

Progrès récents dans certains domaines des politiques en matière de toxicomanie

(Dernière mise à jour : mai 2004)

Dans la préparation de l'évaluation du portefeuille de politiques du CCLAT, un examen de l'élaboration récente des politiques dans plusieurs domaines particuliers a été entrepris. Cette information est présentée ci-dessous sous forme de liste et sera mise à jour de façon semi-régulière dans le but de tenir les chercheurs et les décideurs au courant des progrès significatifs dans certains secteurs particuliers du domaine des toxicomanies.

Progrès récents de la politique nationale en matière de toxicomanie

- Décembre 2000 : Plusieurs intervenants au sujet des politiques en matière de toxicomanie se sont réunis à Winnipeg (Manitoba) et ont établi les principes directeurs pour une nouvelle Stratégie canadienne antidrogue. Le groupe présente un rapport ayant pour titre *Towards a New National Focus and Drug Strategy* (Manitoba Drug Policy Symposium, 2001) dans lequel il recommande que la nouvelle stratégie canadienne antidrogue :
 - soit intégrée, équilibrée et maintenue,
 - soit significative et pertinente pour tous les Canadiens,
 - soit multisectorielle et complète,
 - reflète la tolérance et le respect, y compris les droits des Canadiens ayant des problèmes liés aux drogues,
 - soit inclusive pour les intervenants à l'échelle du continuum,
 - prenne en considération les ramifications complètes des interventions et stratégies,
 - appuie les approches communautaires de renforcement des capacités,
 - soit axée sur les mesures appropriées des résultats, qu'elle choisisse les objectifs appropriés des résultats, qu'elle accorde la priorité aux interventions efficaces tout en ayant des objectifs pratiques atteignables,
 - soit axée sur le soutien visant à maximiser les interventions novatrices,
 - soit axée sur les méfaits causés par les drogues plutôt que sur l'utilisation des drogues en soi.
- Décembre 2001 : Le Vérificateur général examine de façon générale l'intervention du gouvernement fédéral face aux drogues illicites et conclut que la politique antidrogue du Canada manque d'équilibre, de leadership, d'uniformité et de coordination, et que l'information de base nécessaire à l'évaluation de la gravité du problème de l'abus de substances et de l'efficacité de la réponse du gouvernement à ce problème n'est pas disponible. De plus, le rapport indique que 94 % des dépenses fédérales relativement aux drogues illicites ont été appliquées à la lutte antidrogue et que seulement 6 % ont été consacrées aux efforts de contrôle de la demande, notamment, l'éducation et le traitement (Vérificateur général, 2001).
- Septembre 2002 : Le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites termine une étude de deux ans sur le problème du contrôle du cannabis et publie un rapport complet demandant, entre autres choses, la légalisation réglementée du cannabis au Canada. De plus, le rapport du Comité sénatorial se fait l'écho du Vérificateur général en suggérant qu'un soutien irrégulier au niveau fédéral a une incidence négative sur la capacité de régler les problèmes associés à l'abus de substances et aux toxicomanies au Canada (Sénat, 2002).
- Novembre 2002 : Le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments de la Chambre des communes dépose un rapport sur les drogues illicites dans lequel il offre un total de 41 recommandations, y compris se faire l'écho de l'appel du Vérificateur général pour une meilleure surveillance et une meilleure collecte de données, et dans lequel on demande la décriminalisation de la possession/cultivation du cannabis à des fins personnelles (Chambre des communes, 2002).

- Mai 2003 : Le gouvernement du Canada présente deux initiatives visant à améliorer sa réponse à l'égard des problèmes reliés à l'abus de substances et aux toxicomanies :
 - Le projet de loi C-38, le projet de loi sur la réforme du cannabis, qui vise, entre autres choses, à décriminaliser la possession de petites quantités de cannabis à des fins personnelles. Le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments de la Chambre des communes a organisé plusieurs audiences sur le projet de loi C-38 au cours de la dernière moitié de 2003, mais il n'a pas été en mesure de mettre la question aux voix devant toute la Chambre avant la fin de la séance parlementaire de décembre. Le projet de loi C-38 a été réintroduit à titre de projet de loi C-10 au début de février 2004 et le Parlement doit voter sur le projet de loi au cours des mois à venir. Le sujet de la politique sur le contrôle du cannabis fera l'objet de plus amples discussions ci-après.
 - Le renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue (SCA) allouant 245 millions de dollars sur cinq ans dans le but de promouvoir l'approche des « quatre piliers » de l'abus de substances au Canada (p. ex., éducation, lutte antidrogue, traitement et réduction des méfaits). Les points saillants de la nouvelle SCA incluent ce qui suit :
 - nouveau financement pour la continuité et l'expansion des tribunaux de traitement des toxicomanies au Canada;
 - initiatives communautaires dans le but de régler un éventail de problèmes liés à la prévention, à la promotion de la santé, au traitement et au rétablissement;
 - campagnes de sensibilisation du public à l'abus de substances avec un accent particulier mis sur les jeunes;
 - nouveau financement pour les activités de recherche sur les tendances de la drogue dans le but de permettre une prise de décisions plus éclairées;
 - conférence biennale et nationale avec tous les intervenants pour établir les programmes de recherche, de promotion et de prévention;
 - nouvelles ressources pour aider à réduire l'approvisionnement de drogues illicites (c.-à-d. lutte antidrogue), y compris près de 1 million de dollars pour la recherche sur le dépistage de la consommation de drogues sur la route.
- Octobre 2003 : Les Instituts de recherche en santé du Canada, Santé Canada, le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies et le CCLAT parrainent le Forum sur la recherche sur l'alcool et les drogues illicites, qui rassemble plus de 70 chercheurs en toxicomanie et experts connexes dans le but de mettre au point un ensemble de directives stratégiques pour la recherche sur les causes et conséquences de l'abus de substances. Le Forum a permis de produire la liste suivante des principaux thèmes de recherche pour les cinq prochaines années :
 - Autochtones,
 - biologie de l'utilisation de substances et des toxicomanies,
 - épidémiologie,
 - promotion de la santé, prévention et politiques de santé publique,
 - populations et facteurs de protection,
 - recherche sur la diffusion et le transfert des connaissances,
 - différences entre les sexes et influences en fonction du sexe,
 - conception et évaluation des systèmes et politiques gouvernementales,
 - traitement et prévention des rechutes.
 - Au cours des discussions plénières dans le cadre du Forum, plusieurs participants notent le besoin d'un cadre conceptuel visant à guider la recherche liée à l'abus de substances et suggèrent le projet de recommandation suivant :

Nous recommandons qu'un cadre de travail conceptuel soit élaboré pour tout le spectre de la consommation d'alcool et de drogues, de la consommation abusive, de la toxicomanie, de la prévention et du traitement. Ce cadre de travail a) serait basé sur un modèle multidimensionnel englobant les approches, les installations et les populations et b) fournirait un aperçu conceptuel faisant le lien

entre diverses initiatives du système aux niveaux national, régional et local (Santé Canada, 2004).

- Décembre 2003 : Le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT) annonce la mise en œuvre d'un nouveau sondage national qui fournira aux chercheurs des données sur la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues chez les adultes pour la première fois depuis 1994. Les plans actuels prévoient de répéter le sondage national sur la consommation de drogues tous les 3-5 ans dans le but de fournir des données continues sur la consommation de drogues et d'alcool pour les adultes au Canada.
- Printemps 2004 : Santé Canada et le CCLAT organisent des « tables rondes » régionales à Toronto, à Edmonton et à Winnipeg avec divers intervenants dans le but de les consulter sur l'élaboration d'un Cadre d'intervention national sur l'abus de substances.

Progrès récents de la politique de réduction des méfaits

- Novembre 2000 : Le Conseil municipal de Vancouver adopte l'approche des « quatre piliers » visant à traiter le problème du mauvais usage des drogues, un des piliers étant la réduction des méfaits.
- Janvier 2001 : Le Service correctionnel du Canada (**SCC**) publie un rapport qui énonce les effets positifs de la thérapie d'entretien à la méthadone sur les résultats postlibératoires des détenus qui ont une dépendance à l'égard des opiacés (Johnson, 2001).
- Septembre 2001 : Santé Canada publie un rapport intitulé : *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada* (Santé Canada, 2001a). Ce rapport établit les principes et objectifs suivants :
 - Objectifs :
 - accroître les efforts dans le but d'agir sur les déterminants de la santé et les facteurs sous-jacents associés à une mauvaise utilisation des drogues;
 - réduire la morbidité et la mortalité liées aux drogues injectables;
 - réduire l'incidence et la prévalence de l'utilisation des drogues injectables;
 - réduire les coûts et autres conséquences sociales, économiques et pour la santé de l'utilisation des drogues injectables.
 - Principes :
 - l'utilisation des drogues injectables devrait être traitée d'abord et avant tout comme un problème social et de santé;
 - les personnes qui utilisent des drogues injectables devraient être traitées avec dignité et leurs droits devraient être respectés;
 - les services devraient être accessibles et appropriés et devraient inclure les personnes qui utilisent des drogues injectables dans tous les aspects de la planification et de la prise de décisions;
 - les programmes et politiques devraient tenir compte de la diversité chez les personnes qui utilisent des drogues injectables, notamment, le sexe, la culture, l'âge, l'emplacement géographique et la polytoxicomanie;
 - la collectivité et les intervenants devraient être impliqués dans la mise en place de solutions.
- Mai 2002 : Le **SCC** met en œuvre la « Phase II » de son programme de méthadone qui permet aux détenus sous responsabilité fédérale qui ont une dépendance à l'égard des opiacés de commencer un traitement à la méthadone en prison.
- Juin 2002 : La North American Opiate Maintenance Initiative (NAOMI) obtient l'approbation budgétaire et réglementaire définitive. L'étude commencera en avril 2004 ou lorsque la logistique des trois sites d'étude (Vancouver, Toronto, Montréal) sera mise au point.

- 2002 : Santé Canada diffuse une analyse documentaire et des rapports relatifs aux meilleures pratiques sur la thérapie d'entretien à la méthadone. Le document des meilleures pratiques comporte les recommandations suivantes concernant la recherche et l'évaluation :
 - De plus amples recherches sur le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) sont nécessaires dans de nombreux domaines. Par exemple, certains objectifs de traitement ne se sont pas vu accorder autant d'attention du milieu de la recherche que d'autres, y compris le rôle du TEM en ce qui a trait aux éléments suivants :
 - traitement des adolescents/jeunes;
 - efficacité des interventions à faible seuil dans le contexte canadien;
 - acceptabilité du programme (chez le client/patient et par la société);
 - autres médicaments/traitements disponibles dans d'autres pays;
 - dépistage/évaluation et outils de mesure des résultats (en particulier les outils conçus pour rendre ces tâches réalisables pour les praticiens de collectivités plus petites).
 - De plus amples recherches sont également nécessaires sur les coûts-avantages et coûts-efficacité du traitement d'entretien à la méthadone (Santé Canada, 2002).
- Mai 2003 : La réduction des méfaits est incluse à titre de « pilier » central dans la nouvelle Stratégie canadienne antidrogue.
- Juin 2003 : Le Solliciteur général de l'Alberta met en œuvre une politique qui permet aux prisonniers des établissements correctionnels de l'Alberta qui recevaient un TEM avant leur incarcération de continuer le traitement en établissement.
- Juin 2003 : Santé Canada dispense de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (**LRCIDAS**) l'une étude pilote sur le site d'injection sécuritaire à Vancouver (Colombie-Britannique).
- Juillet 2003 : Le Evaluation Committee of the Medically Supervised Injection Centre (MSIC) à Sydney diffuse un rapport énonçant les effets positifs du Centre d'injection, y compris les taux élevés de consommation, la réduction des décès par surdose et 1 800 aiguillages vers les services en 18 mois (MSIC Evaluation Committee, 2003).
- Août 2003 : Le Addiction and Mental Health Research Laboratory de l'Université de l'Alberta diffuse un rapport détaillé et multiméthodes sur l'utilisation des drogues injectables à Edmonton et dans lequel on retrouve de nombreuses recommandations en matière de politiques et de recherches (Wild et ses collaborateurs, 2003).
- Septembre 2003 : Insite, le premier site d'injection sécuritaire en Amérique du Nord voit le jour à Vancouver (Colombie-Britannique).
- Septembre 2003 : Les résultats de l'essai sur l'héroïne de prescription dans les Pays-Bas sont publiés dans le British Medical Journal (van den Brink et ses collaborateurs, 2003).
- Octobre 2003 : Santé Canada coupe « unilatéralement » le paiement versé aux pharmaciens qui distribuent de la méthadone aux clients ayant une dépendance aux opiacés au Canada.
- Novembre 2003 : Le Réseau juridique canadien VIH/SIDA publie un « rapport d'étape » sur la mise en œuvre des mesures de réduction des méfaits dans les systèmes carcéraux canadiens, accordant une note d'échec à tous les secteurs de compétence, à l'exception du SCC et de la Colombie-Britannique (Lines, 2002).
- Janvier 2004 : La Commission canadienne des droits de la personne diffuse un rapport sur les femmes purgeant une peine de ressort fédéral au Canada et recommande que les mesures de réduction des méfaits offertes au grand public (y compris l'échange de seringues) soient offertes aux prisonniers sous responsabilité fédérale au Canada (CCDP, 2003).

- Février 2004 : L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies diffuse un rapport sur les sites d'injection sécuritaires. Dans la conclusion du rapport, on mentionne que les données probantes suggèrent que les sites d'injection sécuritaires sont seulement une bonne idée et peuvent seulement être efficaces dans les cas suivants :
 - s'ils sont établis dans le cadre plus vaste d'une politique publique et d'un réseau de services qui visent à réduire les méfaits individuels et sociaux émanant du problème de la consommation de drogues;
 - s'ils sont fondés sur un consensus et une collaboration active entre les principaux acteurs locaux, en particulier les travailleurs de la santé, la police, les autorités locales et les collectivités locales;
 - s'ils sont vus pour ce qu'ils sont – services particuliers visant à réduire les problèmes des méfaits sociaux et pour la santé qui touchent certaines populations à risque élevé d'utilisateurs de drogues problématiques et à répondre aux besoins que d'autres mesures d'intervention n'ont pas réussi à combler (Hedrich, 2004:85).
- Mars 2004 : L'Organe international de contrôle des stupéfiants de l'ONU publie un rapport annuel pour 2003 dans lequel on suggère que le site d'injection sécuritaire de Vancouver et que les efforts visant à réformer les lois criminelles interdisant le cannabis agissent de façon contraire aux conventions internationales sur les drogues auxquelles adhère le Canada (OICS, 2004).

Progrès récents des politiques sur le traitement des toxicomanies

- Décembre 1998 : Le premier tribunal de traitement pour toxicomanes (TTT) du Canada voit le jour à Toronto.
- Décembre 2001 : Le rapport d'évaluation provisoire du TTT de Toronto qui a été diffusé et qui était basé sur un échantillon apparié non randomisé révèle une incidence positive sur la consommation des drogues, la récurrence et la santé (Gliksman et ses collaborateurs, 2001).
- Décembre 2001 : Le TTT de Vancouver démarre ses activités dans le cadre d'un projet pilote de quatre ans.
- 2002 : Santé Canada diffuse des rapports relatifs aux « meilleures pratiques » sur le traitement de l'abus de substances pour les Autochtones, les personnes âgées, les femmes, les jeunes et les personnes atteintes de troubles concomitants.
- Mai 2003 : Le gouvernement du Canada engage, dans le cadre de la nouvelle Stratégie canadienne antidrogue, 23 millions de dollars sur cinq ans dans le but de continuer l'établissement des TTT de Toronto et de Vancouver et de trois autres TTT en 2004.
- Octobre 2003 : Le Rapport national de 2002 du RCCET révèle une augmentation générale de la consommation des drogues sur les sites d'étude, mais une réduction des traitements en établissement offerts (RCCET, 2003).

Progrès récents de la politique sur la consommation d'alcool

Publicité relative à l'alcool :

- Août 1996 : Le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) révisé le Code de la publicité radiodiffusée relatives aux boissons alcoolisées. Le nouveau Code exige maintenant que l'industrie diffuse des messages au sujet des effets négatifs de la consommation excessive ou inappropriée d'alcool et qu'elle dépose des rapports annuels sur ces campagnes compensatoires.
- 1997 : Le CRTC attribue le processus de dépistage et d'approbation des publicités radiodiffusées sur l'alcool aux Normes canadiennes de la publicité (NCP), un organisme sans but lucratif parrainé par l'industrie.

- Août 1999 : Le CRTC modifie les règles concernant l'établissement de rapports sur les campagnes publicitaires d'éducation du public, de sorte que les divers radiodiffuseurs établissent leurs propres rapports plutôt que les groupes de commerce de l'industrie.
- 2000 : L'Association médicale canadienne diffuse un énoncé de principes dans lequel elle insiste pour que le gouvernement adopte une loi interdisant la publicité sur l'alcool à la radio, à la télévision et dans les médias imprimés.
- Entre 1997 et 2003, une moyenne de 68 plaintes au sujet de publicités radiodiffusées sur l'alcool ont été reçues au Canada par année. De ces plaintes, une moyenne de 23 ont été retenues contre les annonceurs de publicités sur l'alcool.

Étiquettes de mise en garde contre l'alcool :

- 2000 : L'Association médicale canadienne diffuse un énoncé de principes dans lequel elle insiste pour que le gouvernement adopte une loi exigeant des étiquettes de mise en garde contre les dangers de consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse.
- Juin 2000 : La Société canadienne de pédiatrie diffuse un énoncé de principes en appui aux étiquettes de mise en garde contre l'alcool.
- Avril 2001 : Le CTSM diffuse un énoncé de principes appuyant les étiquettes de mise en garde contre l'alcool.
- Avril 2001 : La Chambre des communes adopte une motion de la députée Judy Wasylycia-Leis du N.P.D. appuyant l'apposition d'étiquettes de mise en garde contre l'alcool.
- Avril 2003 : La députée Judy Wasylycia-Leis du N.P.D. lance une pétition nationale visant à forcer le Parlement à prendre en considération les étiquettes de mise en garde contre l'alcool.

Syndrome d'alcoolisme fœtal :

- Juillet 1998 : Le SCC publie un rapport de recherche intitulé : *Syndrome d'alcoolisme fœtal : Répercussions pour le Service correctionnel* (Boland et ses collaborateurs, 1998).
- Mai 2001 : Santé Canada publie un rapport intitulé *Meilleures pratiques – Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse* (Santé Canada, 2001b).
- Mai 2001 : Les gouvernements fédéral et provinciaux lancent une campagne de sensibilisation nationale au SAF.
- 2003 : Le *Journal of FAS International* est lancé par Motherisk à Toronto.
- 2003 : Santé Canada diffuse un rapport intitulé *L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale* (Santé Canada, 2003)

Privatisation des points de vente au détail de l'alcool :

- Mai 2003 : Le Centre canadien de politiques alternatives publie une évaluation sur la privatisation des ventes au détail et de la distribution de l'alcool en Alberta (Flannagan, 2003). Plusieurs effets sont notés : 1) une augmentation de 4 % du prix réel des produits de l'alcool, 2) une augmentation du nombre d'articles stockés disponibles pour les consommateurs (de 3 325 à 17 000), 3) une augmentation du nombre de points de vente d'alcool, soit de 310 à 983, 4) une augmentation de l'emploi associé aux ventes au détail de l'alcool, passant de 1 300 à 4 000, et 5) une diminution du salaire moyen versé aux personnes qui oeuvrent dans le domaine des ventes au détail de l'alcool, ce dernier passant de 14 \$ l'heure en plus des avantages à 7 \$ l'heure.
- Février 2004 : Le gouvernement ontarien mentionne la possibilité de vendre les magasins de la RAO pour aider à couvrir la dette restante de l'administration précédente.

- Février 2004 : Les brasseurs du Canada proposent de fusionner leurs magasins de bières privés et les magasins publics de la RAO en Ontario.

Politique générale sur la consommation d'alcool :

- Mars 2000 : Les chercheurs du CTSM diffusent un rapport sur la consommation d'alcool et de drogues dans les campus canadiens et dans lequel on révèle que l'alcoolisme périodique (cuites d'un soir) est un problème significatif.
- Avril 2002 : Le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism des É.-U. (NIAAA) publie un rapport intitulé : *A Call to Action: Changing the Culture of Drinking at US Colleges*. Les résultats de la recherche appuient fortement le recours au « cadre trois en un », c'est-à-dire des programmes complets et intégrés aux composantes complémentaires multiples qui ciblent les éléments suivants :
 - les personnes, y compris les buveurs à risque ou qui ont une dépendance à l'égard de l'alcool,
 - la population étudiante dans l'ensemble,
 - l'université et la collectivité connexe.
- 2003 : Babor et ses collaborateurs publient un livre intitulé *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*. Ce livre présente des données sur la prévalence de la consommation de l'alcool et des méfaits à l'échelle mondiale et évalue la rentabilité de 32 politiques publiques liées à la lutte contre l'alcool. Le rapport recommande les 10 politiques suivantes à titre de « meilleures pratiques » :
 - âge minimum légal pour acheter de l'alcool;
 - monopole du gouvernement des ventes au détail;
 - restrictions concernant les heures ou les jours de vente;
 - restrictions sur la densité des points de vente;
 - taxes sur l'alcool;
 - points de contrôle de la sobriété;
 - faibles limites du taux d'alcoolémie;
 - suspension administrative du permis de conduire;
 - immatriculation par étapes progressives pour les conducteurs débutants;
 - brèves interventions à l'intention des conducteurs dangereux.

Progrès récents de la politique du contrôle du cannabis

- Juillet 2000 : La Cour d'appel de l'Ontario rend une décision qui suggère que les lois actuelles sur la possession du cannabis au Canada forcent certaines personnes à choisir entre « leur santé et leur incarcération ». La Cour accorde au gouvernement 12 mois pour réformer ses politiques, de sorte que le cannabis soit légalement disponible à des fins médicales particulières.
- Décembre 2000 : Le gouvernement du Canada établit un contrat avec Prairie Plant Systems Inc. dans le but de distribuer aux utilisateurs autorisés de la marijuana de qualité médicale. La première culture doit être disponible en janvier 2002.
- Juillet 2001 : Le gouvernement met en œuvre son Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMM), le Canada devenant le premier pays au monde à fournir officiellement de la marijuana à des fins médicales aux patients. Cette politique permet aux personnes qui ont reçu un diagnostic médical approprié de posséder et/ou cultiver du cannabis à des fins médicales ou d'acheter du cannabis du gouvernement.
- Juillet 2001 : L'Association médicale canadienne diffuse un communiqué qui s'oppose fortement au Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales du gouvernement fédéral puisqu'il n'y a « pas de données probantes scientifiques complètes et crédibles sur les indices, les risques et les avantages de la marijuana à des fins médicales ».

- Avril 2002 : Le ministre de la Santé annonce que la marijuana à des fins médicales cultivée par Prairie Plant Systems pour distribution par le gouvernement aux utilisateurs autorisés ne sera pas distribuée avant que des essais cliniques complets ne soient menés. Les essais complets devraient nécessiter au moins cinq ans.
- Septembre 2002 : Le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites dépose un rapport complet sur le cannabis dans lequel il recommande la légalisation réglementée (Sénat, 2002).
- Novembre 2002 : Le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments de la Chambre des communes dépose un rapport dans lequel il recommande la décriminalisation de la possession et de la culture du cannabis à des fins personnelles (Chambre des communes, 2002).
- Janvier 2003 : La Cour supérieure de l'Ontario déclare que le programme d'accès à la marijuana utilisée à des fins médicales du gouvernement fédéral est inconstitutionnel puisqu'il n'assure pas un approvisionnement légal de la drogue aux utilisateurs autorisés. Dans la décision, elle donne au gouvernement six mois pour répondre.
- Mars 2003 : Les Pays-Bas deviennent le deuxième pays au monde à offrir de la marijuana à des fins médicales, la distribuant par l'intermédiaire de pharmacies régulières.
- Mai 2003 : La Cour supérieure de l'Ontario confirme la décision précédente des tribunaux rejetant les accusations de possession de cannabis portées contre un deuxième adolescent de Windsor et qui suspend effectivement la Loi contre la possession du cannabis en Ontario. La Nouvelle-Écosse et l'Î.-P.-É. demandent aux juges de suspendre la poursuite pour possession en attendant le résultat du cas.
- Mai 2003 : Le gouvernement présente le projet de loi C-38 qui propose la décriminalisation de la possession de 15 g ou moins de cannabis à des fins personnelles. Le projet de loi fait l'objet de discussions et est révisé au cours de ce qui reste de la session parlementaire.
- Juillet 2003 : Le gouvernement diffuse des lignes directrices provisoires en ce qui a trait à l'approvisionnement de cannabis séché et de graines de cannabis à l'intention des patients autorisés. En date du 9 juillet 2003, 582 Canadiens sont autorisés à avoir en leur possession du cannabis à des fins médicales, conformément au RAMM.
- Octobre 2003 : La Cour d'appel de l'Ontario prononce un jugement sur le cas de possession de cannabis et 1) donne au gouvernement des instructions détaillées quant à la réforme de son programme d'utilisation de la marijuana à des fins médicales, 2) déclare qu'il n'y avait pas de loi interdisant la possession de cannabis en Ontario entre le 31 juillet et le 7 octobre 2003 et 3) déclare qu'en date du 7 octobre, la possession du cannabis est encore illégale en Ontario.
- Novembre 2003 : Le projet de loi C-38 meurt au Feuilleton à la fin de la séance parlementaire.
- Décembre 2003 : La Cour suprême du Canada en vient à la décision que le Parlement a le droit constitutionnel d'interdire la possession du cannabis au moyen d'une loi criminelle.
- Décembre 2003 : Un essai clinique sur les propriétés de gestion de la douleur de la marijuana fumée commence à Montréal.
- Janvier 2004 : Le R.-U. reclassifie le cannabis et décriminalise le cannabis à des fins récréatives.
- Février 2004 : Le projet de loi sur la réforme du cannabis (C-38) est réintroduit comme il était auparavant à titre de projet de loi C-10 et il est lu rapidement pour une troisième fois.
- Février 2004 : Santé Canada organise une réunion sur le RAMM avec les intervenants oeuvrant dans le domaine de l'utilisation de la marijuana à des fins médicales, y compris les personnes qui exploitent des clubs Compassion au Canada. Les options de distribution de la marijuana à des fins médicales par l'intermédiaire de pharmacies régulières et de clubs Compassion informels font l'objet de discussions.

Progrès récents de la politique sur le jeu excessif

- Décembre 1998 : L'Association médicale canadienne diffuse un rapport dans lequel on recommande que le gouvernement mette en œuvre des politiques sur la réduction des méfaits visant à régler les problèmes associés au jeu pathologique.
- 2000 : L'Association canadienne de santé publique (ACSP) publie un exposé de principes sur le jeu et suggère que l'ACSP :
 - appuie la position indiquant que l'expansion du jeu au Canada a des répercussions considérables sur la santé et les politiques publiques;
 - adopte les objectifs suivants :
 - prévenir les problèmes liés au jeu;
 - promouvoir des attitudes équilibrées et éclairées au sujet du jeu;
 - protéger les groupes vulnérables;
 - mette au point un groupe de réflexion de santé publique sur le jeu excessif;
 - se fasse la porte-parole d'un examen national en matière de politiques publiques du jeu (ACSP, 2000).
- Juin 2000 : Le Centre de la recherche sur le jeu excessif de l'Ontario est établi. Le Centre accorde environ 4 millions de dollars par année pour la recherche sur le jeu excessif.
- Février 2001 : Le CCLAT publie un rapport sur une étude de validation pour un nouvel indice du jeu excessif au Canada (CCLAT, 2001).
- Août 2001 : La Canada West Foundation publie un rapport intitulé *Gambling in Canada 2001: An Overview*. Parmi les recommandations, on retrouve ce qui suit :
 - Adopter les principes fondamentaux d'une approche de santé publique dans l'élaboration de la politique sur le jeu. Une stratégie de santé publique pour le jeu comporte l'élaboration d'un programme de recherche en santé publique et l'examen des politiques actuelles sur le jeu pour déceler des occasions de minimisation des méfaits. Parmi les exemples particuliers, on compte l'élaboration de lignes directrices publicitaires saines et une stratégie nationale de lutte contre le jeu excessif chez les jeunes.
 - Abandonner la propagation du jeu au Canada jusqu'à ce que la recherche sur les répercussions sociales soit disponible.
 - Établir des repères pour une politique saine sur le jeu dans les provinces et évaluer les progrès en fonction de ces repères.
 - Un examen national des activités liées au jeu au Canada devrait être lancé (Azmiar, 2001).
- 2002 : Les provinces dépensent 44 millions de dollars combinés pour régler le problème du jeu excessif. Les profits nets combinés associés au jeu en 2001 totalisaient plus de 6 milliards de dollars.
- Octobre 2003 : Les IRSC et le Centre de la recherche sur le jeu excessif de l'Ontario annoncent la création du Forum interprovincial visant à aider à coordonner et à intégrer la recherche sur le jeu excessif au Canada.
- Octobre 2003 : Un homme qui a fraudé les Forces canadiennes en raison d'une habitude de jeu évite une peine d'emprisonnement grâce à un juge de l'Ontario qui portait le blâme de la dépendance de l'homme en partie sur la propagation du jeu légalisé par le gouvernement.
- Décembre 2003 : La American Gaming Association diffuse le Code of Conduct for Responsible Gambling.
- Février 2004 : Les tribunaux d'Autriche maintiennent une importante décision pour un joueur compulsif contre deux casinos.
- Février 2004 : Le ministre du Développement économique de l'Ontario fait une déclaration concernant la possibilité d'ouvrir de nouveaux casinos en Ontario.
- Février 2004 : Le gouvernement ontarien présente le nouveau dirigeant de la Société des loteries et des jeux de l'Ontario et leur intention de procéder à une importante analyse de l'industrie du jeu.

Progrès récents de la politique sur le contrôle du tabagisme

- 1988 : Le gouvernement canadien adopte la *Loi réglementant les produits du tabac* qui restreint la publicité sur les produits du tabac et leur vente au Canada.
- Septembre 1995 : La Cour suprême annule certains aspects de la *Loi réglementant les produits du tabac*.
- 1997 : Le Parlement adopte la *Loi sur le tabac* qui régleme la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion du tabac au Canada.
- Juin 2000 : Le gouvernement canadien met en œuvre une politique exigeant des étiquettes de mise en garde graphiques et surdimensionnées sur les paquets de cigarettes.
- Avril 2001 : Le gouvernement canadien annonce une stratégie complète visant à décourager l'usage du tabac, y compris une augmentation des taxes et un financement considérable de la prévention et de l'éducation.
- Décembre 2002 : La Cour supérieure du Québec annule les enjeux constitutionnels associés à la *Loi sur le tabac* et ses modifications de l'industrie du tabac.
- Mai 2003 : L'Assemblée mondiale de la santé adopte la **Convention-cadre pour la lutte antitabac (FCTC)**. La **FCTC** procure entre autres choses l'interdiction de la publicité sur le tabac, la protection contre l'exposition à la fumée du tabac, l'affichage de mises en garde pour la santé sur les paquets de cigarettes, l'adoption de mesures visant à lutter contre le commerce illicite et la collaboration entre les pays sur la recherche, la surveillance et l'échange d'information, de même que des restrictions sur chacun de ces éléments.
- Avril 2003 : L'Alberta adopte la *Prevention of Youth Tobacco Use Act*, qui impose à toute personne de moins de 18 ans chez qui l'on découvre qu'il y a eu utilisation en public ou possession d'un produit du tabac une amende de 100 \$ et/ou la saisie du produit.
- Juillet 2003 : Le Canada signe la *Convention-cadre pour la lutte antitabac*.
- Août 2003 : Les chercheurs de l'Université de Waterloo publient un rapport dans lequel on suggère que les étiquettes graphiques de mise en garde sur les paquets de cigarettes au Canada peuvent représenter une politique efficace de contrôle du tabac (Hammond et ses collaborateurs, 2003).
- Mars 2004 : Le Manitoba présente le projet de loi 21, qui propose la première interdiction de fumer à l'échelle provinciale dans les endroits publics et les milieux de travail au Canada.

Progrès récents de la politique sur l'utilisation de la marijuana à des fins médicales

- Juillet 2000 : La Cour d'appel de l'Ontario rend une décision qui suggère que les lois actuelles sur la possession du cannabis au Canada forcent certaines personnes à choisir entre « leur santé et leur incarcération ». La Cour accorde au gouvernement 12 mois pour réformer ses politiques, de sorte que le cannabis soit offert légalement à des fins médicales précises.
- Décembre 2000 : Le gouvernement du Canada établit un contrat avec Prairie Plant Systems Inc. dans le but de distribuer aux utilisateurs autorisés de la marijuana de qualité médicale. La première culture doit être disponible en janvier 2002.
- Juillet 2001 : Le gouvernement met en œuvre son Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMM), le Canada devenant le premier pays au monde à fournir officiellement de la marijuana à des fins médicales aux patients. Cette politique permet aux personnes qui ont reçu un diagnostic médical approprié de posséder et/ou cultiver du cannabis à des fins médicales ou d'acheter du cannabis du gouvernement.
- Juillet 2001 : L'Association médicale canadienne diffuse un communiqué qui s'oppose fortement au Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales du gouvernement fédéral parce qu'il n'y a « pas de données probantes scientifiques complètes et crédibles sur les indices, les risques et les avantages de la marijuana à des fins médicales ».

- Avril 2002 : Le ministre de la Santé annonce que la marijuana à des fins médicales cultivée par Prairie Plant Systems pour distribution par le gouvernement aux utilisateurs autorisés ne sera pas distribuée avant que des essais cliniques complets ne soient menés. Les essais complets devraient nécessiter au moins cinq ans.
- Janvier 2003 : La Cour supérieure de l'Ontario déclare que le programme d'accès à la marijuana utilisée à des fins médicales du gouvernement fédéral est inconstitutionnel puisqu'il n'assure pas un approvisionnement légal de la drogue aux utilisateurs autorisés. Dans la décision, elle donne au gouvernement six mois pour répondre.
- Mars 2003 : Les Pays-Bas deviennent le deuxième pays au monde à offrir de la marijuana à des fins médicales, la distribuant par l'intermédiaire de pharmacies traditionnelles.
- Juillet 2003 : Le gouvernement diffuse des lignes directrices provisoires en ce qui a trait à l'approvisionnement de cannabis séché et de graines de cannabis à l'intention des patients autorisés. En date du 9 juillet 2003, 582 Canadiens sont autorisés à avoir en leur possession du cannabis à des fins médicales, conformément au RAMM.
- Octobre 2003 : La Cour d'appel de l'Ontario prononce un jugement sur le cas de possession de cannabis et 1) donne au gouvernement des instructions détaillées quant à la réforme de son programme d'utilisation de la marijuana à des fins médicales, 2) déclare qu'il n'y avait pas de loi interdisant la possession de cannabis en Ontario entre le 31 juillet et le 7 octobre 2003 et 3) déclare qu'en date du 7 octobre, la possession du cannabis est encore illégale en Ontario.
- Février 2004 : Santé Canada organise une réunion sur le RAMM avec les intervenants oeuvrant dans le domaine de l'utilisation de la marijuana à des fins médicales, y compris les personnes qui exploitent des clubs Compassion au Canada. Les options de distribution de la marijuana à des fins médicales par l'intermédiaire de pharmacies régulières et de clubs Compassion informels font l'objet de discussions.
- Mars 2004 : Santé Canada annonce un projet pilote en C.-B. visant la distribution de la marijuana à des fins médicales par l'intermédiaire de pharmacies traditionnelles.

Progrès récents de la politique sur l'abus de médicaments d'ordonnance

- Janvier 2001 : L'Organe international de contrôle des stupéfiants de l'ONU diffuse un rapport annuel pour 2000 qui comprend une discussion des problèmes associés à l'abus de médicaments d'ordonnance dans les pays riches.
- Juillet 2001 : Le National Institute on Drug Abuse (NIDA) des É.-U. diffuse un rapport de recherche sur l'abus de médicaments d'ordonnance aux É.-U. (NIDA, 2001).
- Décembre 2003 : Terre-Neuve-et-Labrador crée le Task Force on Prescription Drug Abuse après que six décès aient été blâmés sur l'utilisation de médicaments d'ordonnance dans la province.
- Février 2004 : Deux hommes du cap Breton (N.-É.) meurent dans des circonstances mystérieuses le même soir. Dans le métabolisme des deux hommes, on retrouve des médicaments d'ordonnance.
- Février 2004 : Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse crée un groupe de travail visant à étudier le problème de l'abus de médicaments d'ordonnance dans la province.
- Mars 2004 : Le Office of National Drug Control Policy des É.-U., la Drug Enforcement Agency (DEA) et la Food and Drug Administration (FDA) annoncent un nouveau programme d'envergure visant à éliminer le problème de l'abus de médicaments d'ordonnance. Dans le budget antidrogue 2005 de Bush, on demande 138 millions de dollars pour l'établissement de mesures visant à contrôler le trafic des médicaments d'ordonnance.
- Mars 2004 : L'Association des pharmaciens du Canada recommande que les provinces créent des bases de données intégrées sur les ordonnances auxquelles ont accès les pharmaciens pour surveiller et déceler l'abus de médicaments d'ordonnance.

Progrès récents des politiques relatives aux pharmacies Internet

- Février 2000 : L'Association des pharmaciens du Canada diffuse des lignes directrices qui suggèrent que les pharmacies Internet soient régies par les mêmes règlements que ceux des pharmacies traditionnelles.
- Février 2003 : La Canadian National Association of Pharmacy Regulatory Authorities met en œuvre le programme des Verified Internet Pharmacy Practice Sites (VIPPS) dans le but d'aider les consommateurs à déceler les fournisseurs de médicaments en ligne légitimes/autorisés.
- Mai 2003 : L'Association des pharmaciens du Canada fait une déclaration de mise en garde contre les pharmacies en ligne qui ne respectent pas les règlements concernant les médicaments d'ordonnance.
- Octobre 2003 : Santé Canada annonce que les pharmacies Internet seront assujetties à des « inspections aléatoires » tout comme les pharmacies traditionnelles.
- 2004 : L'Association médicale canadienne met à jour la politique sur les ordonnances sur Internet laquelle suggère qu'« il n'est pas acceptable pour un médecin de signer une ordonnance sans avoir adéquatement évalué le patient ». Ceci est en réponse directe à la pratique des médecins canadiens qui signent des ordonnances au nom des médecins américains, de sorte que les clients américains puissent acheter des médicaments du Canada en ligne.
- Février 2004 : Le National Center for Addictions and Substance Abuse (CASA) des É.-U. diffuse un rapport intitulé « You've Got Drugs: Prescription Drug Pushers on the Internet ». Des 157 sites sur lesquels on vend des médicaments d'ordonnance contrôlés (du 15 janvier au 22 janvier 2004) :
 - 90 % (141) n'ont pas eu besoin d'une ordonnance;
 - 41 % (64) ont mentionné qu'aucune ordonnance n'était nécessaire;
 - 49 % (77) ont offert une « consultation en ligne »;
 - 4 % (7) ont exigé qu'une ordonnance soit télécopiée;
 - 2 % (3) ont exigé qu'une ordonnance soit postée;
 - 4 % (6) n'ont pas fait mention d'ordonnances.
- Mars 2004 : CanadaRX, une grande pharmacie Internet qui n'est pas reconnue par la Canadian Pharmacy Association, poursuit Santé Canada pour qu'il suspende l'inspection de ses installations.

Progrès récents des politiques régissant la conduite sous l'influence des drogues

- Novembre 1993 : Les résultats d'une étude menée par le Department of Transportation des É.-U. révèlent que les effets indésirables du THC sur la conduite semblent moins importants que ceux reliés à l'alcool.
- Juillet 1999 : Une deuxième étude menée par le Department of Transportation des É.-U. révèle que les effets indésirables du THC sur la conduite sont plus importants que ce que l'étude précédente suggérait (1996).
- Octobre 2001 : Une étude menée en Australie sur la conduite sous l'influence des drogues n'est pas en mesure de prouver que le cannabis nuit considérablement à la conduite.
- 2002 : Une étude menée au Québec permet de déceler du cannabis chez 19,5 % des conducteurs décédés.
- Janvier 2002 : La Commission européenne entame un projet de trois ans, le projet IMMORTAL (Impaired Motorist, Methods of Roadside Testing and Assessment for Licensing).
- Mars 2002 : Une étude menée au R.-U. stipule que le cannabis affecte beaucoup moins la conduite que l'alcool.

- Mai 2003 : Le gouvernement canadien consacre près de 1 million de dollars à la nouvelle Stratégie canadienne antidrogue pour la recherche et la formation des services policiers sur les techniques d'évaluation de la conduite sous l'influence des drogues.
- Juillet 2003 : Le Conseil canadien de la sécurité recommande que les gouvernements provinciaux et territoriaux adoptent une loi visant à autoriser l'utilisation des suspensions administratives temporaires de permis pour les conducteurs qui consomment du cannabis.
- Février 2004 : Le ministre de la Justice, M. Cotler, mentionne que le gouvernement fédéral est sur le point de proposer une loi sur la conduite sous l'influence des drogues.
- Février 2004 : Une conférence internationale intitulée « Developing Global Strategies for Identifying, Prosecuting, and Treating Drug-Impaired Drivers » a eu lieu à Tampa en Floride, laquelle a été parrainée par The Walsh Group, le National Institute on Drug Abuse (NIDA) et le Office of National Drug Control Policy (ONDCP). La conférence a servi à promouvoir une stratégie de tolérance zéro et les lois en soi qui stipulent que la présence d'une drogue illicite ou d'un métabolite des drogues dans le liquide organique (sang, urine, salive, sueur) est considérée comme s'il y avait conduite sous l'influence d'une drogue.
- Avril 2004 : La nouvelle loi modifierait le *Code criminel* et donnerait aux policiers le pouvoir d'ordonner:
 - Des tests de sobriété normalisés (TSN) lorsqu'il y a des motifs raisonnables de soupçonner la présence d'une drogue dans l'organisme d'une conductrice ou d'un conducteur. Ces TSN sont des tests d'attention partagée en vue d'évaluer la capacité d'une personne de faire plusieurs choses simultanément. Ils sont administrés sur le bord de la route.
 - Des évaluations par des experts en reconnaissance de drogues (ERD) lorsque le policier a des motifs raisonnables de croire qu'une infraction liée à la conduite avec facultés affaiblies a été commise, notamment lorsqu'une conductrice ou un conducteur n'a pas réussi le TSN. Ces évaluations sont effectuées au poste de police.
 - Le prélèvement d'échantillons de salive, d'urine ou de sang lorsque le policier détermine que l'affaiblissement est causé par une catégorie précise de drogues.
- Mars 2004: Le ministre de la Justice, Irwin Cotler, et la ministre de la Sécurité publique et Protection civile Canada, Anne McClellan présente le projet de loi C-32 afin d'amender le Code criminel et donner aux agents de police le droit de demander :
 - L'administration de tests de sobriété normalisés (ATSN), lorsqu'il y a un doute raisonnable que le conducteur est sous l'effet d'une drogue.
 - Des évaluations par un expert en reconnaissance des drogues (ERD) lorsque l'officier de police croit raisonnablement qu'un délit a été commis suite à une conduite avec facultés affaiblies par les drogues. Ceci inclus une situation où un conducteur échoue les tests de sobriété normalisés. Ceux-ci sont administrés à la station de police.
 - Un échantillon d'urine, de salive ou de sang si l'agent responsable de l'évaluation estime que l'incapacité est causée par une drogue spécifique.

Progrès récents du dépistage de la consommation de drogues lié à l'emploi

- Juillet 1998 : Dans le cas de la *Commission canadienne des droits de la personne c. la Banque Toronto-Dominion*, la Cour d'appel fédérale déclare que la politique de la banque qui exige que les nouveaux employés subissent une analyse d'urine constitue une pratique discriminatoire interdite.
- Septembre 1999 : La Cour suprême du Canada rend une décision sur le cas de la *Colombie-Britannique (Public Service Employee Relations Commission) c. BCGSEU*, articulant une nouvelle approche à trois étapes visant à déterminer si une norme discriminatoire (y compris l'état sans drogue) peut être justifiée à titre d'exigence professionnelle de bonne foi. Un employeur peut justifier la norme contestée en établissant sur l'équilibre des probabilités ce qui suit :
 - il a adopté la norme dans un but rationnellement lié au rendement de l'emploi;

- il a adopté la norme particulière en croyant honnêtement que cela était nécessaire à l'atteinte de ce but légitime relatif au travail;
- la norme est raisonnablement nécessaire à l'atteinte de cet objectif. Pour prouver que la norme est raisonnablement nécessaire, il doit être prouvé qu'il est impossible de répondre aux besoins des divers employés qui partagent les caractéristiques du demandeur sans porter des préjudices injustifiés à l'employeur.
- Juillet 2002 : La Commission canadienne des droits de la personne diffuse de nouvelles lignes directrices pour le dépistage de la consommation de drogues/d'alcool liées à l'emploi.
 - Puisqu'elles ne peuvent être établis à titre d'exigences professionnelles de bonne foi, les mesures de dépistage suivantes ne sont pas acceptables au Canada :
 - dépistage de la consommation de drogues avant l'emploi;
 - dépistage de la consommation d'alcool avant l'emploi;
 - dépistage aléatoire de la consommation de drogues;
 - dépistage aléatoire de la consommation d'alcool chez les employés n'occupant pas des postes critiques pour la sécurité.
 - Les mesures de dépistage suivantes peuvent être incluses dans un programme de dépistage de la consommation de drogues et d'alcool en milieu de travail, mais seulement si un employeur peut prouver qu'il s'agit d'exigences professionnelles de bonne foi :
 - dépistage aléatoire de la consommation d'alcool chez les employés qui occupent des postes critiques pour la sécurité;
 - dépistage de la consommation de drogues ou d'alcool pour une « raison valable ou à la suite d'un accident ».
 - Un dépistage périodique ou aléatoire à la suite de la révélation d'un problème actuel de dépendance ou d'abus relativement aux drogues ou à l'alcool peut être acceptable s'il est personnalisé en fonction des diverses circonstances et dans le cadre d'un programme plus vaste de suivi et de soutien.
 - La révélation obligatoire d'un problème présent ou antérieur de dépendance ou d'abus relativement aux drogues ou à l'alcool peut être permise pour les employés qui occupent des postes critiques pour la sécurité, en fonction de certaines limites, et conformément aux mesures d'adaptation.
 - Dans les cas où un dépistage est justifié, les employés qui ont un résultat positif au dépistage se verront offrir des mesures d'adaptation sans préjudice pour l'employeur. La *Loi canadienne sur les droits de la personne* exige des mesures d'adaptation personnalisées. Les politiques qui donnent lieu à la perte automatique de l'emploi chez l'employé, à une réaffectation ou qui imposent des conditions rigides de réintégration sans tenir compte des circonstances personnelles sont susceptibles de ne pas respecter cette exigence.
 - La conduite et le transport par autobus transfrontières – Dans le cas des entreprises qui conduisent exclusivement ou principalement entre le Canada et les É.-U., le fait de ne pas se voir interdire la conduite aux É.-U. peut être une exigence professionnelle de bonne foi, à condition qu'il y ait des données probantes démontrant que l'emploi continu de conducteurs qui se voient imposer une interdiction représenterait un préjudice injustifié envers l'employeur.
- Février 2004 : George Ferguson, juge retraité de l'Ontario, publie un rapport sur les écarts de conduite de la police à Toronto dans lequel il est recommandé que les policiers qui occupent des postes critiques (y compris les brigades antidrogues) soient assujetties au dépistage aléatoire de la consommation de drogues. Les organisations policières à l'échelle du pays réagissent négativement à la recommandation.

Progrès récents de la politique sur le contrôle de la MDMA

- 1967 : Un étudiant de l'Université de la Californie/San Francisco décrit ses expériences de la consommation de MDMA au D^r Alexander Shulgin. Le D^r Shulgin essaie tôt ou tard la drogue lui-même et est impressionné par ses effets sur ses états émotionnels et mentaux.
- 1977 : Le D^r Shulgin donne une fiole de MDMA à un ami qui est psychologue et qui se prépare à quitter la pratique. Le psychologue consomme la drogue et décide rapidement de ne plus quitter la pratique. Il commence plutôt à faire des expériences avec la MDMA en psychothérapie et à sensibiliser les autres psychologues à sa capacité de traiter les problèmes psychologiques. Au cours des années qui suivent, de nombreux professionnels de la santé mentale à l'échelle du pays utilisent la MDMA avec succès en thérapie.
- 1984 : Une entreprise du Texas commence à commercialiser de façon très agressive la MDMA à titre d'« ecstasy », attirant l'attention de la **DEA**.
- 1984 : Ayant recours à des « mesures d'urgence » particulières pour la première fois, la **DEA** détermine que la MDMA est un médicament de nomenclature 1, qui est réservé aux drogues qui ont un potentiel élevé d'accoutumance et « aucune application médicale connue ».
- 1984 : Un groupe de médecins et de psychologues qui ont utilisés la MDMA avec succès en thérapie défient la DEA d'inclure la MDMA dans la nomenclature 1. En raison de la controverse, des audiences sont tenues sur le sujet au cours de l'année suivante.
- Mai 1986 : Le juge Francis Young rend sa décision sur les lois, la science et l'utilisation entourant la MDMA, et déclare que la MDMA est sécuritaire lorsqu'elle est utilisée sous supervision médicale, qu'elle n'a pas de potentiel élevé d'accoutumance et qu'elle est légitime lorsque utilisée à des fins médicales. Ainsi, le juge Young déclare qu'il n'est pas légal de placer la MDMA à un degré plus élevé que la nomenclature 3. Furieuse en raison de ces conclusions, la DEA déclare que le juge Young n'est pas impartial, qu'il manque de perspicacité et qu'il est incorrect dans son interprétation des lois. Elle rejette sa décision non exécutoire et déclare que la MDMA relève à titre définitif de la nomenclature 1. Outrés par la tentative de la **DEA** de réécrire les lois et de ne pas tenir compte de la science, les groupes qui ont à l'origine défiés la nomenclature de la MDMA poursuivent la **DEA** à nouveau.
- Janvier 1988 : Après plusieurs années d'audiences, les tribunaux statuent que la décision de Young était valide et ordonnent à la **DEA** de réévaluer sa décision de maintenir la MDMA dans la nomenclature 1.
- Mars 1988 : La **DEA**, devant se conformer à l'ordonnance des tribunaux, « réévalue » la décision de ses membres sur la MDMA et décide qu'ils avaient raison depuis le tout début. Elle déclare à titre définitif que la MDMA relève de la nomenclature 1, cette décision entrant en vigueur le 23 mars 1988. La MDMA fait depuis ce temps partie de la nomenclature 1.
- Mars 2001 : Alarmé par l'utilisation montante de la MDMA (elle est maintenant au deuxième rang des drogues illicites les plus populaires après le cannabis) et par sa propre incapacité évidente de l'arrêter, le gouvernement américain augmente les sanctions, faisant en sorte que la distribution de la MDMA est dix fois plus sévèrement punie, dose pour dose, que l'héroïne.
- Novembre 2001 : La **FDA** approuve le dépistage de la consommation de la MDMA chez l'homme dans le but d'aider à traiter le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), la MDMA étant la première drogue psychédélique à avoir été approuvée pour les recherches chez les humains aux É.-U.
- Septembre 2002 : Le D^r George Ricaurte publie un article dans la revue *Science* faisant rapport sur la recherche chez les primates, laquelle suggère que l'utilisation à des fins récréatives de la MDMA perturbe suffisamment la chimie cérébrale pour possiblement mener à la maladie de Parkinson. Les résultats sont tellement différents de ceux de toute autre étude qu'ils sont immédiatement contestés par les observateurs avertis. La **DEA** reprend l'étude et l'utilise pour valider sa classification restrictive de la MDMA.
- Septembre 2003 : Le D^r Ricaurte publie une lettre de rétractation dans la revue *Science*, dans laquelle il explique qu'en raison d'une « erreur d'étiquetage », la drogue donnée aux primates dans l'étude précédente était de la méthamphétamine et non de la MDMA.

Références

- Vérificateur général du Canada (2001). « Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral », chap. 11 dans le *Rapport 2001 de la vérificatrice générale du Canada*. Disponible en ligne à : <http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/0111cf.html>
- Azmier, Jason J. (2001). *Gambling in Canada 2001: An Overview*, Calgary (Alberta) : Canada West Foundation. Disponible en ligne à : <http://www.cwf.ca/abcalcwf/doc.nsf/publications?ReadForm&id=866FE244FF51B28087256BD5006193CF>
- Babor, T. F., et ses collaborateurs (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*, Londres : Oxford University Press. Résumé disponible en ligne à : http://www.ias.org.uk/publications/theglobe/03issue3/globe0303_p3.html
- Boland, Fred J., et ses collaborateurs (1998). *Syndrome d'alcoolisme fœtal : Répercussions pour le service correctionnel*, Ottawa : Service correctionnel du Canada. Disponible en ligne à : http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r71/r71e_f.shtml
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) (2001). *L'indice canadien du jeu excessif : Rapport final*, Ottawa : CCLAT. Disponible en ligne à : <http://www.ccsa.ca/pdf/ccsa-008805-2001.pdf>
- Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET) (2003). *Rapport national 2002*, Ottawa : RCCET. Disponible en ligne à : http://www.ccsa.ca/ccendu/pdf/report_national_2002_f.pdf
- Commission canadienne des droits de la personne (CCDP) (2003). *Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*, Ottawa : CCDP. Disponible en ligne à : http://www.chrc-ccdp.ca/legislation_policies/consultation_report-fr.asp
- Association canadienne de santé publique (ACSP) (2000). « L'expansion des jeux d'argent au Canada : Émergence d'un problème de santé publique », Ottawa : ACSP. Disponible en ligne à : http://www.cpha.ca/francais/policy/pstatem/gambling/pp2000_f.pdf
- Flannagan, G. (2003). *Sobering Result: The Alberta Liquor Retailing Industry Ten Years After Privatization*. Centre canadien de politiques alternatives et Parkland Institute. Téléchargé le 26 juillet 2004 à l'adresse suivante : <http://www.ualberta.ca/~parkland/research/studies/sobering-result-final.pdf>
- Gliksman, Louis et ses collaborateurs (2001). *Toronto Drug Treatment Court: Interim Evaluation Report*, Toronto : CTSM. Disponible en ligne à : http://www.torontodrugtreatmentcourt.ca/forms/2001_%20report_%20executive_%20summary.pdf
- Hammond, D., G. T. Fong, P. W. McDonald, R. Cameron et K. S. Brown (2003). « Impact of the Graphic Canadian Warning Labels on Adult Smoking Behavior », *Tobacco Control*, 12:391-395. Disponible en ligne à : <http://www.arts.uwaterloo.ca/~gfong/Hammond-et-al2003.pdf>

- Santé Canada (2004). *Rapport du Forum de recherche sur l'alcool et les drogues illicites au Canada*, Ottawa (Ontario) : Strachan Tomlinson and Associates. Disponible en ligne à : <http://www.ccsa.ca/pdf/extl-010022-2003.pdf>
- _____ (2003). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)*, Ottawa : Santé Canada. Disponible en ligne à : http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/publications/fasd-etcaf/index_f.html
- _____ (2002). *Meilleures pratiques – Traitement d'entretien à la méthadone*, Ottawa : Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada. Disponible en ligne à : http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/publications/traitement_methadone_meilleure_pratique/tm.htm
- _____ (2001a). *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, Ottawa : Santé Canada. Disponible en ligne à : http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/publications/droque_injection/tm.htm
- _____ (2001b). *Meilleures pratiques – Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*, Ottawa : Santé Canada. Disponible en ligne à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/pdf/Frenchclosed.pdf>
- Hedrich, Dagmar (2004). *European Report on Consumption Rooms*, Lisbonne, Portugal : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.
- Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments de la Chambre des communes (Chambre des communes) (2002). *Politique pour le nouveau millénaire : Redéfinir ensemble la stratégie canadienne antidrogue*. Disponible en ligne à : <http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/2/SNUD/Studies/Reports/snudrp02-f.htm>
- Johnson, Sara L. (2001). « Incidence du traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral sur l'issue de la mise en liberté », *Forum recherches sur l'actualité correctionnelle*, 13(3):51-53. Disponible en ligne à : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/v13n3/v13n3a16f.pdf>
- Lines, Rick (2002). *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard; Un rapport d'étape*, Montréal : Réseau juridique canadien VIH/SIDA. Disponible en ligne à : <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/reportcard/toc.htm>
- Manitoba Drug Policy Symposium (2001). « Toward a New National Focus and Drug Strategy ». Disponible en ligne à : <http://www.ccsa.ca/pdf/ccsa-009308-2001.pdf>
- MSIC Evaluation Committee (2003). *Final Report on the Evaluation of the Sydney Medically Supervised Injection Centre*, Sydney : MSIC Evaluation Committee. Disponible en ligne à : <http://www.kaiserfoundation.ca/uploads/pc030714msic.pdf>
- National Institute of Drug Abuse (NIDA) (2001). *Prescription Drug Abuse and Addiction*, Washington, DC : NIDA. Disponible en ligne à : <http://www.nida.nih.gov/PDF/RRPrescription.pdf>
- Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites (Sénat) (2002). *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*. Disponible en ligne à : <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-f/ille-f/Summary-f.htm>

Organe international de contrôle des stupéfiants de l'ONU (OICS) (2004). *Rapport de l'OICS pour 2003*, Vienne : OICS. Disponible en ligne à : http://www.incb.org/f/ind_ar.htm?

Van den Brink, Wim, et ses collaborateurs (2003). « Medical Prescription of Heroin to Treat Resistant Heroin Addicts: Two Randomised Controlled Trials », *British Medical Journal*, 327(3):310-12.

Wild, T. Cameron, et ses collaborateurs (2003). *Injection Drug Use in Edmonton's Inner City: A Multi-Method Study*, University of Alberta Addictions and Mental Health Laboratory. Disponible en ligne à : http://www.chps.ualberta.ca/publications/reports/technical_report_03-001_full_report.pdf