

**L'ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
ET LA POLITIQUE PUBLIQUE AU CANADA :
I. LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE**

Chantal Collin
Division des affaires politiques et sociales

Le 13 avril 2006

Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
HISTORIQUE DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE.....	2
LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE	2
LES GRANDS AXES DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE.....	4
A. Sensibilisation et prévention	4
1. Fondements	4
2. Le rôle du gouvernement fédéral	5
B. Traitement et réadaptation	6
1. Fondements	6
2. Le rôle du gouvernement fédéral	7
C. La réduction des méfaits	8
1. Fondements	8
2. Le rôle du gouvernement fédéral	10
D. Application de la loi et contrôle.....	11
1. Fondements	11
2. Le rôle du gouvernement fédéral	12
POINTS SAILLANTS DES MESURES FÉDÉRALES RÉCENTES.....	13
A. Le Cadre national d’action pour réduire les méfaits liés à l’alcool et aux autres drogues et substances au Canada.....	13
B. Autres mesures.....	15
CONCLUSION.....	16



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

**L'ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
ET LA POLITIQUE PUBLIQUE AU CANADA :
I. LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE⁽¹⁾**

INTRODUCTION

Les politiques canadiennes relatives aux substances psychoactives (SP) se sont multipliées depuis l'adoption, en 1908, de la *Loi sur l'opium*, qui interdisait l'usage non médical des opiacés. Les mesures prises pour prévenir, traiter et contrôler la consommation et l'abus de SP visent aujourd'hui toutes sortes de produits licites et illicites, du cannabis aux médicaments sans ordonnance en passant par la cocaïne, l'héroïne, les méthamphétamines, l'ecstasy, le tabac, l'alcool et les inhalants.

La Stratégie canadienne antidrogue (SCA) est une importante initiative coordonnée par le gouvernement fédéral, qui porte sur les effets nocifs (conséquences pour la santé, la situation sociale, la sécurité et l'économie) de la consommation et de l'abus de SP sur les particuliers, les familles et les collectivités. De nombreux partenaires, dont des ministères fédéraux⁽²⁾, des gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations non gouvernementales, des associations professionnelles et des organismes internationaux participent à l'initiative.

Dans le présent document, nous donnerons un bref historique de la SCA et des renseignements sur ses quatre axes. Nous présenterons aussi les points saillants de certaines mesures prises récemment par le gouvernement fédéral à l'appui de la Stratégie.

(1) Le présent document est le premier de la série intitulée *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada* de la même auteure. Les autres sont les suivants : *II. Les mesures parlementaires (1987 à 2005)*, PRB 06-05F, *III. Notions essentielles*, PRB 06-11F, *IV. Usage, prévalence et conséquences*, PRB 06-19F, et *V. L'alcool et les méfaits connexes*, PRB 06-20F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 2006.

(2) Santé Canada est le ministère responsable. Les autres partenaires fédéraux sont les suivants : l'Agence de santé publique du Canada, Sécurité publique et Protection civile Canada, l'Agence des services frontaliers du Canada, la Gendarmerie royale du Canada (GRC), le Service correctionnel du Canada, le ministère fédéral de la Justice et Affaires étrangères Canada.

HISTORIQUE DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

C'est en 1987 que le gouvernement fédéral a lancé une stratégie quinquennale dotée d'un budget de 210 millions de dollars, la Stratégie nationale antidrogue, qui portait sur les problèmes reliés à l'abus de drogues au Canada. Conscient qu'il fallait instaurer un système équilibré, le gouvernement a orienté la stratégie à la fois du côté de la demande et du côté de l'offre du problème de la drogue. La stratégie se composait de six volets : sensibilisation et prévention; traitement et réadaptation; application de la loi et contrôle; information et recherche; coopération internationale; et portée nationale (visant à déterminer quels programmes de réduction de la demande de drogue pourraient avoir une portée nationale)⁽³⁾.

En 1992, le gouvernement fédéral a renouvelé son engagement et lancé une deuxième phase de la stratégie en fusionnant la Stratégie de réduction de la conduite avec facultés affaiblies et la Stratégie nationale antidrogue. Cette initiative a pris le nom de Stratégie canadienne antidrogue. Il s'agissait toujours de réduire les effets nocifs de l'abus de SP sur les particuliers, les familles et les collectivités en abordant aussi bien l'offre que la demande de substances licites et illicites. Soixante pour cent des 270 millions de dollars attribués à la SCA devaient être consacrés à la réduction de la demande et 40 p. 100, à la réduction de l'offre.

En 1998, le fédéral a réaffirmé son engagement à l'égard des principes de la SCA. Quatre axes ont été définis : sensibilisation et prévention; traitement et réadaptation; réduction des méfaits; application de la loi et contrôle. Toutefois, le financement a été considérablement diminué, et beaucoup d'intervenants dans le domaine de la politique relative à l'usage et à l'abus de SP se sont dits inquiets des conséquences de coupes financières de cette envergure. En fait, pour nombre d'entre eux, 1997-1998 a marqué le début du déclin de la SCA.

LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

Le gouvernement fédéral a annoncé, en mai 2003, qu'il investirait 245 millions de dollars dans la SCA au cours des cinq années suivantes. Cette annonce faisait

(3) Gouvernement du Canada, *Stratégie nationale antidrogue : Action contre les drogues*, 1988.

suite à l'invitation, faite par le vérificateur général du Canada (décembre 2001)⁽⁴⁾, le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites (septembre 2002) et le Comité spécial sur l'usage non médical de drogues de la Chambre des communes (décembre 2002)⁽⁵⁾, à adopter une stratégie exhaustive et renouvelée, dotée d'un budget réservé.

Les quatre axes de la nouvelle stratégie restent la prévention, le traitement, la réduction des méfaits et l'application de la loi. Le fédéral a également élargi son engagement en investissant dans quatre domaines d'action : leadership; recherche et suivi; partenariats et intervention; modernisation des lois et politiques.

Santé Canada continue d'assumer la direction et la coordination nationale de la SCA, ainsi que l'obligation complémentaire de rendre compte tous les deux ans au Parlement et aux Canadiens de l'orientation et des progrès de la Stratégie. Son premier rapport, prévu pour 2006, est censé fournir des renseignements sur les progrès enregistrés à l'égard des principaux objectifs suivants :

- réduire l'utilisation des drogues nocives;
- réduire le nombre de jeunes Canadiens qui font l'expérience des drogues;
- réduire l'incidence de maladies transmissibles liées à la toxicomanie;
- accroître le recours à des mesures de justice alternative comme les tribunaux de traitement de la toxicomanie;
- réduire l'offre de drogues illicites et s'occuper des tendances nouvelles en matière de drogues;
- réduire les coûts évitables pour la santé, la société et l'économie⁽⁶⁾.

(4) Bureau du vérificateur général du Canada, *Rapport du vérificateur général du Canada*, chap. 11, « Les drogues illicites – Le rôle du gouvernement fédéral », 2001 (<http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/0111cf.html>).

(5) Le travail de ces deux comités spéciaux est analysé dans Chantal Collin, *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada : II. Les mesures parlementaires (1897 à 2005)*, PRB 06-05F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 13 avril 2006.

(6) Santé Canada, *Information : La Stratégie canadienne antidrogue*, mai 2003 (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2003/2003_34bk1_f.html, consulté le 22 mars 2006).

LES GRANDS AXES DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

La prohibition, la légalisation, la médicalisation et la réduction des méfaits sont quatre moyens habituels d'aborder le problème de la consommation et de l'abus de SP. Ces modèles diffèrent dans la manière d'aborder le problème et dans ce que l'on estime être les caractéristiques des consommateurs et les conséquences de la consommation et de l'abus. Par ailleurs, les quatre modèles renvoient à des points de vue différents sur la façon dont la société devrait réagir aux conséquences de la consommation et de l'abus de SP pour la santé, la société et l'économie.

Les partisans de la prohibition associent généralement la consommation de SP à un comportement moralement corrompu qui peut être modifié, et ils estiment que le contrôle de la situation passe par des sanctions juridiques. Les tenants de la légalisation estiment, entre autres, que la criminalisation de la consommation de substances et des consommateurs ne fait que multiplier les problèmes et qu'on devrait supprimer les sanctions pénales appliquées à la consommation de substances illicites. Par ailleurs, selon le point de vue médical, le sujet qui abuse de SP est considéré comme un malade qui a besoin de soins et sur qui il faut exercer un contrôle. Enfin, la réduction des méfaits – une perspective qui a gagné des adeptes au cours des années 1980, lorsque l'expansion du VIH/SIDA a fini par devenir une menace pire pour les sujets et pour la santé publique que la consommation de SP – est un point de vue neutre selon lequel il n'y a rien d'intrinsèquement immoral, criminel ou médicalement déviant dans la consommation ou l'abus de SP.

La SCA part du principe qu'il faut adopter une perspective équilibrée englobant des éléments des quatre modèles ci-dessus. C'est ce que reflètent ses quatre axes : sensibilisation et prévention; traitement et réadaptation; réduction des méfaits; application de la loi et contrôle.

A. Sensibilisation et prévention

1. Fondements

Pour l'essentiel, la consommation et l'abus de SP sont plus répandus parmi les jeunes et les jeunes adultes, les jeunes de la rue, les Autochtones, les travailleurs du sexe et les gens qui ont des démêlés avec le système de justice pénale. Au Canada, la sensibilisation et la prévention relèvent principalement des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les populations très vulnérables sont la cible principale des programmes fédéraux de sensibilisation et de

prévention. Les mesures de sensibilisation et de prévention prises par les différentes administrations prennent de nombreuses formes : programmes scolaires, programmes destinés à certaines populations très vulnérables (p. ex. programmes communautaires), campagnes de sensibilisation par l'intermédiaire des médias de masse, autres activités et groupes de jeunes (p. ex. activités récréatives), stratégies familiales, stratégies administratives (p. ex. politiques scolaires sur la possession et la consommation de SP sur le territoire de l'école), étiquettes d'avertissement sur les produits et méthodes de réduction des méfaits.

2. Le rôle du gouvernement fédéral

Les objectifs actuels des programmes fédéraux de sensibilisation et de prévention sont d'aider les gens à éviter la consommation de substances nocives et, dans le cas des consommateurs, d'améliorer leur aptitude à contrôler leur consommation et de prévenir l'installation de l'abus. Pour réaliser ces objectifs, des mesures de sensibilisation et de motivation sont appliquées de concert avec des lois et des règlements visant les activités criminelles et des mesures fiscales. Cette méthode tient compte des besoins différents de différents groupes en matière de prévention.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), qui est un partenaire important de la SCA, joue un rôle central dans la sensibilisation et la prévention au moyen d'activités de sensibilisation, de collecte de données, de distribution d'information et d'offre de conseils aux décideurs.

Certaines mesures fédérales dans le domaine de la prévention sont les programmes de sensibilisation aux drogues du ressort de la GRC, par exemple le *Programme de sensibilisation aux dangers de la drogue* (DARE), *La drogue et le sport, Choix* (DEAL), *La solution gagnante*, le *Programme Bouclier*, et *Jusqu'au bout... sans drogues*⁽⁷⁾. D'autres programmes, comme la Stratégie nationale pour la prévention du crime et le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones⁽⁸⁾ financent également des projets de prévention relatifs à la drogue dans tout le Canada.

(7) On peut trouver des renseignements sur ces programmes en consultant le site Web du Service de la sensibilisation aux drogues de la GRC (http://www.rcmp-grc.gc.ca/das/programs_f.htm).

(8) La Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada finance, au moyen du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA), environ 729 postes dans le cadre de programmes communautaires de prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme chez les Autochtones et les Inuits. Les dépenses s'élèvent à environ 30 millions de dollars par an dans le cadre de ce programme. Pour plus de renseignements, voir le site Web du Programme (http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/ads/nnadap_rev-pnlaada_exam/index_f.html).

B. Traitement et réadaptation

1. Fondements

Ce sont les provinces, les territoires et les collectivités locales qui ont la responsabilité première d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de traitement et de réadaptation en matière de toxicomanie et d'alcoolisme. La dépendance aux SP est un trouble complexe qui comporte de nombreuses dimensions. Le traitement n'est donc jamais simple. Les services de traitement et de réadaptation se caractérisent par des méthodes, des philosophies, des principes et des objectifs qui diffèrent. Pour beaucoup de fournisseurs de services, l'objectif du traitement est l'abstinence définitive. Pour d'autres, la guérison est un processus de longue haleine, et les établissements de traitement ne devraient pas exiger l'abstinence comme condition du traitement. La plupart estiment cependant qu'une approche holistique axée sur l'intégration des services, des partenariats et un continuum de soins est un élément fondamental du processus de traitement.

Les programmes de traitement et de réadaptation offrent généralement des services comme le dépistage et l'intervention précoces, l'évaluation et l'aiguillage, la désintoxication médicale, le counselling de base, les interventions thérapeutiques, le suivi clinique et les mesures en milieu de travail. Certains programmes sont spécialisés dans le traitement de la dépendance à une certaine substance (p. ex. les solvants ou l'héroïne), tandis que d'autres traitent des groupes particuliers (p. ex. les hommes, les femmes, les jeunes, les Autochtones) et d'autres encore ont trait au problème croissant de la concomitance entre les désordres mentaux et les troubles liés à la consommation de SP.

Rappelons que le traitement de la dépendance aux opiacés s'est révélé particulièrement difficile au fil des ans, ce qui a donné lieu à l'élaboration de programmes de traitement de remplacement, par exemple l'utilisation de la méthadone ou la prescription d'héroïne. La méthadone représente une forme particulière de traitement qui est de plus en plus largement proposée au Canada. Elle fournit aux héroïnomanes un produit chimique de remplacement sous stricte surveillance médicale. Cette solution n'est proposée que lorsque les autres types de traitement ont échoué, et les toxicomanes sont tenus de participer à des séances de counselling. La méthadone est le seul opiacé actuellement permis pour le traitement à long terme des personnes dépendantes des opiacés au Canada. La thérapie par l'héroïne n'est proposée que dans le cadre d'un processus d'essai clinique. La North American Opiate Medication Initiative (NAOMI) examine actuellement si la thérapie par l'héroïne offre une

solution viable pour les consommateurs chroniques d'héroïne pour lesquels les autres types de traitement n'ont donné aucun résultat⁽⁹⁾. Les premiers participants à ce programme se sont inscrits en février 2005 à Vancouver, puis en juin 2005 à Montréal. Les critères d'admissibilité sont les suivants : avoir 25 ans ou plus, être dépendant des opiacés depuis au moins cinq ans, s'être injecté des opiacés quotidiennement depuis au moins un an, et avoir subi à au moins deux reprises un traitement par la méthadone pendant 30 jours consécutifs ou plus⁽¹⁰⁾. Plus de 100 personnes qui s'injectent des opiacés participent actuellement au programme. L'objectif est d'en inscrire 470.

2. Le rôle du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral fournit un appui financier aux initiatives provinciales et territoriales dans le domaine du traitement et de la réadaptation, indirectement, par le truchement du Transfert canadien en matière de santé, et plus directement, par celui du Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie de la SCA⁽¹¹⁾. Selon Santé Canada, « le Canada compte environ 1 000 programmes de traitement des toxicomanies, dont les différents niveaux d'intervention et les activités communautaires souples répondent aux besoins particuliers des personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances »⁽¹²⁾.

La Direction des programmes de santé pour les Premières nations et les Inuits de Santé Canada appuie également un réseau national regroupant 52 centres de traitement en résidence et organisations dans des collectivités autochtones par le truchement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones⁽¹³⁾. Par ailleurs, le gouvernement fédéral est responsable des programmes de traitement pour les détenus de

(9) John Bermingham, « Ottawa Green-Lights Free Heroin Program », *The Province* [Vancouver], 19 août 2004.

(10) NAOMI, document d'information, avril 2005, p. 4
(http://www.naomistudy.ca/pdfs/naomi_background.pdf).

(11) Selon les données du mois d'août 2005 de Santé Canada, « [...] le gouvernement canadien verse 14 millions de dollars annuellement pour couvrir les coûts de programmes de traitement et de réadaptation au moyen d'une série d'ententes de contribution bilatérales conclues avec les provinces et territoires » (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_93bk2_f.html). Ces dépenses sont restées assez constantes depuis au moins 2000-2001.

(12) Santé Canada, « Traitement et réadaptation », *Médicaments et produits de santé*
(http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/treat-trait/index_f.html).

(13) Le PNLAADA remonte aux années 1970 et est désormais largement contrôlé par les collectivités autochtones (http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/substan/ads/nnadap-pnlaada_f.html).

pénitenciers fédéraux, les membres de la GRC, les membres des Forces canadiennes et les personnes n'ayant pas vécu suffisamment longtemps dans une province ou un territoire pour obtenir des services couverts par l'assurance-maladie.

Concernant le traitement des personnes dépendantes des opiacés, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), principal organisme canadien de financement de la recherche en santé, ont versé 8,1 millions de dollars au projet NAOMI pour étudier la thérapie par l'héroïne. Les résultats préliminaires devraient être publiés à la fin de 2006. Santé Canada facilite l'accès à des substances contrôlées à des fins légitimes et approuvées en fournissant des exemptions qui permettent à des personnes d'être en possession de narcotiques lorsque cela est considéré dans l'intérêt public ou nécessaire à des fins médicales ou scientifiques.

Enfin, le CCLAT tient à jour une base de données sur les organismes de lutte contre la toxicomanie (y compris la dépendance au jeu), qui, au 6 février 2006, comptait « [...] plus de 2 400 organismes œuvrant dans le domaine des toxicomanies au Canada. Elle comprend des ministères ou organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux qui s'occupent d'enjeux relatifs à l'alcoolisme et aux toxicomanies, des organisations non gouvernementales d'envergure nationale, des organisations de soins de santé, des prestataires de traitement et des chercheurs en toxicomanie. »⁽¹⁴⁾

C. La réduction des méfaits

1. Fondements

La réduction des méfaits est l'un des quatre axes de la SCA. Ce point de vue basé sur la santé, dont l'objectif est de réduire les méfaits sur le plan de la santé et sur le plan social associés à la consommation et à l'abus de SP, est né des mesures prises dans les années 1980 pour réduire le risque de propagation de maladies transmissibles par le sang (p. ex. VIH/SIDA, hépatite) parmi les consommateurs de drogue par injection. La réduction des méfaits est un point de vue neutre et non moralisateur, qui part du principe que certains utilisateurs ne peuvent pas s'abstenir et ne le feront pas. « La sensibilisation, les connaissances et la prise de décisions éclairées par les usagers actuels et potentiels sont des composantes essentielles de toute mesure

(14) Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), *À propos de la base de données sur les organismes œuvrant en toxicomanie au Canada* (http://www.ccsa.ca/CCSA/FR/Addiction_Databases/AddictionsOrgsAbout.htm).

de réduction des méfaits. »⁽¹⁵⁾ Rappelons que, même si la réduction des méfaits concernait d'abord les consommateurs de drogue par injection, plusieurs administrations ont depuis adapté cette perspective à d'autres drogues illicites ainsi qu'à des substances licites comme l'alcool⁽¹⁶⁾ et le tabac⁽¹⁷⁾.

On peut trouver des éléments de réduction des méfaits, en admettant une diversité de définitions, dans un certain nombre de stratégies de prévention et de traitement et dans certaines politiques. Par exemple, certaines stratégies de prévention visent à réduire les effets nocifs de la consommation de SP en décourageant leur usage initial et en encourageant les utilisateurs à consommer de façon plus modérée ou à chercher de l'aide si leur consommation devient problématique. D'autres stratégies visent à convaincre les consommateurs de substances potentiellement dangereuses d'adopter des comportements qui réduisent ou limitent au minimum les effets nocifs de leur consommation. En voici des exemples :

- les programmes communautaires de diffusion visant des populations marginalisées comme les jeunes de la rue, les sans-abri, les travailleurs du sexe, les Autochtones ou les consommateurs de drogue par injection, qui leur fournissent de l'information sur les services disponibles et leur offrent des services de bas seuil;
- les programmes d'échange de seringues, qui fournissent des aiguilles et seringues propres aux consommateurs de drogue par injection;
- les programmes de traitement à la méthadone, qui fournissent ce produit en remplacement des opiacés aux consommateurs chroniques qui n'ont pas réussi à se désintoxiquer dans le cadre des programmes de traitement habituels;
- la prescription d'héroïne, sous surveillance médicale, aux consommateurs chroniques d'opiacés qui n'ont pas réussi à se désintoxiquer dans le cadre d'autres programmes de traitement et qui ne peuvent pas s'abstenir;
- les sites d'injection sous surveillance médicale, où des professionnels de la santé sont prêts à intervenir si une personne est en état de surdose et où les consommateurs de substances peuvent être informés de programmes de santé, de traitement et de réadaptation.

(15) Benedikt Fischer, « La réduction des méfaits », *Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels*, CCLAT, 13 avril 2005, p. 11 à 15.

(16) Voir, par exemple, dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 174, n° 1, 3 janvier 2006, une analyse et un commentaire d'un programme novateur de contrôle de l'alcoolisme en foyer d'hébergement, qui vise à réduire les méfaits d'ordre personnel et social associés à la forte consommation d'alcool et de drogues parmi les sans-abri.

(17) Pour plus de renseignements sur l'élaboration d'une classification en fonction des méfaits de toute la série des produits du tabac et de remplacement du tabac, voir le projet novateur lancé par l'Institute on Governance (http://www.iog.ca/knowledge_areas.asp?pageID=17).

Les stratégies de réduction des méfaits peuvent également s'appuyer sur la légalisation, qui autorise la fabrication, la vente ou la possession des SP, et la réglementation connexe, pour régir la vente de ces substances, la publicité les entourant ou la limitation des lieux de consommation. D'autres stratégies intègrent la décriminalisation, soit implicite, lorsque certaines actions sont autorisées, comme la possession d'opiacés sur un site d'injection sous surveillance, ou explicite, lorsque les sanctions pénales applicables à la consommation ou la possession d'une substance illicite sont réduites ou supprimées.

La réduction des méfaits a été entérinée par la SCA depuis ses débuts, mais c'est un point de vue qui reste controversé et nécessite beaucoup de recherche. Les programmes communautaires destinés aux groupes marginalisés et les programmes d'échange de seringues sont parmi les premiers programmes de réduction des méfaits introduits au Canada.

2. Le rôle du gouvernement fédéral

En juin 2003, Santé Canada a approuvé une exemption à l'application de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* pour permettre la réalisation d'un projet pilote de site d'injection sous surveillance. Dans un communiqué, le Ministère a également précisé qu'il fournirait jusqu'à 1,5 million de dollars sur quatre ans pour financer l'évaluation du projet. Cette évaluation permettra de mesurer l'efficacité de la méthode de réduction des méfaits dans ce cas particulier. Le premier site d'injection sous surveillance médicale a ouvert ses portes à Vancouver en 2003⁽¹⁸⁾. L'exemption accordée au projet sera réexaminée en septembre 2006.

Par ailleurs, le Canada a également entériné le projet NAOMI, qui permettra de procéder à des essais cliniques contrôlés de thérapie par l'héroïne⁽¹⁹⁾. Les résultats du projet donneront une meilleure idée de l'effet du principe de la réduction des méfaits.

Pour ce qui est de la consommation de crack, des études récentes révèlent que le risque de contracter des maladies infectieuses à cause du partage de pipes à crack ne cesse d'augmenter. Certaines municipalités songent à distribuer des « trousse de sûreté » pour la consommation de crack, qui comprennent des instructions sur la façon de consommer la substance de façon plus sûre.

(18) Pour plus de renseignements InSite, le site d'injection sous supervision, voir le site de Vancouver Coastal Health (<http://www.vch.ca/sis/>).

(19) Les essais cliniques de NAOMI au Canada sont financés par les Instituts de recherche en santé du Canada. On peut consulter une liste de questions et réponses sur le projet NAOMI sur le site du projet (http://www.naomistudy.ca/pdfs/naomi_faq.pdf).

Enfin, les mesures de réduction des méfaits gagnent du terrain, quoique très lentement, dans les établissements correctionnels. Les détenus sont particulièrement vulnérables, puisqu'ils représentent le groupe qui affiche la plus grande proportion de problèmes de toxicomanie, y compris la consommation de drogue par injection. Depuis 2002, tous les établissements correctionnels relevant du Service correctionnel du Canada (SCC) fournissent un javellisant aux détenus pour qu'ils puissent stériliser les seringues, et, en 2005, le fonctionnement de salons de tatouage dans les établissements correctionnels fédéraux a été approuvé. Ces deux mesures visent à réduire le risque de contagion de maladies infectieuses. Un groupe d'étude du SCC chargé d'examiner les programmes d'échange de seringues a également recommandé le lancement d'un projet pilote de ce genre dans les établissements correctionnels. Le SCC et l'Agence de santé publique du Canada examinent actuellement cette recommandation⁽²⁰⁾.

D. Application de la loi et contrôle

1. Fondements

Au Canada comme dans beaucoup d'autres pays, le rôle de l'application de la loi et du contrôle en matière d'usage de SP continue d'être un sujet de débat et de controverse. La SCA s'appuie depuis le début sur le principe d'un équilibre entre la nécessité de réduire autant l'offre que la demande de drogues. Cependant, l'échec des dernières mesures législatives pour ce qui est de contrer le commerce des drogues illicites a incité certains à militer en faveur de la décriminalisation ou de la levée des interdictions pénales sur la possession à titre personnel de substances actuellement prohibées, ou de la légalisation de substances illicites. Les partisans de la décriminalisation ou de la légalisation ou des deux font valoir que les coûts d'application de la loi épuisent des ressources qui pourraient être plus utilement dépensées dans le cadre de programmes sanitaires, que la violence et les guerres de la drogue sont le produit du commerce des drogues illicites, que les méthodes de lutte contre l'abus de drogues licites et illicites nocives ne sont pas cohérentes, que personne ne devrait avoir un casier judiciaire pour la simple possession de drogue illicite et, notamment dans le cas du cannabis, que les jeunes sont initiés à des substances illicites plus dangereuses lorsqu'ils entrent en contact avec le milieu criminel, qui est celui des trafiquants de drogue.

(20) Pour plus de renseignements sur la réduction des méfaits dans le système de justice pénale, voir Gerald Thomas, *Politiques et programmes de réduction des méfaits à l'intention des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale*, CCLAT, Ottawa, mai 2005 (<http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/006C50C7-91F1-492D-9F41-411A303D7BEA/0/ccsa0039012005.pdf>).

Pour ce qui est des infractions reliées à la drogue, l'un des principaux sujets de débat juridique est la disparité des peines judiciaires. Par exemple, les juges peuvent accorder une absolution inconditionnelle ou imposer une peine pouvant aller jusqu'à sept ans d'emprisonnement pour simple possession d'une drogue illicite. Certains estiment que l'on a besoin de plus de programmes de rechange à la judiciarisation pour traiter les consommateurs de drogue ayant d'importants troubles psychologiques ou problèmes de toxicomanie ou d'abus de SP. On sait aussi que les démêlés avec le système de justice pénale et l'imposition de sanctions pénales comportent un certain nombre de conséquences sociales, et certains font valoir qu'il n'existe aucune preuve scientifique que le droit pénal ait un effet dissuasif majeur à l'égard du commerce des drogues illicites ou la consommation de SP. Certains arguments, par exemple, contre la décriminalisation de la simple possession de cannabis s'appuient sur la crainte que les coûts sanitaires et sociaux augmentent si le blâme associé à la consommation de SP est supprimé, et les tenants de ces arguments affirment que la consommation augmenterait par suite de cette suppression. Les arguments défavorables à la légalisation sont très nombreux, allant de la sécurité publique aux obligations qu'a le Canada en vertu de traités internationaux de conserver ses lois et politiques sur la drogue.

D'autres mesures visant à contrôler l'utilisation de SP portent sur la consommation en milieu de travail, qui peut causer des problèmes de rendement, provoquer l'absentéisme, susciter des comportements perturbateurs, des accidents et des blessures et entraîner des coûts économiques. Les préoccupations des employeurs ont donné lieu à l'élaboration de diverses formes de programmes de dépistage dans les secteurs public et privé. En fait, « un nombre important d'entreprises canadiennes se sont, depuis quelques années, dotées de politiques sur l'alcool et la drogue, et, dans bien des cas, le dépistage est devenu un élément de ces politiques »⁽²¹⁾.

2. Le rôle du gouvernement fédéral

Divers organismes fédéraux participent à des activités de détection, de contrôle et d'application de la loi qui coûtent cher en personnel et en matériel. La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRDS) fournit un cadre pour le contrôle, l'importation, la production, l'exportation, la distribution et la possession de SP au Canada. La GRC (qui fait

(21) Barbara Butler & Associates Inc., *Brief Analysis of Current Workplace Substance Abuse Issues and Activities in Canada*, mars 2004 (mis à jour en août 2005) [traduction] (<http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/3149E2A2-D5E6-4E27-B5F2-16573D3A6F08/0/extl0110552004.pdf>).

partie de Sécurité publique et Protection civile Canada) est chargée d'appliquer la LRDS, avec l'aide et la collaboration des forces policières provinciales et municipales dans l'ensemble du Canada⁽²²⁾. La GRC est également responsable du Programme des douanes et de l'accise, qui veille au contrôle du mouvement de certaines marchandises comme le tabac, l'alcool et les médicaments. Justice Canada supervise les poursuites intentées contre les personnes qui ont commis des infractions reliées à la drogue, tandis que le Service correctionnel du Canada est chargé de l'application des peines de deux ans ou plus d'emprisonnement pour des infractions reliées à la drogue.

La Commission canadienne des droits de la personne s'inquiète depuis longtemps des répercussions du dépistage en milieu de travail sur le plan des droits de la personne. Elle a élaboré une politique sur le dépistage de l'alcool et des drogues en milieu de travail, selon laquelle la dépendance à l'alcool ou à la drogue est une forme de handicap. La politique en question reflète la nécessité de parvenir à un équilibre entre, d'une part, le droit à la vie privée et les autres droits des employés et, de l'autre, les problèmes de sécurité publique associés à la consommation et l'abus de SP en milieu de travail⁽²³⁾.

POINTS SAILLANTS DES MESURES FÉDÉRALES RÉCENTES

A. Le Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada

En guise d'appui à la SCA, Santé Canada a organisé, en 2004, une série de tables rondes dans l'ensemble du pays pour faciliter la collaboration et le partage d'information entre les intervenants, les chercheurs, les experts et les diverses administrations. Divers ateliers ont également été organisés pour approfondir les questions soulevées au cours de ces tables rondes. Ces consultations ont donné lieu à l'élaboration d'un projet de cadre national d'action pour lutter contre la consommation problématique de SP au Canada et réduire les méfaits qui y sont associés. Présenté à l'occasion d'un forum national qui s'est déroulé à Montréal en juin 2005, le Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et

(22) La GRC produit un rapport annuel sur la situation de la drogue au Canada, Le dernier a paru en 2004 (http://www.rcmp-grc.gc.ca/crimint/drugs_2004_f.htm). Voir aussi Norm Desjardins et Tina Hotton, « Trends in drug offences and the role of alcohol and drugs in crime », *Juristat*, vol. 24, n° 1, février 2004 (<http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=85-002-X20040018424>).

(23) Commission canadienne des droits de la personne, *Politique de la Commission canadienne des droits de la personne sur le dépistage des drogues et de l'alcool : Sommaire* (<http://www.chrc-ccdp.ca/pdf/poldrgalcf.pdf>).

substances au Canada a été analysé, révisé et approuvé par de nombreux intervenants (dont des médecins, des praticiens de la santé, des spécialistes de l'épidémiologie et des sciences sociales, des policiers, des fournisseurs de services, des conseillers de première ligne, des représentants des organismes d'application de la loi, des spécialistes de la toxicomanie et de la maladie mentale, des avocats, des juristes et des fonctionnaires). Les participants font maintenant des démarches pour faire approuver le Cadre par leurs ministres, conseils d'administration et organismes de réglementation. Une réunion devrait avoir lieu avant la fin de 2006 pour discuter des progrès obtenus à cet égard⁽²⁴⁾.

L'énoncé de vision du Cadre décrit ce que tous les partenaires espèrent réaliser de concert, à savoir que « toutes les personnes au Canada vivent dans une société exempte des méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances »⁽²⁵⁾. Les efforts sont axés sur quelques priorités d'action initiales circonscrites dans le Cadre :

- mieux faire connaître et comprendre la consommation problématique de substances;
- réduire les méfaits liés à l'alcool;
- s'attaquer à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale;
- prévenir la consommation problématique de produits pharmaceutiques;
- examiner les questions d'application de la loi;
- soutenir le perfectionnement de la main-d'œuvre;
- mettre en œuvre un programme national de recherche et faciliter le transfert de connaissances;
- améliorer la qualité, l'accessibilité et la gamme des options de traitement pour la toxicomanie, y compris les troubles liés à la consommation de substances;
- moderniser les cadres législatifs, réglementaires et politiques;
- mettre l'accent sur les enfants et les jeunes;
- tendre la main au Nord canadien;
- répondre aux besoins des Premières nations, des Inuits et des Métis;
- répondre aux problèmes relatifs aux détenus⁽²⁶⁾.

(24) Pour plus de renseignements sur les activités antérieures et actuelles relatives au Cadre national, voir le site du CCLAT (http://www.ccsa.ca/CCSA/FR/Partnerships/National_Framework/NationalFramework.htm).

(25) Santé Canada et CCLAT, *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada : répondre à l'appel*, 1^{re} éd., automne 2005, p. 12 (http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/TOOLS%20French/Cadre%20National%201e%20C3%A9dition_FR.pdf).

(26) *Ibid.*, p. 16 à 23.

B. Autres mesures

Depuis quelques années, diverses autres mesures ont été prises dans le cadre de la SCA. En 2004, Santé Canada a créé le Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue pour apporter une aide financière aux projets relatifs aux enjeux de la consommation problématique de SP⁽²⁷⁾. Cette mesure a pour but de « faciliter le développement de solutions locales, provinciales, territoriales, nationales et communautaires aux problèmes de toxicomanie » et de « promouvoir la sensibilisation du public aux problèmes de toxicomanie »⁽²⁸⁾. Selon le *Rapport sur le rendement du ministère de Santé Canada* pour la période se terminant le 31 mars 2005, le Ministère a financé 51 projets communautaires pour un total de trois millions de dollars. Il a également défini des priorités et publié un appel de propositions pour les projets à financer dans le cadre de l'exercice 2005-2006. À titre de responsable de l'application de la *Loi réglementant certaines drogues et d'autres drogues*, Santé Canada a, en 2004-2005, « travaillé avec les organismes d'exécution de la loi afin de cerner plus de 91 000 échantillons de substances contrôlées qui avaient été saisies et fourni des conseils et une aide spécialisés pour le démantèlement de 50 laboratoires clandestins »⁽²⁹⁾.

Une étude sur les coûts intitulée *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002* a été publiée le 26 avril 2006 par le CCLAT. Attendue depuis longtemps, cette étude fournit de l'information sur les coûts sociaux de l'alcool, du tabac et des drogues illicites pour la société canadienne : ils sont évalués à 39,8 milliards de dollars pour 2002, en comptant « certains services, notamment en matière de soins de santé et d'application de la loi, et de la perte de productivité au travail ou à la maison »⁽³⁰⁾. Les substances licites (tabac et alcool) représentaient 79,3 p. 100 du total estimatif et les drogues illicites, 20,7 p. 100⁽³¹⁾.

(27) Santé Canada, *Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue – Lignes directrices relatives au financement* (dernière mise à jour : 19 avril 2006)
(http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/fund_guide-fonds_lignes_direct/index_f.html).

(28) *Ibid.*

(29) Santé Canada (2006).

(30) J. Rehm *et al.*, *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : points saillants*, CCLAT, mars 2006, p. 1
(<http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/749E4183-4B12-4E7B-BABC-FOF5EB23E920/0/ccsa0113332006.pdf>).

(31) *Ibid.*

En mars 2005, le CCLAT a publié les résultats détaillés de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada. C'était la première grande enquête sur la consommation d'alcool et d'autres drogues au Canada depuis 1994. En avril 2005, le CCLAT a publié le premier d'une série de rapports annuels sur les questions nouvelles concernant la consommation de drogue et une politique intitulée *Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels*. En novembre 2005, le Centre a organisé une conférence nationale intitulée « Questions de substance » qui offrait à environ 400 spécialistes de la toxicomanie et de l'abus des SP « une tribune où ils peuvent partager des idées et en apprendre davantage sur l'innovation et l'action dans les domaines de la prévention, du traitement, de la réduction des méfaits et de l'application de la loi »⁽³²⁾.

En novembre 2004, un atelier sur la politique relative à l'alcool a été organisé à Ottawa. Pour faciliter les discussions, le CCLAT a produit un document d'information intitulé *Méfaits liés à l'alcool et politique régissant la consommation au Canada*, qui fournit de l'information sur la consommation d'alcool et ses répercussions et sur les pratiques optimales de lutte contre l'alcoolisme et qui propose une analyse de la politique de contrôle de l'alcool au Canada.

CONCLUSION

La SCA et ses quatre axes sont un élément fondamental des mesures prises pour réduire la consommation de SP au Canada et ses méfaits. En 2003, le gouvernement fédéral a investi 245 millions de dollars dans la Stratégie pour une période de cinq ans. Santé Canada et le CCLAT, de concert avec la plupart des organismes voués à la lutte contre les activités liées à la drogue au Canada, ont fait progresser la Stratégie et convenu d'un cadre national d'action qui devrait être entériné sous peu. Ce cadre national est appuyé par divers intervenants, dont des médecins, des praticiens de la santé, des représentants des organismes d'application de la loi, des fonctionnaires et beaucoup d'autres encore.

(32) CCLAT, *Questions de substance, conférence nationale du CCLAT, donne suite aux appels lancés pour une coordination accrue dans le domaine de l'abus des substances et des toxicomanies au Canada*, communiqué, 14 novembre 2005 (<http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/19B2C9B4-AB00-4B03-9CB3-096B2E8E166A/0/ccsanewrel20051114f.pdf>). Voir aussi le site de la Conférence (<http://issuesofsubstance.ca/IOS/FR/>).

La SCA a permis de mieux comprendre la consommation et l'abus de SP. L'enquête de 2004 sur les toxicomanies a permis aux chercheurs et aux conseillers en politique de prendre connaissance de renseignements importants sur la prévalence de la consommation de SP et les méfaits qu'elle entraîne. Il y a cependant encore beaucoup à apprendre, notamment au sujet des populations vulnérables, de l'abus de SP comme les méthamphétamines, l'expansion de la consommation de multiples SP et les enjeux associés à la cooccurrence de la toxicomanie et de troubles mentaux. Les connaissances sont indispensables à l'innovation en matière de stratégie : c'est pourquoi beaucoup de militants estiment que le Canada doit continuer à financer la recherche dans ce domaine. De même, pour garantir la continuité des efforts dans le cadre de la SCA, les intervenants estiment que le gouvernement du Canada devrait renouveler son engagement à financer la Stratégie.