

Commentaires sur la loi sur l'intervention humanitaire proposée

À propos du Conseil des femmes du Nouveau-Brunswick

Le Conseil des femmes du Nouveau-Brunswick est un organisme public indépendant d'étude et de consultation, traitant les domaines ou questions qui revêtent une importance, présentent un intérêt ou sont source de préoccupation pour les femmes et qui concernent leur égalité réelle. Ses objectifs sont les suivants :

- a) être un organisme indépendant qui fournit au ministre des conseils sur les questions qui revêtent une importance pour les femmes et qui concernent leur égalité réelle;
- b) attirer l'attention du gouvernement et du public sur les questions qui intéressent et préoccupent les femmes et qui concernent leur égalité réelle;
- c) inclure et mobiliser les femmes d'identités, d'expériences et de communautés diverses, les groupes de femmes et la société en général;
- d) agir de façon stratégique et fournir des conseils sur les questions d'actualité et d'avenir;
- e) représenter les femmes du Nouveau-Brunswick.

En visant l'atteinte de ces objectifs, le Conseil peut mener ou faire faire des recherches et publier les rapports, les études et les recommandations. Les travaux du Conseil sont dirigés par des membres bénévoles nommées, représentant des organisations ou siégeant à titre individuel. Le Conseil mène ses activités avec un petit effectif.

Projet de loi proposé

Lors de son discours du Trône¹, le gouvernement a annoncé son intention de donner aux « juges et aux agents d'audience le pouvoir d'ordonner un traitement en cas de troubles graves liés à l'usage de substances en vertu d'une nouvelle loi sur l'intervention humanitaire². » Le discours justifie ainsi cette mesure :

Cette loi vise à venir en aide, dans des cas extrêmes, aux personnes aux prises avec des problèmes de dépendance qui ne sont pas en mesure de subvenir à leurs besoins de base. Afin de pouvoir les aider, une intervention s'avère nécessaire, intervention qui est fondée sur une approche empreinte de compassion. La loi servira à encadrer ces interventions³.

Toujours dans le discours du Trône, il s'engage également à améliorer le traitement offert aux adultes en ajoutant 50 nouveaux lits en établissement afin d'offrir « des programmes de désintoxication et de réhabilitation de quatre à six mois, ce qui pourrait permettre de servir de 100 à 140 personnes chaque année, selon la durée des séjours⁴. » On y précise que l'ajout de ces lits reviendra à « doubler la capacité de traitement pour toxicomanie⁵ ».

Cette annonce faisait partie de la section du discours intitulée « Collectivités sûres », laquelle portait également sur les services de police et les services pénitentiaires. C'est le ministre de la Sécurité publique, Kris Austin, qui a mené le débat public sur la loi jusqu'à présent. Ce dernier a fait des déclarations aux médias décrivant les ordonnances de traitement comme des interventions qui peuvent sauver des vies et qui s'appliqueraient dans des cas extrêmes et renforceraient la sécurité de la collectivité⁶. Il a expliqué que la législation doit fixer un seuil élevé pour émettre des ordonnances (comme « la vie de la personne est en

¹ Nouveau-Brunswick, *Discours du trône, Troisième session de la 60e législature du Nouveau-Brunswick*, Assemblée législative, 17 octobre 2023.

² P. 15-16.

³ P. 16.

⁴ P. 16.

⁵ P. 16.

⁶ Radio Canada, « [Le Nouveau-Brunswick songe à forcer les toxicomanes à soigner leur dépendance](#) », *Radio Canada Ici Nouveau-Brunswick*, 19 septembre 2023.

danger et elle présente un risque pour la sécurité de son entourage⁷ » [traduction libre]) et que des paramètres, des contrôles et des bilans clairs doivent être prévus⁸.

Le présent document expose les inquiétudes du Conseil des femmes concernant les ordonnances de traitement. Il conclut en expliquant pourquoi il s'agit d'un enjeu pertinent pour l'égalité des femmes, puis formule des recommandations.

Remarque : Tout au long de ce document, le Conseil des femmes part du principe que la loi sur l'intervention humanitaire s'appliquera aux cas graves de troubles de l'usage d'une substance (TUS), catégorie de diagnostics du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition (DSM-5). Dans la version de langue anglaise du discours du Trône le terme « Severe Substance Abuse Disorder » (troubles graves liés à l'abus de substances) est employée pour faire référence au TUS, ce qui est non seulement désuet, mais néfaste.

Efficacité des ordonnances de traitement pour le traitement de dépendances

Il n'existe aucune preuve convaincante que le traitement involontaire est un moyen efficace de traiter les TUS. En 2023, dans une revue de littérature canadienne d'études portant sur les résultats du traitement imposé dans divers pays⁹, l'équipe de recherche ont constaté que :

les données sur le traitement involontaire des adultes non délinquants souffrant de TUS suggèrent que le traitement volontaire donne de meilleurs résultats que le traitement involontaire. En outre, les avantages tirés d'un traitement involontaire se perdent souvent dans une plus grande mesure suivant le traitement que ceux observés pour le traitement volontaire[.]¹⁰ [traduction libre]

L'objectif poursuivi par le gouvernement en établissant la loi sur l'intervention humanitaire ne serait peut-être pas d'aider les personnes à se rétablir à long terme, mais plutôt d'éviter un tort immédiat ou la mort. Le traitement involontaire ne permettrait pas nécessairement d'atteindre cet objectif non plus, car la revue de littérature de 2023 a révélé que « les personnes souffrant de TUS et traitées contre leur gré courent un risque plus élevé de surdose après le traitement¹¹ » [traduction libre]. En effet, après le traitement, elles

⁷ Aidan Cox, « [N.B. pursuing legislation that could see drug users subject to involuntary treatment](#) », *Canadian Broadcasting Corporation*, 8 septembre 2023.*

⁸ Barbara Simpson, « [N.B. searches for location for new 50-bed drug rehab facility](#) », *Telegraph-Journal*, 7 novembre 2023.*

et

Aidan Cox, 2023.

⁹ Emily Cooley, Anees Bahji et David Crockford, « [Involuntary Treatment for Adult Nonoffenders With Substance Use Disorders?](#) », *the Canadian Journal of Addiction*, vol. 14, n. 2, 2023.*

¹⁰ P. 29.

¹¹ P. 29.

*Les liens et articles qui ne sont disponibles qu'en anglais sont indiqués par un astérisque.

retournent souvent dans le milieu et la situation dans lesquels elles consommaient des substances. En recommençant à consommer après avoir perdu la tolérance, elles courent un risque plus élevé de faire une surdose. Une autre étude¹² qui a suivi 22 personnes après leur transfert de l'hôpital vers un placement involontaire de traitement pour un TUS dans le Massachusetts a révélé que dans l'année suivant ce placement « toutes avaient recommencé à consommer des substances et avaient fait au moins une visite au service d'urgences, tandis que 78,6 % avaient été admises au moins une fois » [traduction libre], et que « deux personnes, ce qui représente près de 10 % de notre population d'étude, sont décédées dans l'année qui a suivi le placement involontaire¹³ » [traduction libre]. L'étude affirme que « ces résultats suggèrent que les personnes qui ont eu congé de l'hôpital pour aller directement en placement involontaire ont toutes rechuté et ont subi une morbidité médicale importante au cours de la première année suivant leur sortie¹⁴ » [traduction libre].

L'étude de 2023 a constaté qu'il existe « des exceptions où la situation de certaines personnes recevant un traitement involontaire pour un TUS grave peut s'améliorer de manière importante et qu'il pourrait arriver que celles-ci n'aient pas accès à un traitement autrement¹⁵ » [traduction libre]. Toutefois, ces résultats positifs exigeraient un traitement « qui porte sur de nombreux déterminants sociaux de la santé (par exemple le logement, les finances, les soins médicaux, les soins psychiatriques) [...] et qui s'accompagne de soins de suivi intensifs et bien planifiés¹⁶ » [traduction libre]. Dans l'ensemble, la conclusion de l'étude est la suivante :

Les données suggèrent parfois des avantages limités pour le traitement involontaire, mais le traitement volontaire est systématiquement plus performant que le traitement involontaire. L'utilisation du traitement involontaire pour les TUS nécessiterait probablement une législation spéciale, la mise en place de sites de traitement désignés, une augmentation de l'effectif et des programmes de suivi intensifs. Compte tenu des preuves limitées et des problèmes éthiques et juridiques majeurs potentiels, il serait peut-être difficile de justifier les coûts d'un tel changement. Les ressources seraient mieux orientées vers l'élargissement des options de traitement volontaire avant d'envisager des approches de traitement involontaire au Canada¹⁷ [traduction libre].

Dans l'éventualité où une approche de traitement involontaire serait mise en place, l'étude a clairement indiqué qu'il faudrait alors « un suivi coordonné, en particulier immédiatement après un traitement

¹² John C. Messinger, Lisa Vercollone, Scott G. Weiner, William Bromstedt, Carol Garner, Jacqueline Garza, Joshua W. Joseph, Leon D. Sanchez, Dana Im et Alice K. Bukhman, « [Outcomes for Patients Discharged to Involuntary Commitment for Substance Use Disorder Directly from the Hospital](#) », *Community Mental Health Journal*, vol. 59, 2023, p. 1 300.*

¹³ P. 1 304.

¹⁴ P. 1 300.

¹⁵ Cooley et al. p. 29.

¹⁶ P. 29.

¹⁷ P. 25.

involontaire, pour réduire le risque de rechute et de surdose¹⁸ » [traduction libre] et que ce suivi devrait principalement aborder « les déterminants sociaux de la santé potentiellement modifiables et d'autres facteurs causaux contribuant au TUS¹⁹ » [traduction libre]. Il relève qu'il arrive même que les soins de suivi de routine ne soient pas prodigués, encore moins les soins de suivi intensifs, et met en garde contre le fait que « sans cela, tout gain potentiel d'un traitement involontaire serait probablement rapidement perdu avec un risque accru de surdose [...]»²⁰ » [traduction libre]. L'examen a également fait ressortir la nécessité de compter sur des « mesures de protection importantes pour garantir que les minorités déjà vulnérables ou racisées ne risquent pas de subir une discrimination ou un traumatisme supplémentaire²¹ » [traduction libre].

Des préoccupations semblables concernant l'efficacité et les risques du traitement involontaire ont déjà été communiquées au gouvernement, notamment dans une lettre²² signée par le personnel de première ligne, des fournisseurs de soins de santé et des personnes du milieu de recherche du Nouveau-Brunswick et de la région de l'Atlantique possédant une expertise en la matière. Le ministre Austin a répondu en positionnant la loi sur l'intervention humanitaire comme la seule alternative à l'ignorance ou à l'abandon de l'enjeu, de laisser les gens dans la rue, et, ultimement, de les laisser mourir²³. Dans une entrevue, il a déclaré : « Tous ces "experts" qui semblent penser que l'incarcération et les centres de réadaptation ne sont pas efficaces, je dirais plutôt que ce que nous faisons actuellement - laisser les gens dans la rue - n'est pas efficaces²⁴. »

La politique envisagée n'est pas fondée sur des données probantes. Il pourrait y avoir un nombre limité de cas où le traitement involontaire serait utile à condition qu'un soutien substantiel et complet soit offert relativement à l'ensemble des conditions de vie de la personne, pendant et après le traitement. Cela nécessiterait un filet de sécurité sociale que le Nouveau-Brunswick n'offre pas présentement. Si le gouvernement prévoit de mettre ce type de soutien à la disposition des personnes qui suivent un traitement involontaire, il ne l'a pas fait savoir publiquement.

La possibilité que quelques personnes tirent des avantages limités est bien inférieure au risque qui sera posé aux autres, ainsi qu'à la possibilité d'entraîner une violation de la *Charte canadienne des droits et libertés*. En outre, l'application de cette politique détournera les ressources d'interventions plus

¹⁸ P. 29.

¹⁹ P. 30.

²⁰ P. 30.

²¹ P. 29.

²² Radio Canada, 2023.

²³ Barbara Simpson, 2023.

et

Radio Canada, 2023.

²⁴ Radio Canada, 2023.

prometteuses et causera des problèmes en aval – lesquels sont exposés dans les sections suivantes du présent mémoire.

L'approche adoptée par le gouvernement pour présenter les ordonnances de traitement au public est également préoccupante. La version de langue anglaise du discours du Trône ne se contente pas de mal nommer le TUS, mais il utilise un langage désuet et néfaste en parlant de « Severe Substance Abuse Disorder²⁵ » (troubles graves liés à l'abus de substances). Le dossier n'est pas piloté par le ministère de la Santé ou le ministère du Développement social, mais par le ministère de la Justice et de la Sécurité publique. La réponse du ministre Austin aux critiques justifiées de cette politique a été de rejeter les connaissances d'expert-es et de suggérer à tort que la solution alternative proposée était de laisser mourir les gens. Cette approche ne permet pas de croire que la loi sur l'intervention humanitaire abordera la question du TUS d'une manière fondée sur des données ou sur l'équité ni qu'elle répondra aux besoins des personnes vulnérables qu'elle prétend soutenir.

Obstacles aux services et surveillance accrue

Les ordonnances de traitement sont susceptibles d'accroître les obstacles aux services sociaux et de santé rencontrés par certaines populations.

Les personnes souffrant de TUS qui peinent à répondre à leurs besoins fondamentaux pourraient éviter de solliciter des services de peur de recevoir une ordonnance de traitement, même pour des problèmes qui ne sont pas liés à la consommation de substances. Ce qui pourrait entraver, entre autres effets négatifs, un parcours de traitement volontaire. Les personnes souffrant de TUS qui sont également victimes de racisme, de capacitisme, d'homophobie et de transphobie, de classisme, entre autres, dans des milieux offrant des services seraient en particulier plus réfractaires à aller chercher du soutien de crainte que la discrimination existante augmente les risques de se voir ordonner un traitement.

Des personnes qui ne répondent pas aux critères d'ordonnance de traitement pourraient aussi craindre de s'en voir imposer une. Les personnes visiblement sans-abri, en pauvreté ou souffrant d'une maladie mentale sont victimes d'exclusion sociale, de profilage social et de criminalisation en raison de leur statut social²⁶. L'entrée en vigueur d'ordonnances de traitement les exposerait à une surveillance et à une attention encore plus rigoureuse, ce qui pourrait conduire à un harcèlement et à une marginalisation accrue. Ces populations peuvent éviter d'avoir recours à des services parce qu'elles se méfient des ordonnances de traitement, de la surveillance accrue ou du harcèlement. Plus particulièrement, ce sont les personnes qui vivent du racisme et d'autres formes d'oppression dans des milieux offrant des services qui seront probablement les plus touchées.

²⁵ Cette question est examinée plus en détail dans la section « Stigmatisation accrue » du présent document.

²⁶ Bill O'Grady, Stephen Gaetz et Kristy Buccier, [Can I See Your ID? The Policing of Youth Homelessness in Toronto](#), JFCY et Homeless Hub, 2011.*

Enfin, une situation de méfiance et de surveillance accrues dans un milieu de services qui peut être le résultat d'une ordonnance de traitement peut également représenter un obstacle supplémentaire aux soins de santé pour les populations qui sont souvent perçues comme recherchant des drogues, même si elles ne sont pas aux prises avec un TUS. Ces personnes sont notamment celles qui vivent avec une douleur chronique²⁷ et les personnes racisées²⁸.

Stigmatisation accrue

Les ordonnances de traitement augmenteront la stigmatisation entourant les TUS, ce qui nuira aux personnes souffrant de TUS, ainsi qu'aux personnes que l'on présume être aux prises avec un TUS (par exemple les personnes visiblement sans-abri, en pauvreté ou souffrant d'une maladie mentale).

La stigmatisation est « un processus social puissant qui se caractérise par l'étiquetage, les stéréotypes et la séparation, conduisant à la perte de statut et à la discrimination, le tout dans un contexte de pouvoir²⁹ » [traduction libre]. La stigmatisation a de profondes répercussions. Selon l'Agence de la santé publique du Canada :

La stigmatisation bloque l'accès aux services de soins de la santé, a une incidence négative la santé mentale et physique et expose les gens à la violence et au traumatisme. Elle garde également les personnes à l'écart des ressources dont elles ont besoin pour mener une vie saine telle, comme un logement, un revenu et un accès aux soins de la santé³⁰.

Le TUS est déjà extrêmement stigmatisé. Une revue d'études de 2017 sur la stigmatisation de personnes souffrant de TUS au sein du grand public dans différents pays a révélé que :

Le public a des opinions très stigmatisantes à l'égard des TUS. Les personnes souffrant de TUS sont souvent considérées comme dangereuses et imprévisibles, incapables de prendre des décisions concernant leur traitement ou leurs finances, et sont tenues pour responsables de leur propre état de santé. L'accentuation des stéréotypes peut entraîner des réactions émotionnelles négatives,

²⁷ Lise Dassieu, Angela Heino, Élise Develaya, Jean-Luc Kaboréa, Gabrielle Pagé, Gregg Moor, Maria Hudspith, et Manon Choinière, « [“They think you’re trying to get the drug”: Qualitative investigation of chronic pain patients’ health care experiences during the opioid overdose epidemic in Canada](#) », *Canadian Journal of Pain*, vol. 5, no. 1, 2021.*

²⁸ Astha Singhal, Yu-Yu Tien, et Renee Y. Hsia, « [Racial-Ethnic Disparities in Opioid Prescriptions at Emergency Department Visits for Conditions Commonly Associated with Prescription Drug Abuse](#) », *PLoS One*, vol. 11, no. 8, 2016.*

²⁹ Laura Nyblade, Melissa A. Stockton, Kayla Giger, Virginia Bond, Maria L. Ekstrand, Roger Mc Lean, Ellen M. H. Mitchell, La Ron E. Nelson, Jaime C. Sapag, Taweessap Siraprasiri, Janet Turan et Edwin Wouters, « [Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it](#) », *BMC Medicine*, vol. 17, 2019.*

³⁰ Agence de la santé publique du Canada, [Lutter contre la stigmatisation au sein du système de santé canadien est essentiel pour améliorer les résultats en santé](#), 2019.

comparables avec celles observées à l'égard des personnes souffrant de TUS, comme la pitié, la colère, la peur et un désir d'éloignement social³¹ [traduction libre].

Dans le domaine des soins de santé, la stigmatisation contribue à ce que les personnes qui consomment des substances se heurtent à des attitudes négatives de la part des fournisseurs et à un refus de services. Elles reçoivent également des soins de moindre qualité³². La stigmatisation constitue un obstacle à l'accès au traitement de dépendance et nuit à son efficacité lorsqu'il est entrepris³³.

Les ordonnances de traitement augmenteront la stigmatisation en envoyant le message que les personnes qui ont des problèmes de consommation méritent d'être retirées de force de leur communauté et soumises à des soins médicaux auxquels elles n'ont pas consenti, qui ont peu de chances d'être efficaces et qui peuvent augmenter le risque de décès. Cela validera à son tour l'augmentation de la surveillance et du contrôle que les ordonnances de traitement sont susceptibles d'entraîner dans les services.

Le gouvernement n'a pas démontré qu'il avait des plans pour atténuer l'augmentation de la stigmatisation qui sera créée par la loi sur l'intervention humanitaire. Au contraire, il a déjà renforcé la stigmatisation des TUS par le langage utilisé dans le discours du Trône de langue anglaise (c'est-à-dire en nommant à tort les TUS un « Severe Substance Abuse Disorder »). L'utilisation d'un langage non stigmatisant n'est pas une question d'euphémisme au nom de la politesse ou de la délicatesse, mais s'inscrit dans la mise en place de conditions favorables au bénéfice des personnes souffrant de TUS³⁴. Il est inquiétant qu'une pratique aussi élémentaire ait été négligée par le gouvernement lorsqu'il a présenté la possibilité d'ordonner des traitements au public.

Sécurité des collectivités

Il est fort probable que la logique derrière la politique d'ordonnance de traitement comme mesure de sécurité des collectivités est la suivante : une personne souffrant d'un TUS, après avoir terminé son traitement, s'abstiendra de consommer des substances ou aura moins de difficultés avec la consommation, et sera donc plus à même de répondre à ses besoins fondamentaux et moins susceptible de commettre des infractions aux règlements ou des actes criminels.

³¹ Lawrence Yang, Liang Y. Wong, Margaux M. Grivel et Deborah S. Hasin, « [Stigma and substance use disorders: an international phenomenon](#) » *Curr Opin Psychiatry*, vol. 30, no. 5, 2017.*

³² James D. Livingston, [La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé](#), Commission de la santé mentale du Canada, 2020.

³³ Nyblade et al.

³⁴ Janet Zwick, Hannah Appleseth et Stephan Arndt, « [Stigma: how it affects the substance use disorder patient](#) », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 15, 2020.*

Il est cependant peu probable que les ordonnances de traitement aient l'effet escompté pour ces personnes. Elles risquent plutôt de fortifier les problèmes liés aux substances vécus par les personnes et les collectivités en augmentant la stigmatisation et en tenant les personnes à l'écart des services.

Compte tenu de cela, en examinant les résultats les plus probables de la mise en œuvre des ordonnances de traitement, la vraie logique de la politique est révélée.

Dans l'immédiat, il est probable que les personnes qui sont visiblement aux prises avec un TUS et qui ne sont pas capable de répondre à leurs besoins fondamentaux soient enlevé de leurs communautés, du moins temporairement, pour être placées dans des centres de traitement résidentiel. Elles devront y subir des soins de santé non consentis présentant peu de chances de les aider à régler un TUS, et qui peuvent augmenter le risque de décès après la sortie du centre. À plus long terme, les ordonnances de traitement stigmatiseront davantage le TUS, ce qui rendra encore plus difficile pour les personnes qui en souffrent d'avoir accès à du soutien de réadaptation et à d'autres services sociaux et de soins de santé.

En énonçant ainsi les résultats probables des ordonnances de traitement, il apparaît clairement que la logique derrière la loi sur l'intervention humanitaire n'est pas d'offrir un traitement efficace aux personnes souffrant de TUS pour accroître la sécurité des collectivités en réduisant les infractions. La logique est plutôt que la sécurité de la communauté exige le retrait de certains individus et que les ordonnances de traitement sont le moyen d'y parvenir en dehors des systèmes existants (à savoir le système de justice pénale ou la *Loi sur la santé mentale*). Même la stigmatisation accrue découlant des ordonnances de traitement suit cette logique : plus les personnes aux prises avec un TUS seront stigmatisées, plus leur retrait de la communauté sera considéré comme justifiable, voire souhaitable, sans égard au préjudice qu'il cause ou à la violation potentielle de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Le leadership du ministère de la Justice et de la Sécurité publique dans ce dossier s'inscrit également dans cette logique, tout comme la référence du ministre Austin à l'incarcération lorsqu'il défend les ordonnances de traitement³⁵.

La lettre au gouvernement signée par des expert·es a déjà signalé qu'il s'agit là du résultat probable de la loi sur l'intervention humanitaire. Les signataires expliquent que les ordonnances de traitement seront punitives et constitueront une forme d'«*incarcération médicalisée*³⁶ » [traduction libre].

³⁵ Radio Canada, 2023.

³⁶ [Open Letter Opposing Legislated Forced Abstinence & Medicalized Incarceration In New Brunswick](#) *

Incidence sur l'égalité réelle des femmes

La loi sur l'intervention humanitaire nuira au bien-être des femmes qui seraient soumises à des ordonnances de traitement et pourrait violer leurs droits garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés*. Elle affectera toutes les femmes vivant avec un TUS, qui seront de plus en plus stigmatisées et auront plus difficilement accès aux traitements et à d'autres services sociaux et de santé. Elle aura probablement des effets sur les femmes qui sont visiblement sans-abri, en pauvreté et souffrant d'une maladie mentale, qu'elles soient ou non aux prises avec un TUS, en renforçant la surveillance, la stigmatisation et multipliant les obstacles pour avoir accès aux services. Elle risque d'avoir une incidence disproportionnée sur ces femmes qui sont 2ELGBTQQA+, racisées ou en situation de handicap.

Les ordonnances de traitement constituent un risque pour l'égalité des femmes en ce qu'elles utilisent le placement en institution comme réponse politique aux populations marginalisées et stigmatisées qui ont besoin de soutien. Le placement en institution consiste à éloigner les personnes de leur famille et de leur communauté, à les placer dans des milieux de vie collectifs et à les priver du contrôle de leurs activités quotidiennes. Le justificatif est de soi-disant fournir des soins aux personnes qui ne peuvent pas s'occuper d'elles-mêmes; en réalité, il est souvent utilisé pour faire disparaître une population cible de la communauté. La mesure est stigmatisante, source d'isolement et a, historiquement, engendré des préjudices importants³⁷. Le recours accru à cette mesure est une menace pour le bien-être et l'égalité des groupes marginalisés qui ont été historiquement pathologisés – ce qui comprend les femmes, en particulier celles qui font partie de communautés 2ELGBTQQA+, en situation de handicap ou qui vivent dans la pauvreté. La loi sur l'intervention humanitaire élargira et normalisera encore davantage le placement en institution au Nouveau-Brunswick.

Enfin, le Conseil des femmes craint que l'approche adoptée pour élaborer des politiques et en matière de gouvernance mise en évidence dans la loi sur l'intervention humanitaire représente un risque pour l'égalité des femmes.

Pour faire progresser l'égalité des femmes, il faut des politiques fondées sur des données probantes et sur l'équité, centrées sur les personnes les plus marginalisées et les plus touchées. Elle nécessite une politique [cocriée](#) avec des spécialistes compétent-es, notamment la communauté de recherche, des personnes ayant une expérience vécue et des fournisseurs de services. La loi sur l'intervention humanitaire ne répond à aucune de ces exigences.

Au contraire, la loi sur l'intervention humanitaire mettra en œuvre une politique qui risque de nuire, tant au niveau de la personne qu'au niveau systémique aux personnes mêmes qu'elle est censée soutenir. Il n'y a eu aucune transparence quant à l'aboutissement logique de la loi, qui est la création d'une nouvelle forme de détention en prenant pour prétexte les soins de santé. Aux critiques qui décrivent le résultat probable de

³⁷ [Les vérités de l'institutionnalisation : passées et présentes](#)

la loi, le gouvernement a répondu en laissant entendre que les personnes expertes ne sont pas, en fait, des expert·es et en déformant les solutions de rechange proposées.

Cette approche pour l'élaboration des politiques et en matière de gouvernance risque d'éroder la confiance du public dans le gouvernement en tant qu'institution. Cette situation est extrêmement préoccupante en ce contexte de montée de l'extrême droite. Le Conseil des femmes a déjà fait ses recommandations au gouvernement sur cette inquiétante montée et ses effets particuliers sur les femmes, dans son [Mémoire présenté à la commissaire sur le racisme systémique](#) et dans son document intitulé [L'augmentation des activités anti-2ELGBTQIA+ organisées au Nouveau-Brunswick](#).

Recommandations

Relativement à la loi sur l'intervention humanitaire en particulier, le Conseil des femmes recommande au gouvernement :

- d'interrompre l'élaboration de cette loi;
- de solliciter les personnes expertes en TUS (personnes ayant une expérience vécue, fournisseurs de services communautaires, professionnel·les de la santé et équipes de recherche) à cocréer des politiques fondées sur des données probantes et sur l'équité pour soutenir les personnes aux prises avec un TUS;
- d'investir dans l'infrastructure sociale pour s'attaquer aux causes profondes de TUS.

De manière plus générale, le Conseil des femmes recommande au gouvernement :

- de soutenir les populations marginalisées au moyen de politiques fondées sur les données probantes et l'équité, d'une analyse comparative selon le genre et cocrées avec des spécialistes en la matière;
- de s'abstenir de miner la crédibilité des spécialistes, sans aucun fondement, lorsqu'ils remettent en question les politiques privilégiées par le gouvernement;
- de s'abstenir de déformer les critiques et les solutions proposées par les spécialistes en réponse aux politiques privilégiées par le gouvernement.