en dire plus sur le patch de fentora?

Christy : les patches de fentora et de fentanyl sont différentes, fentora, c'est sous la langue, on a un protocole d'évaluation pour que les personnes déterminent de quelle quantité ils ont besoin. Pour le fentora on sait rapidement. Le fentanyl patch, c'est comme les patches de nicotine. Les gens le comparent au muscle popping, parce que c'est très stable toute la journée. Pour la patch de fentanyl, c'est très stable. Ça peut être l'imité par l'espace sur la corps.

Notre politique - on a un comité d'infirmier·es de personnes avec de l'expérience vécue, etc, et on veut toujours aller aussi vite à une dose forte qu'on peut, mais aussi, c'est souvent une nouvelle drogue, on observe les personnes d'abord, on commence souvent avec 5 patient·es, on a des sondages, et de la consultation informelle. On discute avec les gens et on change à mesure. Pour fentora, on est allé graduellement. On essaie d'aller vite. Pour le fentanyl patch, j'espère qu'on pourrait avoir des doses plus fortes.

Par contre, si on veut des grandes doses, ce serait de très grands patches.

Rebecca : Je pense à ton graphique en U. Il y avait la régulation, la décriminalisation et la prescription. Le programme d'approvisionnement à moindres risque, c'est la décriminalisation. Mais tout le monde est débordé.

Christy : c'est aussi tellement étroit de penser seulement au modèle médical. Il y a d'autres options, Ça doit être fait en parallèle. Je peux voir les deux travailler en harmonie.

Rebecca : et les gens ont des options.

Christy : oui, et les gens peuvent accéder aux deux : au modèle médical et à l'approvisionnement à l'extérieur de ce modèle.

Leslie : je suis impressionnée. Merci Christy. J'ai vu tes diapositives avant, et j'apprends toujours quelque chose de nouveau. Ça m'inspire beaucoup. Il n'y a pas de raison sur la planète pourquoi on ne pourrait pas élargir la décriminalisation. Merci pour tout ça.

La raison pourquoi je suis ici, je suis co-fondatrice de l'organisme Moms Stop the Harm, fondé en 2016. On avait toutes perdu un fils aux méfaits liés aux drogues. Mon fils est décédé d'une surdose accidentelle de drogues pharmaceutiques après une prescription trop forte d'oxycodone. Quand mon fils s'est tourné vers le médecin, le médecin l'a renvoyé parce qu'il était en colère de l'addiction de mon fils. Ce scénario se produit chaque jour. Le stigma est là et est déchirant.

On a commencé l'organisme parce qu'on voulait défendre l'intérêt de meilleures politiques sur les drogues. On avait de la passion et de la rage. Un·e ami·e nous a donnée une baguette magique et on a vraiment ressenti qu'on avait le pouvoir. On a commencé en tant que groupe de défense des droits, et à travers les années, on a réalisé qu'il y avait des milliers de familles en deuil de la perte d'une enfant lié aux méfaits de la drogue. Le gouvernement nous a donné du financement pour élargir nos groupes de soutien. On l'a pris, on a des groupes de soutien.

Un des ministres a dit: vous faites notre travail donc on va vous donner de l'argent. Mais pourquoi ne réparent-iels pas le problème pour qu'on n'ait pas à faire ce travail?

On fait toujours de la défense d'intérêt pour des changements de politiques aussi fort qu'on peut, on rencontre des ministres, on est si près, on peut leur faire comprendre. Mais ça ne fonctionne pas comme ça. Je suis sur des comités qui sont si frustrés. Au milieu d'une longue rencontre, j'ai commencé à ventiler : pourquoi ne parlons-nous pas des façons qu'on sait qui fonctionnent pour garder les personnes en vie : l'approvisionnement à moindres risques. Les derniers chiffres que Christy a mentionnés, les décès en 2021 en Colombie-Britannique, ça secoue! Comment pouvons-nous continuer à laisser le gouvernement ne pas faire ce qu'il faut. On peut le multiplier par 10 ou 20 pour savoir les personnes affectées par ces décès. La décriminalisation et l'approvisionnement à moindres risques, on ne peut pas les séparer. La décriminalisation n'arrêtera pas les décès. Ça va prendre du temps à ce que le changement s'installe, mais c'est nécessaire. Le truc frustrant, c'est que les gouvernements à plusieurs niveaux savent tous la bonne chose à faire. Ils passent leur temps à essayer de trouver des façons de ne pas faire ce qu'il faut. Il y a un peu de

soutien, mais dans une province où il y a tellement de gens qui consomment de l'approvisionnement de la rue.

On a plusieurs groupes Facebook où les gens peuvent poser des questions, accéder à du soutien. C'est très important pour nous. Une femme a dit : je suis fatiguée, on a perdu une autre personne cette semaine qui a laissé son fils derrière. Le poison est là et je ne sais pas si on peut faire quelque chose pour changer. Je commence à perdre espoir.

Cette personne qui lutte depuis 20 ans et qui perd espoir. Je suis persuadée qu'on peut changer. Si je ne pensais pas qu'il y a de l'espoir, je ne serais pas ici. Ça prend tout le monde qui devient militant·es. Peu importe ce que ça veut dire : en parler, écrire des lettres. Il faut en parler autant que possible. Il faut continuer à travailler. En sortant aujourd'hui, pensez à vous-même comme un·e militant·e par, c'est de ça qu'on a besoin.

J'espère que vous allez parler à quelqu'un aujourd'hui. Merci.

Rebecca : Merci Leslie. Toute cette présentation sera disponible sur notre site web. As-tu considéré une plateforme nationale sur la décriminalisation ?

Leslie : Moms Stop the Harm est à l'échelle nationale. J'ai rencontré Carolyn Bennet deux fois et on a une invitation à la rencontrer à nouveau pour parler de la décriminalisation et de l'approvisionnement à moindres risques. Tout le monde sait ce qui se passe. C'est un enjeu d'aider les bureaucrates à mettre tout ça en place. On travaille à tous les niveaux.

Rebecca : J'aimerais entendre Wendy sur la décriminalisation. On va vous envoyer un sondage rapide. D'autres questions?

Wendy : (incompréhensible)

Je suis une personne avec de l'expérience vécue avec la consommation des substances et le VIH. Je travaille avec les soins sur le stigma et les traumatismes.

Je vais parler de la prohibition et du stigma. Je veux que ce soit un espace sécuritaire pour poser des questions. (incompréhensible)

Je vais parler de la prohibition et du stigma et de comment certaines substances.

Je vais partager des scénarios (incompréhensible).

Sarah est triste. (...)

Ce sont toutes des substances et la société a créé les récits autour de certaines substances qui sont plus mauvaise que d'autres. (...)

Je vais parler (...) les personnes continuent à mourir, à accéder à des substances toxiques. Quand on pense (...) on ne voit pas des personnes asthmatiques devoir accéder à leur soins de ruelles. Un des impacts aussi, c'est le stigma.

Une histoire personnelle sur le stigma : j'étais conscient·e de comment les personnes me percevaient, et j'ai eu une infection dans mon bras à cause de l'injection. Des gens ont rassemblé de l'argent et m'ont dit d'aller à l'hôpital et les gens me regardaient d'une certaine façon. J'essayais d'être un·e patient·e modèle. Je me souviens de penser (...) le médecin m'a dit, si tu penses que c'est inconfortable pour toi, comment tu penses que nous on se sent? Ça a validé mes peurs. Le médecin était très intense et non respectueux. Il m'a dit de fermer ma gueule, qu'il ne me donnerait rien pour la douleur. Le résident s'est excusé pour son collègue et m'a demandé comment est-ce qu'e j'aurais pu mieux faire. Le médecin résident qui a vu ça a décidé qu'il ne voulait jamais être ce médecin. C'est à peu près tout ce que je voulais partager. Merci beaucoup.

Rebecca : Merci du partage, c'est difficile d'entendre ce genre d'histoire qui arrive à tellement de gens. Une question : je comprends que vous vous concentrez sur le modèle médical, mais pouvez-vous parler d'autres modèles comme le conseil sur les traumatismes en conjonction avec d'autres formes de soins?

Wendy : (...) une chose que j'ai remarquée, quand je consommait de l'héroïne, il faut toujours une nouvelle dose pour éviter le sevrage, et (...) engourdir, c'est pourquoi c'est si difficile. Quand c'est trop intense émotionnellement, ça reste là, et ça s'agrandit. (...)

Rebecca : c'est difficile de t'entendre, mais une chose qu'on a vue, c'est que le vidéo attrape ce que tu dis. Merci beaucoup. L'importance des soins holistiques et les raisons pourquoi les gens consomment.

Un autre enjeu, la légalisation semble être la seule façon d'empêcher un approvisionnement empoisonné, mais c'est tellement lié au capitalisme.

Christy : ça va prendre du temps pour comprendre l'impact de la lutte antidrogue sur l'approvisionnement. On peut penser à la différence entre la cocaïne et la feuille de

coco. Je pense à dans 10 ans, peut-être que la personne qui est présentement sur le programme de fentanyl sera dans un d'en d'opium, mais ça prendra du temps. On doit commencer d'où on est, et à mesure qu'on avance, on pourra s'éloigner d'où on est. On est loin des traditions de guérison traditionnelles.

Rebecca : on a quelques personnes de DULF qui feront une présentation dans quelques semaines et on partagera plus d'information. Elles se penchent sur les clubs de compassion. Ce n'est pas à l'extérieur du capitalisme, mais c'est intéressant.

Christy : le cannabis aussi, on peut faire pousser nos plantes.

Rebecca : je me pose des questions dans la différence entre l'approvisionnement à moindres risques, la médication contre le sevrage, etc.

Christy : ça dépend de ce que les personnes veulent. Ça dépend des objectifs et du contexte des personnes. Une personne m'avait demandé comment doser pour éviter l'euphorie et le sevrage, et pourquoi vouloir éviter l'euphorie? C'est pourquoi on n'a pas de maximum. C'est plus facile, je ne dirai jamais non. Avant, les patient-es devaient me voir pour revenir dans le programme, maintenant ce n'est plus ça, les gens qui ont déjà participé peuvent revenir. Ça diminue les barrières d'accès.

Rebecca : en tant que médecin dans un programme qui n'est pas de l'approvisionnement à moindres risques, avez-vous des suggestions sur comment présenter l'approvisionnement à moindres risques?

Christy : les soins primaires. Je parlais avec un·e étudiant·e : ce qu'il faut faire, c'est s'assurer que la personnes est en sécurité. Commencer avec les soins primaires. On n'est pas responsable de qui consomme. Les soins primaires sont ce qui est le plus important. Les personnes qui consomment sont souvent exclues de ces espaces et meurent de façon prématurée à cause de ça.

Rebecca : les gens parlent du fait que si on a l'approvisionnement sécuritaire, il devrait y avoir des soins holistiques qui y sont rattachés.

Christy : forcer une personne à quoique ce soit c'est toujours une mauvaise idée. Je ne forcerais jamais quiconque à quoique ce soit. J'offre des options à mes patient-es et les gens peuvent refuser. Les soins primaires forcés, c'est étrange!

Rebecca : Êtes-vous au courant du projet de loi C-216? Qui inclut la décriminalisation de la consommation personnelle, L'accès à l'approvisionnement à moindres risque, etc.

Leslie : Yay pour 216! Ce que Christy disait au sujet des soins primaires, l'histoire courte de comment mon fils est décédé, j'aime dire, ET Si Jordan était allé voir son médecin et avait dit : je suis accro, j'ai besoin d'aide et que le médecin avait dit : de quoi as-tu besoin, comment pouvons-nous t'aider? As-tu un-e conseiller-e, connais-tu le suboxone? Mon fils serait en vie aujourd'hui! Les gens disaient, commence avec ton prestataire de soins primaires. Peu importe de quoi les personnes ont besoin, il faut l'offrir. Jordan l'aurait pris. On l'a mise en détox, mais il n'y avait pas de soutien après ça. Si les choses avaient été mieux, il serait encore avec nous.

Rebecca : c'est tellement important ces relations dans les soins. Je vais terminer maintenant, merci à Leslie, Wendy et Christy. Cette présentation sera publiée sur notre site web. Notre objectif, c'est d'aider avec l'accès dans l'approvisionnement à moindres risques. Et on veut créer un guide pour les gens qui n'y ont pas accès pour aider les médecins qui offrent des soins primaires à offrir l'approvisionnement à moindres risques. Donc si vous avez besoin de ressources à ce sujet, rejoignez-vous à notre communauté de pratique!

On a des webinaires qui s'en viennent, DULF parler de l'approvisionnement à moindres risques non médicalisé, et aussi des documents guide sur l'approvisionnement sécuritaire d'opioïdes le 24 mars. Si vous avez des questions, vous pouvez visiter notre site web.

On a aussi un sondage, on aimerait que vous y répondiez, ça nous aide ÉNORMÉMENT!

Merci à tout le monde et on va publier cette vidéo sur le site web d'ici demain. Merci tout le monde!