



LA RÉDUCTION DES MÉFAITS POUR CERTAINES POPULATIONS AU CANADA

1

Politiques et programmes de réduction des méfaits à l'intention des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale

Gerald Thomas, Ph.D., mai 2005

Ce document vise à fournir des renseignements actuels, objectifs et empiriques en vue d'orienter la mise en œuvre de politiques et de programmes qui favorisent la promotion de la réduction des méfaits associés à l'abus de substances au Canada.

Ce rapport fait partie d'une série de documents sur la réduction des méfaits pour certaines populations au Canada. La série comprend les titres suivants :

1. *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale*
2. *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les jeunes*
3. *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les personnes de descendance autochtone*
4. *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les personnes atteintes de troubles concomitants*

Réduire les méfaits

La réduction des méfaits est une approche axée sur la santé qui vise à réduire les méfaits sociaux et pour la santé associés à la consommation d'alcool et de drogues, sans nécessairement exiger que les personnes deviennent abstinentes. La réduction des méfaits est une intervention objective dans le cadre de laquelle on se met « au niveau » des consommateurs en ce qui a trait à leur consommation de substances plutôt que d'imposer un jugement moraliste sur leurs comportements. Ainsi, l'approche inclut un vaste continuum d'interventions, allant de celles qui font la promotion de l'usage sécuritaire de substances à celles qui favorisent l'abstinence.

Les éléments suivants sont des caractéristiques de la réduction des méfaits :

- **Pragmatisme** : La réduction des méfaits accepte qu'une certaine consommation de substances psycho-actives est inévitable et que l'on doit s'attendre à un certain niveau de consommation de substances au sein d'une société.
- **Valeurs humaines** : La décision du consommateur de consommer de l'alcool et d'autres drogues est acceptée en tant que choix personnel; aucun jugement moraliste n'est porté, que ce soit pour condamner ou pour appuyer la consommation de substances, sans égard au niveau ou au mode de consommation. La dignité et les droits du consommateur d'alcool et d'autres drogues sont respectés.
- **Accent sur les méfaits** : La portée de la consommation de substances d'une personne est d'une importance secondaire par rapport aux méfaits pouvant résulter d'une telle consommation.
- **Hiérarchie des objectifs** : La plupart des programmes de réduction des méfaits ont une hiérarchie d'objectifs; les besoins les plus pressants sont comblés d'abord ¹.

Les méfaits associés à l'usage et à l'abus de substances peuvent notamment inclure la dépendance, des problèmes de santé chroniques et graves, des accidents, l'agression et la violence, la criminalité liée à l'alcool et aux drogues, la surdose, la nuisance publique et la contribution à la propagation de maladies infectieuses, notamment, le VIH/SIDA et l'hépatite C.

De plus, les méfaits qui découlent de la criminalisation des consommateurs qui font un usage excessif de substances incluent notamment le désenchantement, l'exclusion du logement et des services d'enseignement, des restrictions quant aux déplacements, de même que les effets sociaux et pour la santé liés à l'emprisonnement. Ces « méfaits liés à l'application de la loi » sont particulièrement problématiques lorsque la sanction est perçue comme étant disproportionnée par rapport au crime, comme dans le cas de sanctions pénales pour possession de petites quantités de cannabis à des fins personnelles.

Voici quelques exemples de politiques et de programmes de réduction des méfaits :

- la prestation de matériel d'injection stérile aux consommateurs de drogues injectables gravement dépendants afin de réduire la propagation de maladies véhiculées par le sang;
- la distribution de quantités contrôlées de boissons alcoolisées aux alcooliques chroniques dans les refuges pour sans-abri afin de freiner l'ingestion de produits contenant de l'alcool;
- la prestation d'information sur la consommation sécuritaire de drogues aux personnes arrêtées pour des raisons liées aux drogues;
- la modification des sanctions pour possession de cannabis en vue d'éliminer les sanctions criminelles.

Le rôle du système de justice pénale

Même si certains aspects de la réduction des méfaits peuvent être perçus comme étant en désaccord avec l'application et l'exécution des lois actuelles sur les drogues, le système de justice pénale peut jouer un rôle important dans la promotion des programmes et des politiques qui réduisent les méfaits pour les personnes qui font un usage abusif de substances. Il est important de noter que les taux d'infractions en matière de drogue ont atteint un niveau record au Canada en 2002, près de 93 000 chefs d'accusation ayant été relevés en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*². De plus, environ trois prisonniers sur quatre au Canada sont considérés comme ayant des problèmes liés à l'abus de substances. Cela signifie que les agents chargés de l'application de la loi et d'autres éléments du système de justice pénale ont de nombreux contacts avec les personnes qui utilisent et consomment de façon excessive des substances. Par conséquent, ils sont bien placés pour aider à la mise en œuvre de politiques et de programmes visant à réduire les méfaits dans ce segment de la population³.

De plus, les résultats de recherches ont révélé qu'un grand nombre de prisonniers des établissements correctionnels fédéraux et provinciaux au Canada ont une dépendance à l'alcool et aux autres drogues (voir plus loin). Bien que tout soit mis en œuvre pour appliquer la condition légale de l'abstinence au sein de nos prisons, les faits

rèvent que certains prisonniers sous responsabilité fédérale et provinciale consomment de l'alcool et d'autres drogues en établissement. Cela signifie que le personnel correctionnel et les administrateurs ont plus d'une occasion de mettre en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire les méfaits chez les prisonniers sous leur responsabilité qui font un usage abusif de substances.

En vue de mettre ces informations en contexte, la prévalence de la consommation de substances, les comportements à risque et les maladies infectieuses dans les établissements correctionnels canadiens sont décrits ci-dessous.

L'abus de substances dans les établissements correctionnels fédéraux canadiens

Approximativement 70 à 80 % des prisonniers du système correctionnel fédéral au Canada sont considérés comme ayant des problèmes d'alcoolisme et/ou de consommation de drogues⁴. Les chercheurs estiment que 38 à 44 % des hommes détenus ont une dépendance à au moins une substance psycho-active (y compris l'alcool)⁵. Les analyses d'urine au hasard dans les prisons fédérales révèlent qu'en moyenne, 12 % des prisonniers ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de drogues et d'alcool en 2000. Le cannabis (9,32 % des prisonniers qui ont subi le test) et les opiacés (1,19 % des prisonniers qui ont subi le test) étaient les substances les plus couramment décelées⁶. De plus, dans l'Enquête auprès des détenus sous responsabilité fédérale menée par le Service correctionnel du Canada (SCC) en 1995, 40 % des 4 285 détenus sous responsabilité fédérale interrogés ont indiqué qu'ils avaient consommé des drogues ou de l'alcool pendant qu'ils étaient incarcérés dans leur prison actuelle⁷.

Comportements à risque dans les établissements correctionnels fédéraux

Utilisation de drogues injectables. Les données recueillies lors de l'interrogation de 7 105 détenus sous responsabilité fédérale entre 1995 et 1997 révèlent que 18,3 % des hommes détenus sous responsabilité fédérale ont eux-mêmes déclaré avoir utilisé des drogues injectables avant l'incarcération. Plus d'un tiers de ces détenus (38,7 %) ont indiqué avoir partagé du matériel d'injection avec d'autres consommateurs de drogues à un certain moment donné dans le passé. Dans l'Enquête auprès des détenus sous responsabilité fédérale de 1995 (4 285 personnes ont été interrogées), 11 % des hommes détenus ont indiqué qu'ils avaient utilisé des drogues injectables en établissement. De ce nombre, 41 % ont indiqué que leur matériel était souillé ou qu'ils ne savaient pas s'il était propre au moment de l'utilisation⁸.

Tatouage et perçage corporel. Dans l'Enquête auprès des détenus sous responsabilité fédérale de 1995, 45 % des hommes détenus ont indiqué s'être fait faire un tatouage en établissement, et 17 % ont indiqué s'être fait faire un perçage. Environ 25 % de ceux qui se sont fait faire des tatouages ont indiqué qu'ils avaient des doutes quant à la sécurité et à la propreté du matériel de tatouage utilisé⁹.

Relations sexuelles non protégées. Six pour cent des hommes détenus du système correctionnel fédéral au Canada ont indiqué avoir des relations sexuelles avec d'autres détenus en établissement. Lorsqu'on les a interrogés quant à leur utilisation de condoms, seulement environ 33 % ont indiqué avoir des relations sexuelles protégées¹⁰.

Comportements à risque chez les femmes détenues sous responsabilité fédérale. Les comportements à risque élevé sont également courants dans les établissements correctionnels pour femmes sous responsabilité fédérale au Canada. Dans le cadre d'une étude récente dans laquelle environ 40 % des femmes détenues sous responsabilité fédérale au Canada ont été interrogées, 19 % ont indiqué qu'elles utilisaient des drogues injectables, 27 % ont indiqué qu'elles se faisaient faire des tatouages, 16 % ont indiqué qu'elles se faisaient faire des perçages et 24 % ont indiqué avoir des relations sexuelles non protégées. De plus, 9 % des femmes ont déclaré s'adonner au « cinglage » ou à toute autre forme d'automutilation¹¹.

Les maladies infectieuses touchant les populations carcérales canadiennes

La consommation de drogues en établissement correctionnel et les méfaits connexes des maladies transmissibles posent maintenant d'importants problèmes de santé publique à l'échelle mondiale. Cela s'explique par le fait que la plupart des détenus retournent presque tous dans la communauté, et ainsi, ceux qui sont touchés par des maladies transmissibles peuvent représenter une sérieuse menace pour la santé de la population en général. Deux maladies sont particulièrement préoccupantes parmi les populations carcérales canadiennes : le VIH/SIDA et l'hépatite C.

Le taux global d'infection au VIH chez les détenus du système correctionnel fédéral (1,7 %) est plus de dix fois supérieur à celui de la population canadienne en général (0,13 %) ¹². Les taux d'infection au VIH sont particulièrement élevés chez les femmes détenues dans les établissements fédéraux, les taux déclarés étant supérieurs à 8 % dans les Prairies. Le nombre de cas de VIH/SIDA déclarés dans le système correctionnel fédéral au Canada est passé de 14 en janvier 1989 à 159 en mars 1996 et à 233 en décembre 2001. Dans les prisons provinciales du Québec, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, des études ont révélé que les taux d'infection au VIH, qui varient entre 1,0 % et 7,7 %, sont de 10 à 60 fois supérieurs à ceux de la population canadienne en général.

Les taux d'infection au virus de l'hépatite C (VHC) parmi les détenus dans les prisons fédérales sont encore plus élevés que ceux associés au VIH. Le taux global de prévalence (23,6 %) est plus de 20 fois supérieur à celui de la population canadienne en général (0,8 %). Les taux globaux d'infection au VHC sont beaucoup plus élevés pour les femmes détenues (41,2 %) que pour les hommes détenus (23,2 %). Le nombre de nouveaux cas du VHC déclarés par le Service correctionnel du Canada est demeuré relativement stable depuis 2000, variant entre 533 et 570 par année.

Exemples de mesures de réduction des méfaits pour les personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale

Le principal argument contre la promotion des mesures de réduction des méfaits pour les personnes qui font un usage excessif de substances au sein du système de justice pénale est qu'elle enverrait le « mauvais message » et qu'elle rendrait la consommation de substances plus acceptable sur le plan social. Malgré cet obstacle, les politiques et programmes de réduction de méfaits ont su pénétrer certains milieux de la justice pénale au Canada et autour du monde. Voici certains exemples de politiques et de programmes fondés sur la justice pénale visant à réduire les méfaits chez les toxicomanes ayant des démêlés avec le système de justice pénale.

Mise en œuvre de politiques d'aiguillage par les agents chargés de l'application de la loi à l'intention des personnes arrêtées

Le Programme d'aiguillage lié à une arrestation (Arrest Referral Program), qui a été mis en œuvre au Royaume-Uni en 2000, est un excellent exemple d'un programme de réduction des méfaits fondé sur les principes de la justice pénale pour ceux qui utilisent et consomment de façon excessive des substances. Dans le cadre du Programme d'aiguillage lié à une arrestation, on procède à l'affectation de travailleurs spécialisés en évaluation de l'abus de substances dans les postes de police afin qu'ils conseillent et qu'ils orientent les personnes arrêtées qui demandent volontairement de l'aide pour régler leurs problèmes de consommation de substances. Lors de sa première année, le Programme d'aiguillage lié à une arrestation a évalué approximativement 49 000 personnes arrêtées et redirigé dans des programmes de traitement spécialisé d'un bout à l'autre du Royaume-Uni près de 25 000 personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. ¹³ Afin d'améliorer son intervention auprès des personnes arrêtées qui indiquent avoir la volonté de régler leurs problèmes d'abus de substances, le Programme d'aiguillage lié à une arrestation inclut maintenant un certain nombre de services de soutien et de counseling en vertu d'une approche complète et soutenue de « gestion des cas » ¹⁴.

Création de tribunaux de traitement des toxicomanies qui permettent la déjudiciarisation des délinquants non violents et leur réacheminement vers des programmes de traitement de l'abus de substances

Les tribunaux spécialisés dans le traitement des personnes ayant commis des délits associés aux drogues ont d'abord vu le jour à la fin des années 80 aux États-Unis et avaient comme objectif de régler le problème du surpeuplement dans les établissements et de l'augmentation des coûts relatifs à l'emprisonnement au niveau des États. Généralement, les tribunaux de traitement des toxicomanies combinent la supervision ordonnée par le tribunal et le traitement de l'abus de substances axé sur la communauté, et offre ces services aux personnes arrêtées à titre de solution de rechange à l'incarcération.

En 1994, 12 tribunaux de traitement des toxicomanies existaient aux États-Unis. Aujourd'hui, il y en a approximativement 1 100, et plus de 400 autres sont prévus¹⁵. Des tribunaux de traitement des toxicomanies ont également été établis sur une base plus limitée en Australie, en Irlande, au Royaume-Uni et dans plusieurs autres pays.

Le Canada compte actuellement deux tribunaux de traitement des toxicomanies, un à Toronto (qui a ouvert ses portes en 1998) et un à Vancouver (qui a ouvert ses portes en décembre 2001). Ils offrent un traitement supervisé par le tribunal à titre de solution de rechange à l'incarcération pour les personnes non violentes ayant commis des délits associés à la drogue qui acceptent volontairement de s'inscrire au programme¹⁶. En mai 2003, le gouvernement du Canada a indiqué qu'il attribuerait 23 millions de dollars sur cinq ans pour appuyer les tribunaux de traitement des toxicomanies de Vancouver et de Toronto et pour établir plusieurs nouveaux tribunaux à l'échelle du pays¹⁷.

Modification des protocoles et des politiques adoptés par la police visant à réduire les méfaits chez les consommateurs de drogues

À Vancouver, les procédures adoptées par la police ont récemment été modifiées, de sorte que les agents chargés de la mise en application de la loi ne répondent plus de façon « routinière » aux appels d'ambulance pour surdose. Maintenant, ils répondent seulement si le personnel ambulancier leur demande¹⁸. Il a été démontré que cette politique réduit le risque de décès par surdose, puisque les consommateurs de drogues sont plus susceptibles de demander de l'aide s'ils savent que la police ne sera vraisemblablement pas sur la scène d'urgence¹⁹.

Par conséquent, il est important d'informer les consommateurs de drogues de ce type de politique. De cette façon, ils seront plus susceptibles de demander de l'aide dans le cas d'urgences pour surdose de drogues. Même si le choix des agents chargés de l'application de la loi de ne pas répondre est un changement à la politique pouvant améliorer la vraisemblance d'une demande d'aide opportune, il est tout aussi important que les policiers fassent preuve de discrétion dans le traitement des consommateurs de drogues lors de leurs interventions pour des raisons de surdose. Cela améliorera leurs relations avec les membres de la communauté qui consomment des drogues.

La discrétion dans le maintien de l'ordre autour des services de réduction des méfaits, comme les cliniques de programmes d'entretien à la méthadone, les échanges de seringues et les sites d'injection supervisés représente une autre pratique de l'application de la loi qui favorise la réduction des méfaits. Souvent, ces types d'établissements de réduction des méfaits ont des règles strictes qui interdisent la vente de substances illicites sur les lieux ou près des établissements. Ces règles font en sorte qu'il est plus facile pour les personnes chargées de l'application de la loi de gérer ces secteurs comme des « zones de tolérance » en ce qui a trait à la possession simple lorsque le trafic de drogues est moins susceptible de survenir²⁰.

Prestation d'information sur les pratiques sécuritaires de consommation de drogues et la teneur et la pureté des drogues

Étant donné le nombre de fois que les agents chargés de l'application de la loi entrent en contact avec les personnes qui font un usage excessif de substances, les policiers sont bien en mesure de fournir aux consommateurs de substances à risque de l'information sur les pratiques sécuritaires de consommation de drogues²¹. L'information peut notamment être communiquée sous forme de dépliants indiquant comment stériliser le matériel d'injection, ou il peut s'agir des emplacements où l'on offre des services locaux de réduction des méfaits, comme les échanges de seringues. De plus, étant donné l'analyse fréquente des substances saisies, les policiers ont souvent les renseignements les plus à jour et les plus fiables sur la teneur et la pureté des drogues illicites que l'on retrouve dans la rue. Lorsqu'une drogue particulièrement puissante ou dangereusement impure est décelée dans les analyse pour le contrôle officiel, les policiers peuvent émettre des avertissements publics à l'intention des consommateurs de drogues, réduisant ainsi les risques de surdoses accidentelles et d'empoisonnements²².

Élimination de l'exigence d'abstinence à titre de condition de participation aux programmes de traitement en prison ou dans le cadre de la libération conditionnelle

Selon les approches traditionnelles du traitement de l'abus de substances, les candidats doivent s'abstenir de consommer des drogues et de l'alcool s'ils veulent participer à un programme. Toutefois, une des applications les plus pratiques de la réduction des méfaits dans le domaine du traitement est l'élimination de l'abstinence à titre de condition de participation aux programmes de traitement de l'abus de substances. Dans les programmes offerts par le Service correctionnel du Canada (SCC), par exemple, les prisonniers ne sont pas habituellement exclus du traitement de l'abus de substances, à moins que leur consommation de substances ne devienne une perturbation pour le programme²³.

En plus de ne pas exiger l'abstinence pour participer aux programmes contre l'abus de substances, il est également parfois utile de permettre aux prisonniers de se fixer comme objectif de traitement une consommation modérée ou sécuritaire. Les recherches du SCC ont révélé que les prisonniers dont l'objectif de traitement était de réduire leur consommation d'alcool étaient en effet à nouveau condamnés en raison de nouvelles infractions mais à un taux beaucoup moins élevé, comparativement à ceux qui ont tenté de continuer l'abstinence après leur mise en liberté²⁴.

En réalité, la réduction des méfaits est considérée comme une « influence théorique » selon les efforts récents du SCC visant à moderniser les programmes à l'intention des femmes détenues qui consomment des substances au Canada. Il a été déterminé que le fait d'intérioriser des stratégies visant à réduire la consommation de substances ou à réduire les méfaits associés à la consommation de substances était pertinent pour certaines femmes détenues, au fur et à mesure qu'elles adoptaient des styles de vie plus responsables et habilités²⁵.

Nécessité de faire abstraction des résultats positifs liés à la consommation de cannabis dans l'analyse d'urine des personnes bénéficiant d'une libération conditionnelle, à moins que la consommation de la drogue soit directement liée à la criminalité du délinquant

Une hiérarchie d'objectifs et de priorités est un des principes de la réduction des méfaits. Cela s'explique par un besoin de différencier les substances en fonction des méfaits sociaux et pour la santé qu'elles entraînent.

Les résultats de recherches ont révélé que les méfaits associés à la consommation de cannabis sont probablement moins nombreux que ceux associés à l'alcool, en particulier pour ce qui est des méfaits associés à l'agression et à la violence. Étant donné la possibilité de méfaits relativement faible du cannabis, certains établissements de correction ont proposé de limiter le contrôle routinier de la consommation de cannabis dans les programmes d'analyse de l'urine administrés aux prisonniers sous supervision dans la communauté. Cette modification à la politique viserait la réduction des méfaits liés à l'application de la loi, c'est-à-dire que les anciens prisonniers dont la consommation de cannabis n'était pas directement associée à leur criminalité auraient la possibilité de demeurer au sein de la communauté plutôt que de voir leur libération conditionnelle révoquée en raison d'un quasi-délit lié à la consommation illégale de substances.

Par exemple, le SCC a fait circuler un rapport à l'intention des directeurs d'établissement et d'autre personnel cadre en décembre 2001 dans lequel il propose que les résultats de test positifs quant à la consommation de cannabis chez les personnes bénéficiant d'une libération conditionnelle soient évalués avec discrétion, à moins que la consommation n'augmente directement le profil de risque du délinquant²⁷. Ce type de changement à la politique pourrait être important pour l'attribution des libérations conditionnelles au Canada, puisque près de 80 % des prisonniers libérés des établissements fédéraux doivent respecter certaines conditions de leur libération exigeant l'abstinence de l'alcool, des drogues illicites ou des deux²⁸. À ce jour, le SCC n'a toutefois pas retiré le cannabis de la liste des substances régulièrement contrôlées dans son programme communautaire d'analyse d'urine.

Prestation d'eau de Javel aux détenus pour la stérilisation du matériel d'injection

Il a été démontré que lorsqu'elle est utilisée adéquatement, l'eau de Javel stérilise efficacement les seringues utilisées et prévient la propagation du VIH chez les consommateurs de drogues injectables²⁹. De nombreuses prisons autour du monde (y compris des établissements en Écosse, en Allemagne, en France, au Danemark, en Finlande, en Grèce, en Italie, en Australie, en Suisse, en Belgique, au Luxembourg et aux Pays-Bas) fournissent de l'eau de Javel aux détenus expressément afin de nettoyer le matériel d'injection³⁰. Il est important de souligner qu'aucune prison ayant accepté de fournir de l'eau de Javel aux détenus pour la stérilisation du matériel d'injection n'a révoqué cette politique³¹.

Depuis septembre 2002, toutes les prisons administrées par le Service correctionnel du Canada et les provinces de la Colombie-Britannique et du Québec fournissent de l'eau de Javel aux détenus expressément à titre de mesure de réduction des méfaits. Le tableau 1 ci-après illustre la disponibilité et l'accessibilité de l'eau de Javel dans les systèmes correctionnels canadiens à compter de 2002.

Tableau 1 : Disponibilité et accessibilité de l'eau de Javel dans les prisons canadiennes, 2002³²

Secteur de compétence	Eau de javel disponible	Eau de javel accessible
Alberta	N	0
Colombie-Britannique	O	4
Fédéral (SCC) ³³	O	2
Manitoba	N	0
Nouveau-Brunswick	N	0
Terre-Neuve-et-Labrador ³⁴	O	4
Territoires du Nord-Ouest	N	0
Nouvelle-Écosse	N	0
Nunavut	N	0
Ontario	N	0
Î. P. É.	N	0
Québec	O	2
Saskatchewan	N	0
Yukon	N	0

* L'accessibilité est évaluée sur une note de 0 à 4 en fonction de la facilité d'accès et du caractère discret des pratiques de distribution.

Prestation d'une thérapie d'entretien à la méthadone aux détenus et aux personnes bénéficiant d'une libération conditionnelle ayant une dépendance aux opiacés

Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) est actuellement l'« étalon-or » pour ce qui est du traitement des consommateurs qui font un usage excessif de substances et qui ont une dépendance aux opiacés, notamment, l'héroïne et la morphine. La méthadone est une drogue synthétique qui remplace les opiacés dans le corps et qui peut ainsi grandement alléger les symptômes du sevrage et les états de manque. Consommée en doses plus élevées, la méthadone réduit également les effets euphoriques des opiacés, protégeant ainsi davantage les personnes dépendantes contre la rechute³⁵.

En 1993, l'Organisation mondiale de la santé a émis des lignes directrices sur la gestion de la propagation du VIH/SIDA dans les établissements correctionnels. Les lignes directrices recommandaient la prestation d'un traitement d'entretien à la méthadone à l'intention des populations incarcérées. Plusieurs prisons (y compris des établissements correctionnels au Canada, aux États-Unis, en Allemagne et en Australie) offrent maintenant une thérapie d'entretien à la méthadone aux prisonniers qui ont une dépendance aux opiacés³⁷.

Aussi tardivement qu'en 1996, aucun établissement correctionnel du Canada n'offrait de la méthadone aux prisonniers incarcérés³⁸. Toutefois, en 2002, la plupart des établissements correctionnels du Canada offraient un traitement d'entretien à la méthadone aux prisonniers ayant une dépendance aux opiacés. Le tableau 2 indique les établissements correctionnels canadiens, à compter de septembre 2002, qui ont permis la continuité du TEM pour les prisonniers qui étaient admis en prison lorsqu'ils étaient sous traitement, de même que les établissements qui ont permis aux prisonniers de débiter un traitement pendant l'incarcération.

Tableau 2 : Disponibilité du TEM dans les prisons canadiennes, 2002 ³⁹

Secteur de compétence	Continuité du TEM	Début du TEM
Alberta	Oui ⁴⁰	Non
Colombie-Britannique	Oui	Oui
Fédéral (SCC)	Oui	Oui
Manitoba	Oui ⁴¹	Non
Nouveau-Brunswick	Oui	Non
Terre-Neuve-et-Labrador	Non	Non
Territoires du Nord-Ouest	Oui	Non
Nouvelle-Écosse	Oui	Non
Nunavut	Non	Non
Ontario	Oui	Oui ⁴²
Î. P. É.	Non	Non
Québec	Oui	Oui
Saskatchewan	Oui	Oui ⁴³
Yukon	Oui	Oui

Prestation de matériel d'injection stérile (seringues) dans les prisons

Il a été démontré que les programmes d'échange de seringues réduisent le partage de seringues entre les consommateurs de drogues injectables, réduisant ainsi le risque de transmission du VIH et du VHC⁴⁴. Depuis 1992, des programmes d'échange de seringues offerts dans les prisons ont été établis dans les établissements correctionnels en Suisse, en Allemagne⁴⁵, en Espagne, en Moldavie, au Kirghizistan et dans la République du Belarus afin de remédier aux taux croissants d'infection au VIH et au VHC au sein des populations carcérales⁴⁶.

Une étude internationale menée en 2002 sur le fonctionnement des programmes d'échange de seringues offerts dans les prisons a révélé que les programmes d'échange de seringues dans les prisons :

- ne mettent pas en danger le personnel ni les prisonniers;
- n'augmentent pas la consommation ou l'injection de drogues;
- réduisent les pratiques d'injection à risque et la transmission de maladies;
- ont avec succès utilisé diverses méthodes de distribution de seringues afin de répondre aux besoins du personnel et des prisonniers dans un large éventail de prisons⁴⁷.

L'idée de mettre à l'essai des programmes d'échange de seringues dans les prisons au Canada a été d'abord soulevée dans un rapport préparé par le Prisoners with AIDS Support Action Network en 1992⁴⁸. Depuis, plusieurs organismes gouvernementaux et non gouvernementaux du Canada ont étudié le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons et recommandé la mise en œuvre d'un programme pilote en vue d'évaluer leur faisabilité. Ces organismes incluent notamment le Comité d'experts sur le SIDA dans les prisons du SCC (1994)⁴⁹, le Réseau juridique canadien VIH/SIDA (1996 et 2003)⁵⁰, le Groupe de travail national sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection (1997)⁵¹, le Prisoners with AIDS Support Action Network (1998 et 2003)⁵², le Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues du SCC (1999)⁵³, la Commission canadienne des droits de la personne (2003)⁵⁴, l'Association médicale de l'Ontario (2004)⁵⁵ et l'Enquêteur correctionnel (2004)⁵⁶. À ce jour, aucun établissement de correction au Canada offre de l'équipement d'injection stérile aux détenus.

Conclusion

Il existe diverses politiques et divers programmes importants pour réduire les méfaits associés à l'abus de substances chez les personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale. Plusieurs points peuvent être soulignés pour résumer cette discussion.

D'abord, plusieurs politiques et programmes dont on a discuté ci-avant ont été assujettis à des études d'évaluation qui visent à déterminer leur efficacité dans la réduction des méfaits chez les personnes qui consomment des substances et en font un usage excessif. Parmi ces programmes et politiques, il y a notamment le Programme d'aiguillage lié à une arrestation⁵⁷, les tribunaux de traitement des toxicomanies⁵⁸, la modification des protocoles adoptés par les services de police de sorte que les agents chargés de l'application de la loi n'aient pas de façon routinière à répondre aux appels d'ambulance pour surdose⁵⁹, le recours à l'eau de Javel dans les prisons⁶⁰, la prestation d'une thérapie d'entretien à la méthadone à l'intention des personnes incarcérées⁶¹ et la prestation de matériel d'injection stérile aux détenus⁶². Ces évaluations ont toutefois différents degrés de qualité⁶³. On devrait tout mettre en œuvre afin d'appliquer des méthodes qui donnent lieu à des évaluations significatives, de sorte que les politiques et les programmes les plus efficaces et efficients puissent être déterminés à partir des données probantes disponibles.

Même si les autres politiques et programmes dont on a discuté ci-dessus peuvent réduire les méfaits chez les personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale, certains n'ont pas été largement mis en œuvre (par exemple, la prestation régulière d'information sur la teneur et la qualité des drogues aux consommateurs de drogues). Par conséquent, ils devraient être assujettis à des évaluations rigoureuses, de façon à veiller à ce qu'ils soient efficaces dans la réduction des méfaits sociaux ou pour la santé. Bien que les études portant sur l'évaluation systématique soient plus ou moins rares dans le domaine de la justice pénale, de telles études sont d'une très grande importance pour déterminer les pratiques exemplaires et assurer l'utilisation la plus efficiente des ressources.

Un des éléments moins évidents de cette étude est la mesure dans laquelle les personnes chargées de l'application de la loi à l'échelle mondiale tirent profit de la possibilité de réduire les méfaits chez les consommateurs de drogues ayant des démêlés avec le système de justice. Étant donné le nombre important de contacts entre les personnes qui font un usage excessif des substances psycho-actives et les systèmes de justice pénale à l'échelle mondiale, il est probable que l'on commence à peine à se rendre compte de la possibilité de réduire les méfaits sociaux et pour la santé au sein de ces populations vulnérables et difficiles à engager.

Bien que certaines des politiques et certains des programmes décrits ci-dessus soient appliqués de façon novatrice à quelques endroits dans le monde, la constatation du plein potentiel de réduction des méfaits chez les consommateurs de drogues dépendra de 1) l'utilisation des données probantes pour déterminer les politiques et les programmes qui sont efficaces dans la réduction des méfaits et de 2) la diffusion des politiques et des programmes en matière de pratiques exemplaires aux systèmes de justice pénale qui sont ouverts à leur mise en œuvre.

Les croyances et la culture qui dominent dans la plupart des systèmes de justice pénale autour du monde seront mises à l'épreuve, s'il y a décision de mettre en œuvre des politiques et des programmes visant la réduction des méfaits chez les toxicomanes. Néanmoins, la diffusion de politiques et de programmes visant à réduire les méfaits chez les toxicomanes continuera d'être un processus lent, tant et aussi longtemps que l'abus de substances continuera d'être essentiellement perçu comme un problème associé à la justice pénale plutôt que comme un problème de santé. L'importance de l'information et de la formation visant à susciter le « virage culturel » nécessaire pour les personnes qui travaillent dans le système de justice pénale ne peut être exagérée⁶⁴. Le soutien de ces virages doit être maintenu aux plus hauts niveaux de gestion, et ils doivent être soutenus dans le temps afin qu'ils soient entièrement mis en œuvre à tous les niveaux de fonctionnement⁶⁵.

L'ajout récent d'un volet « application de la loi et réduction des méfaits » dans le cadre de la Conférence internationale annuelle sur la réduction des méfaits liés aux drogues est un des éléments positifs de ce processus⁶⁶. Lors de la 15^e réunion annuelle à Melbourne en Australie, par exemple, au moins neuf groupes liés à ce thème ont permis la réunion de professionnels de la santé, d'agents chargés de l'application de la loi et d'autres personnes afin de discuter de questions liées à la réduction des méfaits pour les personnes qui font un usage excessif de substances et qui ont des démêlés avec le système de justice pénale. De tels événements seront essentiels à la diffusion éventuelle des politiques et des programmes factuels de réduction des méfaits à l'échelle mondiale.

Notes en fin de texte

1. Groupe de travail national sur les politiques du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (1996). Réduction des méfaits : concepts et pratique, un document de discussion de politique. Ottawa : auteur.
2. Environ deux tiers de ces infractions étaient des infractions de possession de drogues illicites, près de 50 % du total impliquant la possession de cannabis. Voir Statistique Canada. (2004). Tendances dans les infractions reliées aux drogues et rôle des drogues et de l'alcool dans la perpétration d'infractions. *Juristat*, 24(1). Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique. Résumé téléchargé le 25 juin 2004 à partir de <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/040223/q040223a.htm>
3. La possibilité pour les personnes chargées de l'application de la loi de faire progresser la réduction des méfaits au Canada est améliorée grâce au mouvement vers la police communautaire, qui favorise des partenariats proactifs entre les éléments de la communauté et les agents chargés de l'application de la loi dans le traitement de questions comme l'usage excessif des substances.
4. Weekes, J., Moser, A. et Langevin, C. (1999). Assessing substance-abusing offenders for treatment. Dans J. Latessa (Ed.), *Strategic solutions: The international community corrections association examines substance abuse*. Lanham, MD: The American Correctional Association.
5. Pernanen, K., et ses collaborateurs. (2002). Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
6. MacPherson, P. (2001). Programme de contrôle au hasard d'échantillons d'urine : Politiques, pratiques et résultats de recherche. *Forum recherches sur l'actualité correctionnelle*, 13(3), 54-57. Téléchargé le 26 juin 2004 à partir de http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e133/133q_f.pdf
7. Étant donné que la consommation de drogues est considérée comme une infraction grave en prison, ces estimations autodéclarées sont susceptibles de sous-évaluer la véritable portée de la consommation de substances dans les prisons canadiennes.
8. Service correctionnel du Canada. (1996). Sondage national de 1995 auprès des détenus : Rapport final. Ottawa : Service correctionnel du Canada, Direction de la recherche.
9. Ibid.
10. Ibid.
11. DiCenso, A., Dias, G. et Gahagan, J. (2003). *Unlocking our futures: A national study on women, prisons, HIV and hepatitis C*. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network. Téléchargé le 24 août 2004 à partir de http://www.pasan.org/Publications/Unlocking_Our_Futures.pdf
12. L'information sur les maladies infectieuses chez les détenus sous responsabilité fédérale et les comportements à risque au Canada déclarée ici provient principalement de Moloughney, B. (2004). Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale. *Revue canadienne de santé publique*, 95(Supplément 1), S1-S63. Voir note 8.
13. O'Shea, J., Jones, A. et Sondhi, A. (2004). Arrest referral statistical update. UK Home Office: Drug Strategy Directorate. Téléchargé le 21 octobre 2004 à partir de <http://www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/Communities/1034258640>
14. Sondhi, A., O'Shea J. et Williams T. (2002). Arrest referral: Emerging findings from the national monitoring and evaluation program. Téléchargé le 13 décembre 2004 à partir de http://www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/Communities/1034346010/ArrestReferral_DPASPaper_eighteen.pdf
15. National Drug Court Institute (2004). Drug court facts. Téléchargé le 25 novembre 2004 à partir de <http://www.ndci.org/courtfacts.htm>
16. Kirkby, C. (2003). Drug courts: Who benefits? Dans G. Thomas (Ed.), *Perspective on Canadian drug policy, Volume I*. Kingston ON : Société John Howard du Canada. Téléchargé le 25 novembre 2004 à partir de http://www.iprt.ie/files/international/drug_treatment_courts_in_canada_c_kirkby.doc
17. Ministère de la Justice du Canada. (2003). Le gouvernement du Canada s'engage à renforcer le programme des tribunaux canadiens de traitement de la toxicomanie. Communiqué téléchargé le 25 novembre 2004 à partir de http://canada.justice.gc.ca/fr/news/nr/2003/doc_30914.html

Notes en fin de texte

18. Weibe, D. Communication personnelle avec l'auteur, le 15 décembre 2004. La politique sur la surdose a été mise en œuvre sur une base « provisoire » le 10 décembre 2003 pour une période d'un an. Au moment de la rédaction de ce document, la politique ne fait pas partie de façon permanente des protocoles des services de police, mais on prévoit qu'elle en fera partie au cours des prochaines semaines.
19. Roberts, L. et McVeigh J. (2004). Lifeguard: Act fast and save a life. An evaluation of a multi-component information campaign targeted at reducing drug related deaths in Cheshire and Merseyside. Liverpool : Université John Moores. Téléchargé le 21 octobre 2004 à partir de <http://www.hit.org.uk/dbimngs/Evaluation%20Report1.pdf>
20. Pour une description détaillée de ce qui peut survenir lorsque la police a recours à une application stricte de la loi à proximité des centres qui tentent d'offrir des services de réduction des méfaits aux consommateurs de drogues, voir Kerr, T., Olsen, M. et Wood, E. (2004). Activisme pour la réduction des méfaits : étude de cas d'un lieu sécuritaire pour l'injection non autorisé, dirigé par des utilisateurs. *Revue canadienne VIH/SIDA et droit*, 9(2):13-19. Téléchargé le 14 décembre 2004 à partir de <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol9no2204/Vol9no2204.pdf>
21. Australasian Centre for Policing Research. (2000). The role of police in supporting illicit drug related public health outcomes. Téléchargé le 13 décembre 2004 à partir de <http://www.acpr.gov.au/pdf/drugs/Illicit%20drug%20related.pdf>
22. Ibid.
23. Service correctionnel du Canada. (2002). Manuel du Programme national de traitement de la toxicomanie; Intensité élevée. Ottawa : Division des programmes de réinsertion sociale, Service correctionnel du Canada.
24. Roy, M. (2001). La stratégie nationale antidrogue du Service correctionnel du Canada. Forum recherches sur l'actualité correctionnelle, 13(3):5-6. Téléchargé le 27 octobre 2004 à partir de http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e133/133b_f.pdf Recherche d'abord présentée dans Weekes, J., Moser, A. et Langevin, C. (1997). Assessing substance abusing offenders for treatment. Document présenté dans le cadre de la International Community Corrections Association Research Conference, Cleveland, OH.
25. Hume, L. (2001). Programme de traitement de la toxicomanie : Structure proposée. Montague (Î. P. É.) : Service correctionnel du Canada, Centre de recherche en toxicomanie. Téléchargé le 13 décembre 2004 à partir de http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r120/r120_f.shtml
26. Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites. (2002). Le cannabis : Positions pour un régime de politique publique pour le Canada, résumé. Téléchargé le 25 novembre 2004 à partir de <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-f/ille-f/rep-f/summary-f.pdf>
27. Malarek, V. (2002). Canada: Plan floated to ignore some prison drug use. The Globe and Mail. Le samedi 11 mai 2002. Réédition du texte téléchargé le 28 octobre 2004 à partir de <http://www.mapinc.org/drugnews/v02/n904/a03.html?172153>
28. Couturier, P. Communication personnelle par courrier électronique avec l'auteur, le 1er novembre 2004.
29. US National Research Council Institute of Medicine. (1995). Preventing HIV transmission: The role of sterile needles and bleach. Washington, DC: National Academy Press. L'eau de Javel est beaucoup moins efficace pour prévenir la propagation de l'HC, puisque le virus de l'hépatite C est environ dix fois plus difficile à éliminer que le virus du VIH.
30. Wiessing, L. (2001). Injecting drug users in Europe. Lisbonne (Portugal) : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Téléchargé le 2 décembre 2004 à partir de <http://www.drugtext.org/library/articles/peddr008.htm>
31. Réseau juridique canadien VIH/SIDA (2004). Prévention : l'eau de Javel. Feuille d'information no 5, HIV/AIDS in Prison. Téléchargé le 25 novembre 2004 à partir de <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons/f-pfact5.htm>
32. Lines, R. (2003). La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard; Un rapport d'étape. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/SIDA. Téléchargé le 21 octobre 2004 à partir de <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons/rapportdetape/tdm.htm>

Notes en fin de texte

33. Un total de 156 des 390 femmes incarcérées sous responsabilité fédérale au Canada ont été interrogées dans le cadre d'un rapport publié en 2003. Les deux tiers ont indiqué que l'accès à l'eau de Javel pour la stérilisation du matériel d'injection était difficile pour des raisons liées à la disponibilité ou à l'accessibilité. Voir note 12.
34. L'eau de Javel était facilement accessible par les prisonniers de Terre-Neuve-et-Labrador à des fins de nettoyage, alors il est indiqué ici que l'eau de Javel est disponible, même si elle n'est pas distribuée dans une « trousse d'eau de Javel » pour la réduction des méfaits.
35. Strain E., Bigelow G., Liebson I. et Stitzer M. (1999). Moderate vs. high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: A randomized trial. *Journal of American Medical Association*, 281(11), 1000-1005.
36. Organisation mondiale de la santé (OMS) (1993). WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Genève : auteur.
37. Kerr, T. et Jürgens, R. (2004). Methadone maintenance therapy in prisons: Reviewing the evidence. Réseau juridique canadien VIH/SIDA. Téléchargé le 26 novembre 2004 à partir de http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/MMT_150604.PDF
38. Service correctionnel du Canada (1994). Le VIH/SIDA en milieu carcéral : rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons. Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada.
39. Voir note 34.
40. Depuis 2002, l'Alberta permet aux prisonniers qui sont incarcérés pendant un traitement à la méthadone de continuer le traitement pendant un mois; elle exige ensuite que les prisonniers soient sevrés.
41. Depuis 2002, le TEM est offert aux prisonniers du Manitoba seulement dans la région de Winnipeg.
42. Depuis 2002, le TEM en Ontario est offert, en guise d'introduction de ce service, seulement aux femmes détenues qui sont enceintes.
43. Depuis 2002, le TEM est initialement offert aux prisonniers de la Saskatchewan seulement sous approbation du sous-ministre adjoint.
44. Normand J., Vlahov D. et Moses L. (Eds.). (1995). Preventing HIV transmission: The role of sterile needles and bleach. Washington, D.C: National Academy Press.
45. L'Allemagne a des programmes d'échange de seringues en établissement depuis 1995. En 2001, et encore une fois en 2003, un certain nombre de ces programmes d'échange de seringues en établissement ont été éliminés en raison de pressions politiques. Il est toutefois intéressant de constater que certains des proposants qui se sont faits le plus entendre relativement au maintien des programmes étaient des membres du personnel des établissements de correction où des programmes d'échange de seringues avaient déjà été offerts. Voir note 46.
46. Lines R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevschi, D. et Nelles, J. (2004). L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/SIDA. Téléchargé le 3 décembre 2004 à partir de <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons/peps/rapport-PESP.pdf>
47. Ibid.
48. Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network. (1992). HIV/AIDS in prison systems: A comprehensive strategy. Toronto : auteur. Téléchargé le 14 décembre 2004 à partir de http://www.pasan.org/Publications/HIV-AIDS_in_Prison_Systems_92.pdf
49. Voir note 40.
50. Jürgens, R. (1996). VIH/sida et prisons : rapport final. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/SIDA. Téléchargé le 14 décembre 2004 à partir de <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons/prtitrf.html>. Voir note 34.
51. Groupe de travail national sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection. (1997). HIV, AIDS and Injection Drug Use: A national action plan. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; Association canadienne de santé publique. Téléchargé le 14 décembre 2004 à partir de <http://www.cfdp.ca/hiv aids.html>

Notes en fin de texte

52. Scott, A. et Lines, R. (1998). HIV/AIDS in the male-to-female transexual/transgendered prison population: A comprehensive strategy. Toronto: Prisoners with AIDS Support Action Network. Téléchargé le 14 décembre 2004 à partir de http://www.pasan.org/Publications/T-S_&_T-G_in_Prison_99.pdf. Voir note 12.
53. Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues. (1999). Final report of the study group on needle exchange programs. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
54. Commission canadienne des droits de la personne. (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 : Commission canadienne des droits de la personne. Téléchargé le 14 décembre 2004 à partir de <http://www.chrc-ccdp.ca/pdf/reports/FSWfr.pdf>
55. Association médicale de l'Ontario. (2004). Improving our health: Why is Canada lagging behind in establishing needle exchange programs in prisons? Exposé de position de l'AMO. Toronto : auteur. Téléchargé le 14 décembre 2004 à partir de <http://www.oma.org/phealth/omanep.pdf>
56. Bureau de l'enquêteur correctionnel du SCC. (2004). Rapport annuel, 2004 2004. Ottawa : auteur. Téléchargé le 14 décembre 2004 à partir de http://www.oci-bec.gc.ca/reports/AR200304_download_f.asp
57. Voir note 16.
58. Belenko, S. (2001). Research on drug courts: Critical review 2001 update. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse. Téléchargé le 14 décembre 2004 à partir de <http://www.drugpolicy.org/docUploads/2001drugcourts.pdf>
59. Voir note 21.
60. Dolan, K., Wodak, A. et Hall, W. (1999). HIV risk behaviour and prevention in prison: A bleach programme for inmates in NSW. *Drug and Alcohol Review*, 18(2),139-143.
61. Dolan, K., Shearer, J., MacDonald M., Matick R., Hall, W. et Wodak, A. (1998). A randomized controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug & Alcohol Dependence*, 72(1), 59-65. Voir également le Service correctionnel du Canada. (2002). Le traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral : Incidence sur l'issue de la mise en liberté et le comportement en établissement. Ottawa : auteur. Téléchargé le 14 décembre 2004 à partir de http://www.cscscc.gc.ca/text/rsrch/reports/r119/r119_f.shtml Cette étude portait sur les infractions disciplinaires et les taux de nouvelle arrestation pour les personnes suivant un traitement à la méthadone plutôt que sur les impacts de la consommation de drogues ou sur la santé.
62. Voir note 48.
63. Par exemple, l'examen de 2001 par Steven Belenko de l'étude d'évaluation sur les tribunaux spécialisés en matière de drogues auquel on fait référence à la note 58 suggère que seulement quelques-uns des tribunaux ont inclus des méthodes qui permettent l'évaluation officielle de la rentabilité.
64. Les Australiens ont réalisé les analyses les plus systématiques des besoins liés à l'éducation et à la formation des agents chargés de l'application de la loi dans le but de promouvoir la réduction des méfaits. Voir Fowler, G., Allsop, S., Melville, D. et Wilkinson C. (1999). Drug harm minimization education for police in Australia. Canberra: National Centre for Education and Training. Téléchargé le 15 décembre 2004 à partir de <http://www7.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/mono41.pdf>
65. Spooner, C., McPherson, M. et Hall W. (2004). The role of police in preventing and minimizing illicit drug use and its harms. Marden, Australie méridionale : Australasian Centre for Policing Research. Téléchargé le 15 décembre 2004 à partir de http://www.ndlrf.gov.au/pub/prevent_illicit_drug.pdf
66. Le programme pour la conférence de 2004 est disponible (au moment de la rédaction du document) à http://www.ihra.net/pdf/Program_Final

Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies grâce entre autre à la participation financière de Santé Canada. Les points de vue exprimés dans celui-ci ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Le CCLAT, l'organisme national canadien de renseignements sur les toxicomanies, a été établi en 1988 par une loi du Parlement. Le CCLAT a pour but de regrouper les efforts nationaux visant à réduire les méfaits de l'alcool et des autres drogues sur la santé, la société et l'économie.

Pour de plus amples renseignements, n'hésitez pas à nous écrire :

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Pièce 300, 75, rue Albert, Ottawa ON K1P 5E7
Tél. : (613) 235-4048; Téléc. : (613) 235-8101. Visitez notre site Web à www.ccsa.ca



ISBN 1-896323-56-1

Droit d'auteur © 2005—Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Tous droits réservés