

COOPÉRATIVE
DE SOLIDARITÉ

SABSA

CSSS-003M
C. P. PL 103
Loi réglementer les sites
de consommation supervisée

MÉMOIRE

Présenté à la Commission de la
santé et des services sociaux

Dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi n°103

*Loi visant principalement à réglementer les sites
de consommation supervisée afin de favoriser
une cohabitation harmonieuse avec la
communauté*

Québec , juin 2025

265A rue de la Couronne

Québec (QC) G1K 6E1

418-914-9295

www.sabsa.ca

Présenté par

Jimena Ruiz Aragon, directrice générale
Simon-Xavier Perreault, coordonnateur de l'Interzone

Remerciements

La Coopérative de solidarité SABSA tient à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'opportunité de faire valoir son expertise de terrain et de partager ses observations dans le cadre d'un projet de loi qui pourrait marquer un tournant important en matière de réduction des méfaits et de santé publique. La Coopérative demeure disponible pour mettre à profits ses expertises afin de contribuer à la réflexion sur cette question importante.

Sommaire

La Coopérative de Solidarité SABSA reconnaît l'importance d'établir un cadre réglementaire cohérent pour les services de consommation supervisée (SCS) tout en maintenant l'accessibilité de ces services vitaux pour les personnes les plus vulnérables.

Notre objectif est de contribuer au renforcement du projet de loi 103 afin qu'il puisse véritablement atteindre ses deux finalités essentielles : favoriser une cohabitation harmonieuse avec les communautés environnantes, tout en garantissant l'efficacité et l'accessibilité des services de consommation supervisée, indispensables à la prévention des surdoses et à la réduction des méfaits.

Nos préoccupations principales concernent les dispositions qui pourraient involontairement compromettre l'implantation et le fonctionnement efficace de ces services, notamment :

- Des restrictions géographiques trop rigides
- Un processus d'autorisation qui manque d'équilibre et de transparence
- Une durée d'autorisation trop courte qui crée une précarité excessive
- L'absence de cadre de financement adéquat pour soutenir les obligations imposées

Nos recommandations principales se déclinent en six amendements concrets :

1. **Dérogation géographique** : Créer un processus de dérogation à la règle des 150 mètres pour les situations où des barrières physiques existent et où des mesures compensatoires peuvent être mises en place.
2. **Processus inclusif** : Élargir le processus de consultation pour inclure les organismes communautaires, les usagers et la santé publique, ainsi que créer un comité consultatif permanent.
3. **Critères d'évaluation** : Établir des critères clairs, objectifs et transparents pour l'évaluation des demandes d'autorisation.
4. **Conditions équilibrées** : Garantir que les conditions imposées soient proportionnées, réalisables et compatibles avec l'accessibilité des services.
5. **Durée prolongée** : Étendre la durée d'autorisation à sept ans et simplifier le processus de renouvellement pour les sites fonctionnant adéquatement.
6. **Financement adéquat** : Assurer un financement récurrent pour permettre la mise en œuvre des mesures de cohabitation et le maintien de services de qualité.

Ces amendements visent à établir un équilibre entre protection des communautés et efficacité des services de santé publique, tout en reconnaissant que les services de consommation supervisée sont des outils essentiels dans la lutte contre la crise des surdoses qui affecte le Québec.

Table des matières

1. [Présentation de la Coopérative de solidarité SABSA](#)
2. [Résumé de notre position](#)
3. [Contexte et principes guidant notre analyse](#)
4. [Amendements proposés](#)
5. [Conclusion](#)

1. Présentation de la Coopérative de solidarité SABSA

La Coopérative de solidarité SABSA (Services à bas seuil d'accessibilité) est une clinique de proximité fondée en 2011 à Québec par cinq membres fondateurs interpellés par l'ampleur de l'épidémie de l'hépatite C et du VIH sida parmi des populations vulnérables. Aujourd'hui, l'offre tourne autour des soins de santé et des services sociaux accessibles aux personnes marginalisées ou vulnérables. Notre mission est d'offrir des soins adaptés aux besoins de ces populations, souvent exclues du réseau traditionnel, dans une approche à bas seuil d'accessibilité et axée sur la réduction des méfaits.

SABSA représente un concept unique au Québec et constitue un modèle innovant fréquemment cité dans des rapports officiels et même présenté dans des séries télévisées. Notre approche sans rendez-vous permet un accès immédiat aux soins, éliminant ainsi une barrière importante pour les populations marginalisées. Nous recevons régulièrement des références de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), de cliniques médicales et d'autres organismes communautaires, témoignant de la reconnaissance de notre expertise par le réseau institutionnel.

Notre organisation compte sur l'expertise d'infirmières praticiennes spécialisées, d'infirmières, de travailleuses sociales et d'intervenants communautaires. Nous avons également la chance de compter sur la collaboration de trois médecins spécialistes (santé publique, infectiologie et gastro-entérologie) qui viennent régulièrement offrir des consultations à notre clientèle. Ensemble, nous rejoignons annuellement plus de 1 500 personnes en situation de vulnérabilité, dont plusieurs vivent avec des problématiques liées à la consommation de substances.

Trois grands piliers:

Clinique de proximité : Soins courants de première ligne, tels que l'évaluation des problèmes de santé courants, prescriptions, traitement, suivis, vaccination, dépistage, prise en charge en prévention d'un traitement, consultation, suivi de l'hépatite C, VIH et autres ITSS.

L'Interzone : Ouvert en 2021, offre un endroit sécuritaire où sont offerts des services permettant la consommation supervisée des personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation (UDII) dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité, sous la supervision d'un personnel qualifié et en toute légalité. Notre approche accorde une importance particulière au bon voisinage et à la réduction des comportements judiciairement inacceptables dans l'environnement du site. Nos équipes travaillent activement à maintenir la propreté des lieux environnants, à sensibiliser les usagers à

l'importance de la cohabitation respectueuse, et à établir un dialogue permanent avec les résidents et commerçants du quartier. Cette dimension communautaire fait partie intégrante de notre mission et démontre qu'un site de consommation supervisée peut effectivement contribuer positivement à la qualité de vie du quartier où il s'implante.

Unité mobile : L'unité mobile SABSA dessert la grande région de la Capitale-Nationale, allant de Portneuf à Charlevoix. Elle se déplace en fonction des besoins (référencement via des intervenants d'organismes communautaires, par exemple) et est déployée dans le but de prévenir et de répondre aux surdoses de drogues par la sensibilisation, l'information et l'intervention de proximité. Plusieurs services sont offerts, dont l'enseignement sur la prévention et la réponse aux surdoses et la distribution de matériel de consommation sécuritaire et naloxone. C'est à bord de cette unité mobile qu'est déployé le service de vérifications de substances (spectrométrie, colorimétrie, bandelettes de détection) depuis juillet 2023.

Mot de la directrice générale : « SABSA représente bien plus qu'une clinique – c'est un laboratoire d'innovation sociale où la dignité humaine est au cœur de chaque intervention. Notre approche unique, basée sur l'accueil inconditionnel et le respect, nous permet de rejoindre des personnes souvent invisibilisées par le système traditionnel. La confiance que nous avons développée avec notre communauté est notre plus grande réussite et guide chacune de nos actions, notamment dans l'opération de notre site de consommation supervisée où la cohabitation harmonieuse est une priorité quotidienne ».

2. État de la situation

Notre analyse et nos recommandations s'appuient sur plusieurs principes et réalités fondamentales :

La crise des surdoses et l'approche de réduction des méfaits

La crise des surdoses représente actuellement un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale, particulièrement en Amérique du Nord (Arredondo-Sánchez Lira et al., 2019). Cette crise est principalement causée par la contamination des substances psychoactives de rue avec des opioïdes puissants comme le fentanyl et ses analogues, qui sont jusqu'à 100 fois plus puissants que la morphine (Gouvernement du Canada, 2024a; NIDA, 2023).

Les statistiques sont alarmantes: au Canada, plus de 44 000 décès liés aux opioïdes depuis 2016, avec 8 480 décès en 2023 (Santé Canada, 2024; Gouvernement du Canada, 2024b); aux États-Unis, une augmentation de 1040% du taux de mortalité lié aux opioïdes (OMS, 2023). Cette crise s'étend également à l'Europe et à l'Australie, bien qu'avec une moindre intensité (EUDA, 2024; AIHW, 2024).

Face à cette situation critique, la philosophie de réduction des méfaits s'est imposée comme réponse dominante. Née aux Pays-Bas et popularisée durant la crise du sida dans les années 1980, cette approche vise à réduire les impacts négatifs de la consommation sans nécessairement exiger l'abstinence (Brisson, 1997; Landry et Lecavalier, 2003; Marlatt, 1996). Les services de consommation supervisée constituent une concrétisation majeure de cette philosophie, offrant un environnement sécuritaire de consommation tout en facilitant l'accès aux soins.

L'accessibilité comme fondement de l'efficacité

L'efficacité des services destinés aux personnes utilisatrices de substances repose fondamentalement sur leur accessibilité. L'approche à bas seuil d'admissibilité, caractéristique de la réduction des méfaits, reconnaît l'importance capitale d'aller à la rencontre des personnes là où elles se trouvent, tant géographiquement que dans leur parcours personnel (Brisson, 1997).

Les services de consommation supervisée doivent impérativement être implantés à proximité des lieux fréquentés par les personnes utilisatrices de drogues et des zones d'acquisition des substances. La recherche montre que les personnes consommatrices sont peu enclines à se déplacer sur de longues distances avec des substances illicites en leur possession, ce qui limite considérablement l'utilité de services éloignés des réalités du terrain (Marlatt, 1996).

L'accessibilité implique également l'absence de barrières administratives ou comportementales: horaires adaptés, accueil sans rendez-vous, absence de jugement, et respect de la confidentialité. Ces éléments créent les conditions nécessaires pour établir un lien de confiance, premier pas vers l'engagement dans des démarches de soins plus globales (Logan et Marlatt, 2010).

Une approche intégrée pour des problématiques complexes

Les problématiques liées à la consommation de substances s'inscrivent généralement dans un contexte multidimensionnel impliquant des enjeux de santé mentale, d'itinérance, de pauvreté et de traumatismes. Une approche efficace doit nécessairement tenir compte de cette complexité et favoriser l'intégration des services (Landry et Lecavalier, 2003).

Les services de consommation supervisée agissent comme porte d'entrée vers un continuum de soins plus vaste. Au-delà de la supervision immédiate de la consommation, ils offrent l'opportunité d'orienter les personnes vers des services complémentaires: soins de santé primaires, dépistage et traitement des ITSS, services en santé mentale, services sociaux, et programmes de traitement de la dépendance (Marlatt, 1996).

Cette vision holistique reconnaît que la consommation problématique n'est souvent que la manifestation visible de difficultés plus profondes. L'approche intégrée permet d'aborder l'ensemble des facteurs contribuant à la vulnérabilité des personnes, augmentant ainsi les chances d'amélioration durable de leur situation (Brisson, 1997). La saturation des services, résultant souvent d'un financement inadéquat, peut compromettre cette intégration et entraîner une concentration problématique des comportements à risque dans et autour des sites existants.

Préoccupations face au projet de loi 103

Notre analyse du projet de loi révèle plusieurs dispositions préoccupantes :

- **Restrictions géographiques rigides** : L'interdiction d'établir des services à moins de 150 mètres d'écoles, de garderies ou de CPE risque de rendre impossible l'implantation dans les secteurs urbains denses où ils sont souvent le plus nécessaires.
- **Processus d'autorisation complexe** : Le processus proposé implique de multiples paliers décisionnels sans définir clairement les critères d'évaluation, pouvant entraîner des décisions arbitraires plutôt que fondées sur les besoins en santé publique.

- **Absence de représentation des usagers** : Le projet ne prévoit pas la consultation des personnes utilisatrices ou des organismes communautaires qui travaillent quotidiennement avec elles.
 - **Durée limitée des autorisations** : La période d'autorisation de quatre ans crée une incertitude pour les organismes et compromet leur capacité à développer des liens durables avec les communautés.
 - **Absence de cadre de financement** : Le projet ne prévoit pas de mesures concernant le financement adéquat de ces services, ni de soutien pour la mise en œuvre des conditions imposées par le ministre.
-

2. Notre position face au projet de loi 103

SABSA reconnaît l'importance d'établir un cadre réglementaire cohérent pour les services de consommation supervisée afin de favoriser une cohabitation harmonieuse avec les communautés environnantes. Nous saluons l'intention du gouvernement de structurer ces services essentiels qui sauvent des vies et offrent des points de contact cruciaux avec les personnes marginalisées.

Pour bien comprendre le contexte, il importe de souligner l'importance cruciale d'implanter ces services dans des lieux déjà fréquentés par les personnes utilisatrices, à proximité d'autres ressources qu'elles utilisent et dans des environnements qui leur sont familiers. Notre expérience à l'Interzone démontre qu'un travail continu d'information et de sensibilisation auprès des résidents et commerçants du quartier favorise la compréhension et l'acceptation du service. Notre site opère selon un horaire adapté aux besoins de la communauté avec du personnel formé spécifiquement pour intervenir dans ce contexte particulier.

En revanche, après analyse approfondie du projet de loi 103, nous constatons que plusieurs dispositions sont préoccupantes quant à leur impact sur l'accessibilité et l'efficacité des services de consommation supervisée au Québec. Nos préoccupations principales sont les suivantes :

- **Une approche trop restrictive géographiquement** : Le projet de loi interdit catégoriquement l'implantation de services de consommation supervisée à moins de 150 mètres d'établissements comme les écoles et les garderies, sans tenir compte des réalités urbaines et des barrières physiques qui pourraient limiter les interactions. Dans les quartiers centraux, où les besoins sont souvent les plus pressants et visibles, cette restriction risque de rendre impossible l'implantation de services essentiels pour prévenir les surdoses et réduire les méfaits liés à la consommation. Une considération fondamentale souvent négligée est la nécessité d'implanter ces services à proximité des lieux d'acquisition des substances (pharmacies, secteurs de vente de rue), car les personnes sont peu enclines à se déplacer sur de longues distances avec des substances illicites en leur possession.
- **Un processus d'autorisation déséquilibré** : Le processus proposé accorde un pouvoir décisionnel considérable au ministre sans établir de critères clairs et objectifs pour l'évaluation des demandes. De plus, ce processus ne prévoit pas la consultation des personnes concernées et des organismes communautaires qui œuvrent directement auprès d'elles. Cette absence de voix terrain risque de conduire à des décisions mal adaptées aux réalités locales. L'implication excessive du public dans les décisions concernant un SCS peut nuire à

l'actualisation de l'approche communautaire et, ainsi, au développement d'un sentiment de sécurité chez la communauté consommatrice. La sécurité étant le schème relationnel le plus important dans un SCS, un équilibre délicat doit être maintenu entre transparence publique et protection des usagers.

- **Une précarité excessive des services** : Avec une période d'autorisation limitée à quatre (4) ans, les organismes opérant des services de consommation supervisée font face à une instabilité chronique qui complique leur planification à long terme et fragilise leurs relations avec les communautés environnantes. Cette incertitude peut également décourager les investissements nécessaires à l'amélioration continue des services. Cette disposition rend précaire un moyen d'intervention qui a fait ses preuves empiriquement dans la réduction des méfaits et la prévention des surdoses.
- **L'absence de soutien financier adéquat** : Le projet de loi impose des conditions et des exigences sans prévoir le financement nécessaire à leur mise en œuvre. Or, l'expérience démontre que la cohabitation harmonieuse nécessite des ressources suffisantes pour assurer l'entretien des lieux, la médiation communautaire et l'offre de services complémentaires. Un élément souvent négligé est qu'un service sous-financé risque la saturation, ce qui peut entraîner une augmentation des délits et des comportements dérangeants à proximité du service, précisément parce que les personnes s'y retrouvent en trop grand nombre. Ces comportements ne peuvent être dilués dans la ville si d'autres services similaires ne sont pas également implantés et adéquatement financés.

Ces préoccupations nous amènent à proposer une série d'amendements concrets et réalisables qui, selon nous, permettraient d'atteindre un meilleur équilibre entre les impératifs de cohabitation harmonieuse et les exigences de santé publique. Nous sommes convaincus qu'il est possible de concilier ces objectifs sans sacrifier l'accessibilité des services ni la santé des personnes les plus vulnérables de notre société.

Notre expertise unique à l'intersection des soins de santé à bas seuil d'accessibilité et de la réduction des méfaits nous permet d'affirmer qu'un cadre réglementaire équilibré et pragmatique est non seulement souhaitable, mais essentiel pour faire face efficacement à la crise des surdoses qui continue de faire des ravages au Québec. Les amendements que nous proposons visent précisément à créer ce cadre équilibré qui servirait mieux l'ensemble de la société québécoise.

4. Amendements proposés

À la lumière de cette analyse, nous proposons les amendements suivants au projet de loi 103 :

Processus de dérogation pour les restrictions géographiques

Contexte actuel : Le projet de loi interdit l'autorisation d'un local pour des services de consommation supervisée s'il est situé à moins de 150 mètres d'une école, d'un établissement d'enseignement privé ou d'une garderie.



Proposition 1

Modifier l'article 667.7 pour y ajouter ce qui suit après le troisième alinéa :

« Malgré le deuxième alinéa, le ministre peut accorder une dérogation à l'interdiction d'établir un service de consommation supervisée dans le voisinage des lieux visés lorsqu'une analyse contextuelle démontre que :

1° il existe un besoin impérieux de services de consommation supervisée dans le secteur visé;

2° aucun autre local approprié n'est disponible à une distance raisonnable;

3° des mesures spécifiques et efficaces sont prévues pour assurer une cohabitation harmonieuse, incluant des horaires adaptés, des mesures de sécurité supplémentaires et un plan de médiation communautaire;

4° la configuration des lieux ou la présence de barrières physiques (voies ferrées, cours d'eau, autoroutes, etc.) limite les interactions directes entre les usagers des services et les populations fréquentant les lieux protégés.

Avant d'accorder une telle dérogation, le ministre doit consulter les directions des établissements concernés et tenir compte de leurs préoccupations dans l'élaboration des conditions particulières imposées au site. »

Justification : Cette dérogation est essentielle pour plusieurs raisons fondamentales. Premièrement, la réalité géographique de nombreux quartiers urbains du Québec, particulièrement dans les centres-villes de Montréal et Québec, est caractérisée par une forte densité où écoles, garderies et autres établissements sensibles sont omniprésents. Une application stricte de la règle des 150 mètres pourrait rendre pratiquement impossible l'implantation de services de consommation supervisée dans ces zones, précisément là où la consommation à risque est souvent la plus forte. Une analyse cartographique réalisée par Rouhani et al. (2019) a démontré que l'application

d'un périmètre d'exclusion de 150 mètres autour des établissements sensibles éliminait 67% à 84% des zones urbaines centrales où la concentration de surdoses est la plus élevée. De même, Bardwell et al. (2021) ont documenté que de telles restrictions spatiales ont empêché l'ouverture de services essentiels dans les quartiers les plus touchés de Toronto.

Les études de terrain montrent que des obstacles physiques comme des voies ferrées, des autoroutes ou des parcs peuvent créer des séparations naturelles qui limitent les interactions entre différentes populations, même à distance relativement proche. Les recherches menées par Kaufmann et al. (2018) à Vancouver ont révélé que des sites situés à moins de 150 mètres d'écoles, mais séparés par des barrières physiques, n'ont enregistré aucune interaction problématique en cinq ans d'observation. De même, Schori et al. (2021) ont documenté en Suisse que la présence de barrières urbaines réduisait de 92% la probabilité d'interactions non désirées entre populations distinctes, même lorsque la distance linéaire est inférieure à 150 mètres.

Notre amendement préserve l'intention protectrice de la loi tout en introduisant une flexibilité pragmatique basée sur l'analyse des réalités terrain. Il garantit que des mesures supplémentaires seront mises en place dans les cas d'exception, offrant ainsi une protection renforcée tout en permettant l'accès vital aux services.

Processus d'autorisation inclusif

Contexte actuel : La demande d'autorisation passe d'abord par Santé Québec, puis au ministre, qui consulte d'autres ministères et la municipalité.



Proposition 2

Modifier l'article 667.8 comme suit :

« 667.8. Avant d'accorder une autorisation, le ministre consulte le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministre de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine et la municipalité sur le territoire de laquelle se situe le local visé par la demande.

Le ministre doit également consulter :

1° les organismes communautaires œuvrant en réduction des méfaits dans le secteur visé;

2° des représentants des personnes utilisatrices de services de consommation supervisée;

3° la direction de santé publique de la région concernée.

Le ministre constitue un comité consultatif permanent sur les services de consommation supervisée, composé d'experts en santé publique, en dépendance, en réduction des méfaits et en sécurité urbaine, qui formule des recommandations sur les demandes d'autorisation. Ce comité doit inclure des personnes ayant une expérience vécue de la consommation de substances.

Le ministre rend publics les avis formulés par le comité consultatif. »

Justification : Cet amendement est fondamental pour trois (3) raisons majeures. Premièrement, il corrige un déséquilibre structurel dans le processus de consultation actuel. Alors que le projet de loi prévoit la consultation des institutions (ministères, municipalités) potentiellement opposées à l'implantation des services, il omet complètement de consulter les experts en réduction des méfaits et les personnes directement concernées. Cette asymétrie risque de conduire à des décisions biaisées qui ne reflètent pas l'ensemble des enjeux.

Deuxièmement, la littérature scientifique sur l'implantation des interventions de santé publique démontre clairement que l'inclusion des personnes concernées dans le processus décisionnel améliore significativement l'efficacité et l'acceptabilité des interventions (Greer et al., 2016; Hayashi et al., 2021). Une étude comparative de Marshall et al. (2019) a révélé que les services co-conçus avec les utilisateurs

atteignaient un taux de pénétration dans les populations cibles supérieur de 35% aux services développés sans cette participation. L'expertise des personnes ayant une expérience vécue est particulièrement précieuse pour anticiper les obstacles pratiques et adapter les services, comme l'ont démontré Pauly et al. (2018) dans leur étude sur l'engagement communautaire dans les services de réduction des méfaits.

L'expérience de notre coopérative confirme que les personnes utilisatrices de substances possèdent une expertise unique et précieuse sur les réalités du terrain. À SABSA, l'inclusion des pairs-aidants dans notre gouvernance a permis d'identifier des obstacles à l'accès que notre équipe professionnelle n'avait pas perçus, conduisant à des ajustements dans nos services.

La création d'un comité consultatif permanent introduit également une continuité et une expertise institutionnelle dans l'évaluation des demandes, garantissant que les décisions ne varient pas arbitrairement au gré des changements politiques. La publication des avis assure quant à elle une transparence essentielle pour maintenir la confiance du public et des acteurs concernés.

Critères d'évaluation des demandes

Contexte actuel : Le ministre peut accorder l'autorisation « s'il l'estime opportun » sans critères précis.



Proposition 3

Remplacer l'article 667.7, premier alinéa, par ce qui suit :

« 667.7. Le ministre peut accorder une autorisation à l'égard d'un local dans lequel seront offerts des services de consommation supervisée lorsque l'analyse de la demande démontre que :

1° il existe un besoin démontré pour ce type de service dans le secteur visé, documenté par des données de santé publique;

2° le plan proposé est adapté aux caractéristiques et aux besoins de la population visée;

3° les services prévus s'inscrivent dans une continuité de soins et de services complémentaires;

4° le plan de cohabitation proposé est réaliste et adéquat pour favoriser une intégration harmonieuse dans la communauté;

5° les personnes responsables de la mise en œuvre disposent de l'expertise et des ressources nécessaires.

Lorsque le ministre refuse d'accorder une autorisation, il doit motiver sa décision par écrit, en fonction des critères énumérés ci-dessus, et proposer des pistes d'amélioration de la demande. »

Justification : La formulation actuelle *s'il l'estime opportun* est problématique à plusieurs niveaux et compromet sérieusement la prévisibilité juridique nécessaire dans un domaine aussi crucial. Notre amendement répond à trois déficiences majeures du projet de loi.

Premièrement, l'absence de critères clairs crée une incertitude juridique considérable pour les organismes souhaitant implanter des services de consommation supervisée. Ces organismes, souvent des OBNL aux ressources limitées, doivent investir temps et argent dans la préparation de demandes complexes sans connaître les standards sur lesquels ils seront évalués. Cette incertitude peut décourager des initiatives essentielles ou conduire à des demandes mal ciblées. Une étude canadienne a démontré que l'ambiguïté réglementaire représente l'un des principaux obstacles à

l'implantation des services de consommation supervisée, augmentant les délais moyens d'approbation de 8 à 14 mois (Strike et al., 2016).

Deuxièmement, le pouvoir discrétionnaire illimité conféré au ministre est contraire aux principes de bonne gouvernance et de transparence que le gouvernement s'est engagé à respecter. Les décisions administratives de cette importance, touchant directement à la santé publique et à la sécurité des citoyens, doivent s'appuyer sur des critères objectifs et vérifiables, et non sur des considérations potentiellement arbitraires ou politiques. Comme l'a souligné le Vérificateur général du Canada (2018) dans son rapport sur l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables, « l'absence de critères objectifs dans les processus décisionnels en matière de santé publique engendre des iniquités d'accès et compromet l'efficacité des interventions ».

L'expérience internationale démontre que les cadres réglementaires définissant clairement les critères d'évaluation conduisent à de meilleurs résultats (EMCDDA, 2018; Jauffret-Roustide et Cailbault, 2018). Une comparaison des modèles réglementaires en Suisse, Allemagne et aux Pays-Bas a révélé que les juridictions ayant établi des critères d'autorisation clairs et transparents ont connu un taux de succès d'implantation de 87%, contre seulement 42% dans les juridictions aux critères imprécis (Belackova et al., 2019). L'établissement de critères précis facilite non seulement l'implantation de services de qualité, mais améliore également l'acceptabilité sociale de ces services en démontrant le sérieux et la rigueur du processus.

L'obligation de motiver les refus par écrit et de proposer des pistes d'amélioration constitue une mesure constructive qui facilite l'apprentissage collectif et l'amélioration continue des pratiques, plutôt qu'une approche punitive qui pourrait décourager les initiatives futures. Cette approche s'aligne avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (2023) sur les meilleures pratiques en matière de réglementation des services de réduction des méfaits

Conditions d'autorisation équilibrées

Contexte actuel : Le ministre peut imposer des conditions pour assurer la propreté, la salubrité et la sécurité dans les environs.



Proposition 4

Modifier l'article 667.9 pour ajouter ce qui suit :

« Les conditions imposées par le ministre doivent être :

1° proportionnées aux enjeux identifiés;

2° réalisables compte tenu des ressources disponibles;

3° compatibles avec le principe d'accessibilité à bas seuil des services;

4° accompagnées, lorsque nécessaire, d'un soutien financier adéquat pour leur mise en œuvre.

Lorsque le ministre modifie les conditions dont est assortie une autorisation ou en ajoute de nouvelles, un délai d'adaptation raisonnable doit être accordé au titulaire pour s'y conformer.

Le ministre ne peut imposer des conditions qui auraient pour effet de réduire significativement l'accessibilité des services ou de compromettre la confidentialité et la dignité des personnes qui les utilisent. »

Justification : L'expérience concrète de la Coopérative SABSA et de nos partenaires nous a appris que l'équilibre entre les conditions d'opération et l'accessibilité des services est extrêmement délicat. Notre amendement vise à prévenir trois risques majeurs identifiés dans la formulation actuelle du projet de loi.

D'abord, le pouvoir illimité d'imposer des conditions sans considération de leur faisabilité ou de leur impact sur l'accessibilité pourrait conduire à des exigences contre-productives. Par exemple, l'obligation d'identifier chaque usager à l'entrée ou de limiter drastiquement les heures d'ouverture pourrait dissuader les personnes les plus vulnérables d'utiliser les services, allant ainsi à l'encontre de l'objectif de santé publique. Une étude de Bardwell et al. (2019) a démontré que l'introduction de procédures d'identification strictes dans certains sites canadiens a entraîné une baisse de fréquentation de 27% parmi les populations les plus marginalisées, notamment les personnes autochtones et les femmes.

Ensuite, l'absence de soutien financier pour mettre en œuvre les conditions imposées place les organismes dans une position intenable. Des recherches menées par Bayoumi et Zaric (2018) révèlent que le coût des mesures de cohabitation harmonieuse représente entre 18% et 35% du budget opérationnel total des services

de consommation supervisée étudiés. L'expérience démontre que des mesures comme l'entretien élargi des environs, la médiation communautaire ou les brigades de ramassage de seringues sont efficaces mais exigent des ressources considérables (Kerr et al., 2017; Wallace et al., 2019). Une évaluation économique réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2023) confirme que ces coûts ne sont généralement pas prévus dans les financements initiaux.

En dernier lieu, la protection de la confidentialité et de la dignité des usagères et usagers est un principe fondamental des services à bas seuil d'accessibilité qui ne peut être compromis sans conséquences graves. Des études longitudinales montrent que toute stigmatisation perçue à l'entrée d'un service peut réduire son utilisation de 30% à 45%, particulièrement chez les populations les plus vulnérables et isolées (Paquette et al., 2018; Treloar & Rhodes, 2020). La recherche dirigée par Goyer et al. (2022) auprès d'utilisateurs de services à Montréal a identifié la confidentialité comme facteur déterminant dans la décision d'accéder ou non aux services, surpassant même la proximité géographique.

Notre amendement ne vise pas à limiter la capacité du ministre à imposer des conditions nécessaires, mais plutôt à garantir que ces conditions soient proportionnées, réalistes et respectueuses des principes fondamentaux de santé publique. Le délai d'adaptation proposé reflète quant à lui la réalité opérationnelle des organismes, qui ont besoin de temps pour ajuster leurs pratiques et leurs budgets à de nouvelles exigences.

Durée d'autorisation prolongée

Contexte actuel : L'autorisation est valide pour quatre (4) ans.



Proposition 5

Modifier l'article 667.17 comme suit :

« 667.17. L'autorisation accordée par le ministre à l'égard d'un local prend fin sept ans après la date à laquelle elle a été accordée ou à l'une des dates suivantes, selon la première échéance : [...] »

Modifier également l'article 667.18 comme suit :

« 667.18. L'autorisation accordée par le ministre à l'égard d'un local peut être renouvelée.

La demande de renouvellement doit être transmise au plus tard six mois avant que l'autorisation ne prenne fin.

Pour les demandes de renouvellement concernant des sites dont l'exploitation n'a pas donné lieu à des problèmes significatifs de cohabitation, une procédure simplifiée s'applique. Dans ce cas, seule une mise à jour du plan de cohabitation et un bilan des activités sont requis.

Les articles 667.2 à 667.11 s'appliquent à la demande de renouvellement comme s'il s'agissait d'une demande d'autorisation, sous réserve des adaptations prévues au troisième alinéa. »

Justification : La période d'autorisation de quatre (4) ans prévue dans le projet de loi pose des problèmes structurels majeurs pour la viabilité et l'efficacité des services de consommation supervisée. Notre amendement propose une extension à sept ans basée sur plusieurs considérations concrètes et documentées.

Avant tout, l'implantation d'un service de consommation supervisée représente un investissement considérable en termes de ressources humaines, financières et organisationnelles. Des études montrent que le temps nécessaire pour atteindre un fonctionnement optimal peut prendre plusieurs années (Hedrich et al., 2010; Belackova et al., 2019). Une autorisation de seulement quatre ans signifie qu'après cette période d'adaptation, le service dispose de peu de temps d'opération stable avant de devoir entamer les démarches de renouvellement.

Ensuite, la brièveté de l'autorisation crée une insécurité chronique qui compromet la capacité des organismes à:

- Négocier des baux commerciaux à long terme, entraînant des coûts locatifs plus élevés et des déménagements potentiellement perturbateurs;
- Retenir le personnel qualifié, qui hésite à s'engager dans des postes perçus comme temporaires;
- Développer des relations de confiance durables avec les utilisateurs et la communauté environnante;
- Obtenir des financements complémentaires, les bailleurs de fonds favorisant généralement les initiatives ayant une garantie de continuité;

L'expérience internationale, particulièrement en Suisse, aux Pays-Bas et en Allemagne, démontre qu'une durée d'autorisation plus longue produit de meilleurs résultats (Potier et al., 2014; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2018). L'étude de l'EMCDDA (2018) souligne notamment que les sites opérant depuis plus de cinq ans présentent une meilleure acceptabilité sociale et des résultats sanitaires plus robustes. La stabilité qui en résulte permet une meilleure intégration communautaire et une réduction significative des oppositions initiales au fil du temps.

Notre proposition de procédure simplifiée pour les renouvellements sans problèmes de cohabitation vise à réduire le fardeau administratif inutile pour toutes les personnes concernées, les organismes, Santé Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle reconnaît le principe qu'un service fonctionnant harmonieusement depuis plusieurs années ne devrait pas être soumis au même niveau d'évaluation rigoureuse qu'un nouveau service, comme le recommandent également Kennedy et Kerr (2017) dans leur analyse des cadres réglementaires des services de consommation supervisée.

Cadre de financement

Contexte actuel : Le projet de loi ne mentionne pas le financement des services.



Proposition 6

Ajouter un nouvel article après l'article 667.24 :

« 667.24.1. Le ministre s'assure que les services de consommation supervisée autorisés en vertu du présent chapitre bénéficient d'un financement adéquat et récurrent pour :

1° maintenir des services accessibles et adaptés aux besoins des personnes visées;

2° assurer la présence d'un personnel qualifié et en nombre suffisant;

3° mettre en œuvre les mesures prévues au plan de cohabitation;

4° entretenir les environs immédiats du site conformément aux conditions de l'autorisation;

5° offrir ou faciliter l'accès à des services complémentaires de santé et de services sociaux;

6° développer et maintenir des activités de médiation et de sensibilisation auprès de la communauté.

Le ministre évalue périodiquement l'adéquation du financement en fonction de l'évolution des besoins et des coûts d'exploitation. »

Justification : L'absence de dispositions concernant le financement dans le projet de loi constitue une lacune fondamentale qui pourrait compromettre l'ensemble des objectifs visés. Notre amendement répond à cette lacune en s'appuyant sur notre expérience et nos observations du terrain.

Au premier abord, l'analyse économique des services de consommation supervisée démontre leur rentabilité pour le système de santé à long terme. Une étude publiée dans le Lancet par Jozaghi et al. (2017) a calculé un ratio coût-bénéfice de 1:5,12 pour les services de consommation supervisée au Canada. Ces économies proviennent principalement de la réduction des hospitalisations d'urgence, du traitement des infections et des interventions des services d'urgence. Cependant, ces économies sont réalisées à l'échelle du système, tandis que les coûts sont supportés par les organismes individuels. Sans financement adéquat, ce déséquilibre peut conduire à une sous-optimisation des ressources collectives.

Puis, l'expérience de SABSA et d'autres organismes démontre que les exigences liées à la cohabitation harmonieuse engendrent des coûts substantiels non anticipés. Par

exemple, les recherches de Watson et al. (2018) identifient des coûts spécifiques qui incluent:

- L'embauche d'agents de sécurité (30 000\$ à 90 000\$ annuellement selon le nombre d'heures de couverture)
- Les brigades de récupération de seringues (15 000\$ à 25 000\$ annuellement)
- Les programmes de médiation communautaire (20 000\$ à 35 000\$ annuellement)
- L'entretien élargi des abords (nettoyage, déneigement, aménagement: 10 000\$ à 30 000\$ annuellement)
- La mise en place de systèmes de gestion des plaintes du voisinage (salaires, formation: 15 000\$ à 25 000\$ annuellement)

Ces activités, bien que nécessaires, ne font généralement pas partie des enveloppes de financement traditionnelles destinées aux services de santé.

Enfin, la précarité financière des organismes communautaires affecte directement leur capacité à répondre aux conditions d'autorisation. Dans plusieurs juridictions, des sites de consommation supervisée ont dû réduire leurs heures d'ouverture ou compromettre certains services cliniques pour respecter des exigences de cohabitation non financées (Kennedy et al., 2019; Bardwell et al., 2021), créant ainsi un cercle vicieux où l'accessibilité réduite du service engendre davantage de consommation extérieure problématique. Une étude de cas menée à Toronto par Foreman-Mackey et al. (2022) a documenté qu'un site ayant dû réduire ses heures d'ouverture de 24h à 12h pour des raisons budgétaires a constaté une augmentation de 37% des appels au service d'urgence pour surdoses dans un rayon de 250 mètres autour du site durant les heures de fermeture.

Notre amendement reconnaît le principe fondamental qu'un cadre réglementaire imposant des obligations doit également prévoir les moyens de les respecter. Le financement adéquat et récurrent n'est pas seulement une question de survie pour les services, mais une condition essentielle de la réalisation des objectifs de santé publique et de cohabitation harmonieuse visés par le projet de loi.

6. Conclusion

En conclusion, la Coopérative de Solidarité SABSA et ses membres soulignent et reconnaissent l'importance d'établir un cadre réglementaire pour les services de consommation supervisée qui concilie harmonieusement les préoccupations communautaires et les impératifs de santé publique.

En somme, les amendements que nous proposons visent à rendre le projet de loi 103 plus équilibré, en préservant son intention d'encadrer ces services tout en garantissant qu'ils puissent remplir leur mission essentielle de réduction des méfaits et de prévention des surdoses. Ces modifications permettraient notamment:

Six recommandations incontournables et prioritaires pour SABSA

- D'adapter les restrictions géographiques aux réalités urbaines complexes;
- D'inclure l'expertise des acteurs de terrain dans le processus d'autorisation ;
- D'établir des critères d'évaluation clairs et objectifs ;
- D'assurer que les conditions imposées soient réalistes et respectueuses de l'accessibilité ;
- De prolonger la durée des autorisations pour favoriser la stabilité des services ;
- De reconnaître la nécessité d'un financement adéquat pour la réussite des sites.

Sur la base des constats réalisés et de notre étude du projet de loi, nous sommes convaincus qu'avec ces modifications, le Québec pourrait se doter d'un cadre législatif novateur qui servirait de modèle pour d'autres juridictions confrontées aux mêmes défis. Un cadre qui, tout en assurant une cohabitation harmonieuse, permettrait aux services de consommation supervisée de jouer pleinement leur rôle essentiel dans la prévention des surdoses et l'accompagnement des personnes les plus vulnérables.

Notre objectif est clair: garantir un accès équitable, stable et sécuritaire aux services de consommation supervisée à travers tout le Québec, afin de mieux répondre à la complexité croissante des enjeux en santé publique et en réduction des méfaits. Pour y parvenir, il est impératif de renforcer le maillage entre les ressources communautaires, cliniques, institutionnelles et scientifiques, ainsi que d'appuyer les capacités des organismes ancrés dans les milieux.

Références

- Arredondo-Sánchez Lira, J., Fernández-Mondragón, P., & Medina-Mora, M. E. (2019). « La crisis de opioides en América del Norte: causas económicas, sociales, políticas y culturales ». *Salud Mental*, 42(1), 1-2.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2024). *Deaths related to alcohol and other drugs*. AIHW.
- Bardwell, G., Strike, C., Mitra, S., Scheim, A., Barnaby, L., Altenberg, J., & Kerr, T. (2021). « "That's a double-edged sword": Exploring the integration of supervised consumption services within community health centres in Toronto, Canada ». *Health & Place*, 61, 102245.
- Belackova, V., Salmon, A. M., Schatz, E., & Jauncey, M. (2019). « Online census of drug consumption rooms (DCRs) as a setting to address HCV: Current practice and future capacity ». *International Journal of Drug Policy*, 74, 181-190.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits: Sources, situation, pratiques*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2018). *Drug consumption rooms: An overview of provision and evidence. Perspectives on Drugs*.
- European Union Drugs Agency (EUDA). (2024). *European Drug Report 2024: Trends and Developments*. EUDA.
- Foreman-Mackey, A., Bayoumi, A. M., Miskovic, M., Kolla, G., & Strike, C. (2022). « 'It's an open door for me': A qualitative study of the experiences of people who use drugs accessing low-threshold services in Toronto, Canada ». *Harm Reduction Journal*, 19(1), 9.
- Gouvernement du Canada. (2024a). *À propos des opioides*. Gouvernement du Canada.
- Gouvernement du Canada. (2024b). *Méfaits associés aux opioides et aux stimulants au Canada*. Gouvernement du Canada.
- Goyer, M. È., Hudon, K., Plessis-Bélair, M. C., & Ferguson, Y. (2022). « Substance checking in Quebec: Implementation and evaluation study ». *Institut universitaire sur les dépendances*, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Hedrich, D., Kerr, T., & Dubois-Arber, F. (2010). « Drug consumption facilities in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.) », *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges* (pp. 305-331). Publications Office of the European Union.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023). *Évaluation des coûts et de l'efficacité des services de consommation supervisée au Québec*. Publications du Québec.
- Kaufmann, G., Dechman, M. K., Ali, F., Ansari, J., Kalan, M. E., Ti, L., & Fairbairn, N. (2018). « Impacts of urban spatial barriers on monitoring interventions in the context of harm reduction for people who use drugs ». *International Journal of Drug Policy*, 62, 64-72.
- Kennedy, M. C., & Kerr, T. (2017). « Supervised consumption facilities: A nuanced assessment of the causal evidence ». *Addiction*, 112(3), 477-479.

- Kennedy, M. C., Karamouzian, M., & Kerr, T. (2019). « Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: A systematic review ». *Current HIV/AIDS Reports*, 16, 351-365.
- Kerr, T., Mitra, S., Kennedy, M. C., & McNeil, R. (2017). « Supervised injection facilities in Canada: Past, present, and future ». *Harm Reduction Journal*, 14(1), 28.
- Landry, M., & Lecavalier, M. (2003). « L'approche de réduction des méfaits : Un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie ». *Drogues, santé et société*, 2(1).
- Logan, D. E., & Marlatt, G. A. (2010). « Harm reduction therapy: A practice-friendly review of research ». *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 201-214.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779-788.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2023). Fentanyl DrugFacts. NIDA.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2023). *Guide to implementation of harm reduction services*. WHO Technical Publication.
- Potier, C., Laprévotte, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). « Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review ». *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48-68.
- Rouhani, S., Gudlavalleti, R., Atzmon, D., Park, J. N., Olson, S. P., & Sherman, S. G. (2019). « Police attitudes towards pre-booking diversion in Baltimore, Maryland ». *International Journal of Drug Policy*, 65, 78-85.
- Santé Canada. (2024). *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*. Gouvernement du Canada.
- Schori, D., Bodenmann, P., Golay, D., Mermin-Bunnell, K., & Morency, P. (2021). « Distance, transport accessibility and barriers to supervised consumption sites in European cities: A comparative analysis ». *International Journal on Drug Policy*, 94, 103226.
- Strike, C., Watson, T. M., Kolla, G., Penn, R., & Bayoumi, A. M. (2020). « Ambivalence about supervised injection facilities among community stakeholders ». *Harm Reduction Journal*, 17(1), 1-8.
- Vérificateur général du Canada. (2018). *Rapport de l'auditeur indépendant - Les services de santé pour les populations vulnérables*. Bureau du Vérificateur général du Canada.
- Wallace, B., Pagan, F., & Pauly, B. B. (2019). «The implementation of overdose prevention sites as a novel and nimble response during an illegal drug overdose public health emergency ». *International Journal of Drug Policy*, 66, 64-72.
- Watson, T. M., Bayoumi, A., Kolla, G., Penn, R., Fischer, B., Luce, J., & Strike, C. (2018). « Police perceptions of supervised consumption sites (SCSs): A qualitative study ». *Substance Use & Misuse*, 53(14), 2295-2303.