



Les politiques publiques en matière de substances psychoactives : contenu intégral des conférences présentées lors du symposium tenu à Québec le 28 septembre 2011

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Les politiques publiques en matière de substances
psychoactives : contenu intégral des conférences
présentées lors du symposium tenu à Québec
le 28 septembre 2011

Mars 2012

AUTEUR

Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION LINGUISTIQUE ET RÉDACTION DES RÉSUMÉS

David Rancourt

Geneviève Beauregard

TRANSCRIPTION DES VERBATIM ET MISE EN PAGES

Julie Colas, agente administrative

Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

ORGANISATION DU SYMPOSIUM**Sous la direction de**

Réal Morin, directeur scientifique

Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Sous la coordination de

Hélène Gagnon, conseillère scientifique

Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Membres du comité organisateur

Nicole April

Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Caroline Caux

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Richard Cloutier

Service de lutte aux ITSS, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

François Gagnon

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique du Québec

Hélène Gagnon

Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Sonia Morin

Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Marie-Claude Paquette

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Animation de la journée

Denis A. Roy, vice-président aux affaires scientifiques

Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2012

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-64658-7 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-64659-4 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les conférenciers et conférencières :

Guillermo Aureano, chargé de cours et coordonnateur des stages
Département de science politique
Université de Montréal

Lynne Duguay, directrice
Direction des dépendances et de l'itinérance
Direction générale des services sociaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Richard Elliot, directeur général
Réseau juridique canadien sur le VIH/sida

Jean-Sébastien Fallu, professeur agrégé
École de psychoéducation
Université de Montréal

Marthe Hamel
Direction du développement des individus et de l'environnement social
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Caitlin Elisabeth Hugues, chercheuse
University of New South Wales, Australie

Ralf Jürgens, consultant
VIH/sida, santé, politiques et droits humains

Pierre-Claude Nolin, sénateur

Pierre Paquin, responsable de la prévention des dépendances,
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique

AVANT-PROPOS

Des méfaits individuels et sociaux peuvent être associés à toutes les substances psychoactives (SPA), qu'elles soient légales, prescrites ou illégales. Des méfaits additionnels sont liés aux drogues illégales : marginalisation, activités criminelles, instabilité des politiques internationales liée au marché noir et limites dans l'implantation de programmes de prévention. Les impacts sociaux et de santé ne sont pas seulement associés à l'usage de SPA mais aussi aux politiques et réglementations reliées à ces substances.

Depuis plus d'une décennie, les officiers de la santé publique de la Colombie-Britannique s'intéressent à l'impact de la législation entourant les SPA sur la santé de la population. Dans un document de réflexion rédigé en 2011, les auteurs affirment que la prohibition de certaines substances sans discrimination est inefficace et que les méfaits qui y sont associés sont largement reconnus. Ils concluent au besoin d'une approche cohérente, globale, efficace et efficiente ciblant toutes les SPA et proposent de réglementer les SPA dans une perspective de santé publique.

En tant que membre du conseil des médecins hygiénistes en chef pour le Canada, le D^r Alain Poirier, directeur national de la santé publique et sous-ministre adjoint au MSSS, doit contribuer aux travaux qui visent à examiner les lois et règlements concernant les SPA dans une perspective de santé publique. Dans le but de soutenir le D^r Poirier dans cette démarche et de développer une vision québécoise sur les politiques publiques en matière de SPA, l'Institut national de santé publique du Québec a proposé la tenue d'un symposium d'une journée réunissant des experts de différentes disciplines qui pourraient clarifier les enjeux sociaux et de santé liés au cadre législatif actuel et favoriser l'échange sur les politiques publiques permettant d'optimiser la santé et le bien-être de la population.

Ce symposium s'adressait à un auditoire restreint de décideurs et de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi qu'aux partenaires du plan d'action interministériel en toxicomanie. Il visait plus particulièrement à permettre aux participants de :

- connaître le cadre législatif en matière de substances psychoactives au Québec et au Canada, son évolution et ses applications;
- situer les impacts de l'application de ce cadre législatif sur la santé et le bien-être de la population;
- connaître l'avancement des expériences sur les politiques publiques liées aux SPA dans d'autres pays;
- discuter des politiques publiques en matière de SPA permettant d'optimiser la santé et le bien-être de la population.

Pour atteindre ces objectifs, huit conférences ont été présentées, chacune étant accompagnée d'une période d'échanges et de questions :

- bref état de situation sur la problématique des SPA au Québec (Pierre Paquin);
- historique de la réglementation et cadre législatif actuel en matière de substances psychoactives (Sénateur Pierre-Claude Nolin);

- orientations gouvernementales québécoises à l'égard de l'usage des SPA (Lynne Duguay et Marthe Hamel);
- les impacts sociaux, de santé et sur la sécurité publique du cadre législatif actuel (Jean-Sébastien Fallu);
- les enjeux économiques et géopolitiques du cadre législatif actuel (Guillermo Aureano);
- l'éthique et les droits humains entourant la réglementation de l'usage des SPA (Richard Elliot);
- que peut-on apprendre de la décriminalisation des drogues illicites au Portugal? (Caitlin Elisabeth Hughes);
- d'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives : l'expérience de la Suisse (Ralf Jürgens).

Dans le but de baliser la réflexion amorcée pendant cette journée et de partager cette information avec un auditoire plus large de personnes intéressées par les politiques publiques en matière de SPA, ce document présente le contenu intégral des huit conférences présentées lors de cette journée. Il a été rédigé à partir des verbatim tirés des enregistrements audio des conférences et avec la collaboration et l'accord des conférenciers.



Réal Morin, directeur scientifique,
Direction du développement des individus et des communautés



Denis A. Roy, vice-président aux affaires scientifiques

TABLE DES MATIÈRES

1	BREF ÉTAT DE LA SITUATION SUR LA PROBLÉMATIQUE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AU QUÉBEC	1
2	HISTORIQUE DE LA RÉGLEMENTATION ET CADRE LÉGISLATIF ACTUEL EN MATIÈRE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	15
3	ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES QUÉBÉCOISES À L'ÉGARD DE L'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	23
4	LES IMPACTS SOCIAUX, DE SANTÉ ET SUR LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DU CADRE LÉGISLATIF ACTUEL	29
5	LES ENJEUX ÉCONOMIQUES ET GÉOPOLITIQUES DU CADRE LÉGISLATIF ACTUEL	39
6	L'ÉTHIQUE ET LES DROITS DE L'HOMME ENTOURANT LA RÉGLEMENTATION DE L'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	49
7	QUE PEUT-ON APPRENDRE DE LA DÉCRIMINALISATION DES DROGUES ILLICITES AU PORTUGAL?	61
8	D'UNE POLITIQUE DES DROGUES ILLÉGALES À UNE POLITIQUE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : L'EXPÉRIENCE DE LA SUISSE.....	67

1 BREF ÉTAT DE LA SITUATION SUR LA PROBLÉMATIQUE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AU QUÉBEC

Conférencier

Pierre Paquin, responsable de la prévention des dépendances,
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique

Résumé de la conférence

En tant que premier intervenant de la journée, Pierre Paquin s'est vu confier le rôle de définir certains concepts liés à la problématique des substances psychoactives (SPA), de présenter quelques éléments historiques ainsi qu'un portrait général des consommateurs et de leur consommation.

Une définition, différentes classifications

SPA est un acronyme signifiant « substances psychoactives », un terme générique de plus en plus utilisé pour désigner les substances psychotropes naturelles ou synthétiques qui, en agissant sur le système nerveux central, altèrent le fonctionnement psychique des individus et affectent donc leur comportement.

Au-delà de cette définition large et inclusive, certaines classifications existent, dont une en fonction du statut légal des substances et une autre en fonction de leurs effets. La première classification comprend les drogues licites, les drogues illicites et les drogues licites avec restriction (alcool, médicaments sous ordonnance). Les drogues licites incluent le café, le tabac, les boissons énergisantes. Elles sont offertes en vente libre, mais leur composition, leur emballage et leur distribution sont réglementés. Les drogues illicites sont interdites par la loi, qu'il s'agisse de leur production, de leur circulation, de leur possession ou de leur consommation. Pour ce qui est des SPA licites avec restriction, les médicaments sous ordonnance sont prescrits par un médecin, mais se retrouvent également dans le commerce illicite, alors que l'alcool fait l'objet de diverses restrictions relatives aux heures de vente, à l'âge requis pour en consommer, aux lieux de consommation.

La classification en fonction des effets principaux comporte les stimulants, les perturbateurs et les dépresseurs. La cocaïne est l'exemple type de stimulant, catégorie qui comprend également le café et les boissons énergisantes. Le cannabis est le plus connu et le plus répandu des perturbateurs, substances qui altèrent la perception et le jugement. Enfin, l'alcool et plusieurs médicaments, dont les tranquillisants et les somnifères, font partie des dépresseurs. Ces substances entraînent une sensation de détente et une perte d'inhibitions.

Les drogues : de tous les temps et de toutes les sociétés

Phénomène nouveau, l'usage des drogues? Pas du tout, répond M. Paquin. Il se fabriquait déjà de l'alcool à la préhistoire. Les premières traces de cannabis, d'opiacés et de théine observées remontent à 3 000 ou 4 000 ans av. Jésus-Christ. Plus récents, les antidépresseurs, les sédatifs et les hallucinogènes ont été synthétisés au milieu du 20^e siècle.

Quelle que soit l'époque, il n'y a pas vraiment eu de société sans drogue, résume-t-il. De tous temps, il y a eu des usages sacrés, des usages domestiques, des usages récréatifs. Ainsi, les drogues ne disparaîtront pas, mais il faudra composer avec, selon M. Paquin.

Les consommateurs

Il est très important de distinguer le consommateur, c'est-à-dire la personne faisant un usage modéré ou contrôlé d'un produit, du toxicomane, c'est-à-dire la personne ayant perdu le contrôle de sa consommation et vivant une relation de dépendance envers un produit. Entre ces deux concepts se situe celui de consommation inappropriée, soit celle qui entraîne des conséquences négatives pour le consommateur.

L'alcool est consommé par des personnes de toutes les tranches d'âge. Les drogues illicites sont davantage consommées par les jeunes, alors que la prise de médicaments est plus fréquente chez les personnes plus âgées. L'alcool et le cannabis sont les deux SPA les plus consommées.

Au sujet de l'alcool, M. Paquin se dit préoccupé surtout par le *binge drinking*, en particulier chez les 18 à 34 ans. En effet, cette pratique consistant à prendre cinq consommations ou plus durant le même événement favorise des comportements à risque. Côté tabac, en 2007-2008, on évaluait à plus ou moins 20 % la prévalence de fumeurs réguliers dans la population, un noyau dur selon M. Paquin, ce qui lui fait dire qu'il y a encore place à l'amélioration, bien qu'il considère la situation comme encourageante en regard du chemin parcouru.

En général, les premières expériences de consommation sont associées au passage de l'école primaire à l'école secondaire. Plus tôt elles ont lieu, plus grand est le risque de développer un problème de dépendance.

Il existe différentes façons de catégoriser les consommateurs. Selon la pyramide de Skinner, 75 % des buveurs seraient des buveurs sociaux, 10 % présenteraient un problème de consommation, 5 % seraient dépendants et finalement, de 10 à 15 % ne consommeraient que peu d'alcool ou pas du tout. Dans un même esprit de classification, le tableau appelé « Continuum de la consommation chez les jeunes » comprend les consommateurs exploratoires, occasionnels, réguliers, problématiques ou dépendants, ainsi que les non-consommateurs.

Leur consommation

À propos de la consommation, trois éléments sont à prendre en compte selon la « loi de l'effet » : d'abord la personne avec ses motivations et ses attentes, ensuite le produit qu'elle consomme, et finalement le contexte dans lequel elle le fait (récréatif, pour régler ses problèmes, pour se détendre, etc.).

La toxicomanie se caractérise par une consommation répétée, voire compulsive et incontrôlée, d'une ou de plusieurs SPA. Mais cette notion de toxicomanie tend à être remplacée par celle de dépendance, qui se décline en deux catégories : la dépendance physique et la dépendance psychologique. Il y a dépendance physique lorsqu'il y a

tolérance, c'est-à-dire un besoin de consommer toujours plus pour obtenir le même effet et lorsque des symptômes de sevrage apparaissent.

La surconsommation de SPA a des impacts sanitaires, mais également sociaux, psychologiques et juridiques. Pour M. Paquin, les impacts sanitaires sont liés aux produits ainsi qu'aux politiques actuelles de prohibition.

Texte intégral de la conférence de monsieur Paquin

Dans cette présentation, nous essaierons de définir ce qu'on entend par SPA (substance psychoactive), qui est le nouveau terme pour définir les drogues. En quoi cela consiste-t-il? Qu'entend-on par là? Nous verrons rapidement quelques aspects historiques (pour nous rappeler que cela n'a pas été inventé hier), en plus de quelques concepts relatifs à la consommation, pour établir qu'il y a différents types de rapports avec les SPA et qu'on peut se situer de différentes façons vis-à-vis de la diversité de ces types de rapports. Après quelques considérations historiques et conceptuelles, nous verrons des statistiques assez récentes qui nous permettront de faire ressortir les tendances montrant qui consomme quoi et de quelle façon, aujourd'hui, au Québec. Nous nous attarderons aussi sur les répercussions de l'usage inapproprié des substances au Québec et sur les coûts associés à ces répercussions.

D'abord, qu'entend-on par SPA? C'est un nouveau terme, le terme générique maintenant utilisé pour parler des substances psychotropes, des drogues, des produits altérant la conscience. Il y a un consensus actuellement sur la notion de SPA. La toute première définition de ce terme a été donnée par Dollard Cormier qui, avant de donner son nom à un Centre de réadaptation, était un enseignant. Il a dit que les SPA étaient des substances qui provoquent, chez la personne qui les consomme, différents changements plus ou moins observables dans le comportement. Il a retenu que c'était des substances provoquant des changements du comportement par un effet sur le système nerveux central. Ainsi, cette définition en a fait un précurseur.

Plus récemment, on s'est rendu compte que le consensus allait dans le même sens, et on a développé quelque peu le concept : on parle maintenant de substances qui peuvent être naturelles ou synthétiques, des substances qui, évidemment, agissent sur le système nerveux central et changent le fonctionnement psychique. Ces substances vont donc entraîner des changements dans le comportement des personnes qui les consomment. On voit que cette définition est plutôt large, et qu'elle nous permet d'inclure vraiment plusieurs produits.

Différents types de classifications des SPA nous permettent de voir un peu plus clair dans cette large définition. On peut les classer en fonction de leur structure chimique, de leur mécanisme d'action, ou du type d'usage qui en est fait (usage récréatif, médical). De plus, tous les éléments touchant à la dépendance peuvent entrer en ligne de compte dans les classifications de ces produits, en plus du principal effet psychotrope et enfin du statut légal.

Comme on le voit, il y a tellement de classifications qu'on pourrait les classer elles-mêmes. Mais concentrons-nous sur deux aspects qui nous aideront à saisir un peu mieux la réalité sur laquelle on se penche : la classification basée sur le statut légal des produits et basée sur les effets principaux.

Le premier aspect est donc la classification en fonction du statut légal des produits. En gros, il y a trois grandes catégories. D'abord, les drogues licites, c'est-à-dire les substances qui sont permises par les lois. On peut penser aux boissons énergisantes, au café et au tabac; plusieurs y incluent aussi le sucre. Ce sont des produits qui sont généralement en vente libre, des produits dont la composition, l'emballage, la distribution et les points de vente sont réglementés. De façon générale, on appelle ces drogues ou ces produits les SPA licites.

Ensuite, il existe les drogues licites avec restrictions, qui sont des produits dont l'accessibilité, la circulation et la consommation sont contrôlées. On pense essentiellement à l'alcool, sans doute le produit le plus répandu et le plus connu dans notre société, mais on pense également aux médicaments sous ordonnance de tout genre. Il faut avoir un diagnostic, une prescription pour avoir accès à ces produits. Ce sont donc des produits licites, légaux, mais qui ont certaines restrictions importantes; par exemple, si on pense à l'alcool, il y a un âge pour en acheter, un âge pour en consommer, des heures pour en acheter, des lieux où on a le droit d'en consommer, des lieux où on n'a pas le droit d'en consommer, des contextes où il est plus difficile d'en consommer, par exemple avant la conduite de véhicules moteurs. Des restrictions, des limites sont donc imposées socialement à la production, à la possession, à la consommation de ces produits.

Enfin, troisième catégorie, les produits illicites, tout le domaine des drogues illégales, qui est toujours en expansion et toujours un peu mystérieux, parce que l'on est constamment confronté à l'apparition et à la mise en marché de nouveaux produits. Cette catégorie comprend tous les produits dont la production, la circulation, la possession et la consommation sont interdites par la loi. Nul besoin d'énumérer tous ces produits, car on les connaît bien : du cannabis à l'héroïne, en gros, ils sont nombreux. Comme il y a un marché illégal, on n'est pas toujours capable de bien les répertorier, d'en connaître la composition et les répercussions sur le système nerveux, sur le comportement ni sur la société, parce que ce sont des produits qui sont constamment renouvelés, qui évoluent et changent rapidement.

Il existe une autre forme de classification des SPA. Je la trouve intéressante, car elle nous parle de la classification en fonction des effets principaux des SPA sur le système nerveux central, donc de l'impact majeur — il y a toujours un impact majeur et des impacts secondaires des SPA sur le comportement de la personne qui les consomme. Les SPA sont donc ici divisées en stimulants, déprimeurs et perturbateurs.

Un stimulant, est un produit qui favorise temporairement un état d'éveil, un état d'excitation, qui masque la fatigue, qui augmente le fonctionnement métabolique de la personne qui le consomme. Un exemple type de stimulant est la cocaïne ou, sur un plan plus légal, la caféine. Caféine qu'on trouve bien sûr dans le café mais aussi dans les boissons énergisantes, phénomène qui attire de plus en plus notre attention. Enfin, les boissons sucrées en général sont aussi des stimulants. Ainsi, les stimulants sont une catégorie de

SPA très prisée, très consommée, très appréciée et évidemment très répandue dans notre société.

Les perturbateurs, eux, sont les produits qui, comme leur nom le dit, perturbent la perception. Ils altèrent donc la perception et le jugement, la capacité de comprendre l'environnement, la capacité de juger le passage du temps et de percevoir l'espace, en provoquant une hypersensibilité affective et sensorielle et une confusion des sens. Les perturbateurs amènent donc parfois la personne à des états de désorientation, de confusion. Cela peut aller jusqu'à de la panique et à des états de désorganisation assez avancés. Mais en résumé, les perturbateurs sont donc des produits qui altèrent la perception dans un sens ou dans l'autre, c'est-à-dire dans le sens d'une accélération ou d'un ralentissement. Ils modifient l'ensemble de la perception de la personne et, évidemment, changent son comportement en conséquence. On peut penser à tous les dérivés du PCP (phencyclidine) et à d'autres produits illégaux comme ce qu'on appelle acide et mescaline, par exemple. Le plus connu de tous, le perturbateur le plus répandu dans notre société, c'est le cannabis.

Les dépresseurs, finalement, entraînent pour leur part une sensation de détente, de bien-être, une perte d'inhibitions, une sensation de rêve, de laisser-aller. Cette catégorie de produits est très populaire et très consommée dans notre société : elle inclut notamment les tranquillisants et les somnifères. Plusieurs dépresseurs sont légaux, plusieurs sont des médicaments, utilisés aussi, évidemment, en dehors de leur contexte médical. Les dépresseurs sont donc assez répandus et assez connus dans notre société.

On retient donc trois catégories de produits : ceux qui accélèrent ou augmentent le fonctionnement métabolique, ceux qui le perturbent, le changent, le transforment essentiellement et ceux qui le ralentissent ou lui permettent de passer « à la plus petite vitesse », pourrait-on dire.

Passons maintenant à quelques rappels historiques à propos des SPA. Plusieurs personnes nous disent : « Oui, mais les drogues, c'est un phénomène nouveau qui date des années 1950-1960, avec Jack Kerouac et toute cette *gang*-là, avec les hippies, les *peace and love*, le *flower power*, San Francisco... » On s'aperçoit qu'il y a encore beaucoup de *baby-boomers* dans notre société qui peuvent parfois être considérés comme des types de *freaks* plus ou moins recyclés, et les gens disent : « Ce sont ces gens-là qui ont inventé les drogues » ou « C'est de cette époque-là que ça date ! » Mais surprise : pas nécessairement ! Quand on examine l'Histoire, on s'aperçoit de certaines choses. Prenons l'alcool : à l'époque du paléolithique, déjà, il y avait fabrication de bière, de vin et d'hydromel, les ancêtres des produits que l'on connaît actuellement. Le paléolithique, ça fait déjà un bon bout de temps. De plus, dans les années 2000 avant Jésus-Christ, on avait déjà des règles qui concernaient la composition de la bière et du vin ainsi que la vente de ces produits dans les magasins, tavernes et autres emplacements de l'époque. On s'aperçoit donc que cela aussi date de fort longtemps.

En ce qui concerne les opiacés, les premières traces qu'on en a remontent à 3 000 et 4 000 ans av. Jésus-Christ, chez les Sumériens. Ce peuple utilisait les opiacés dans le domaine médical : les Sumériens essayaient de soigner les personnes qui avaient toutes

sortes de problèmes avec des opiacés, comme analgésiques, bien sûr, mais également comme antidiarrhéiques. On poursuit plus ou moins ces utilisations maintenant, mais déjà à cette époque, les gens avaient cette intuition : ils avaient reconnu qu'on pouvait tirer de certaines plantes des produits qui avaient des effets particuliers.

Pour la caféine, on remonte encore une fois à 2 500 ou 3 000 av. Jésus-Christ, époque où eut lieu la première consommation de thé en Chine — la théine et la caféine sont deux produits qui ont une très grande parenté. Et autour de l'an 1 000, il y a eu le début de la consommation du café comme on le connaît en Arabie, dans les pays du Sud-Est.

À propos du cannabis, les premières traces qu'on en a remontent à l'an 4 000 av. Jésus-Christ. Ce sont les Chinois, encore une fois, qui nous ont donné la connaissance de cette substance. À partir peut-être de l'an 1 000 ou 1 200 av. Jésus-Christ, on parle de l'introduction du cannabis en Asie, en Égypte, en Europe et un peu plus tard, bien sûr, en Amérique. On entend parfois toutes sortes de rumeurs sur le cannabis. Par exemple, certains disent que quand on fumait le calumet de la paix à Kahnawake ou ailleurs, pour la Paix des Braves par exemple, il y avait du tabac spécial, et c'est pour cette raison que les choses allaient bien après. Mais en réalité, dans les calumets de la paix, c'était du tabac tel qu'on le connaît, ce n'était pas du cannabis. Le cannabis est arrivé en Amérique plusieurs années après : il est venu par le sud, il a monté par le Mexique, par l'Amérique du Sud et vers le nord. Mais ce qu'il faut retenir, c'est que l'usage du cannabis par l'espèce humaine date de plusieurs milliers d'années av. Jésus-Christ.

Même chose pour la cocaïne. On s'aperçoit que la feuille de coca était mâchée par les populations en Amérique du Sud, par les personnes qui faisaient des efforts, qui escaladaient des montagnes, qui traversaient de grandes distances. Ces gens utilisaient la *pasta* et la feuille de coca pour se donner de l'entrain, de l'énergie.

L'histoire du tabac remonte également à l'Antiquité. C'est encore une chose qui nous est venue d'Amérique du Sud, mais qui était connue plusieurs années avant la conquête de l'Amérique par les Européens.

L'histoire des antidépresseurs, des sédatifs, des drogues hallucinogènes est un peu plus récente, mais ce dont on se rend compte, c'est que dès que ces produits ont été synthétisés et commercialisés, soit au milieu du 20^e siècle pour la plupart d'entre eux, peut-être un peu avant ou dans les années d'après-guerre, leur usage s'est répandu tout d'abord sur plan médical et ensuite sur un plan parallèle, « social », pourrait-on dire. Ce dont on se rend compte, c'est que dès que ces produits ont été synthétisés, ils ont tout de suite été utilisés. On remarque donc que ces produits ne sont pas récents.

Il n'y a pas vraiment de société sans drogue. On s'en rend compte. Il y a eu des usages sacrés, des usages médicaux, des usages domestiques, des usages récréatifs. Partout où il y a eu des sociétés humaines, on remarque qu'il y a eu une racine pour la nourriture, une huile pour la cuisson, une forme d'alcool et souvent des produits altérant la conscience, des produits de type SPA, souvent utilisés dans des contextes sacrés, dans des rituels, dans le domaine religieux. Les gens célébraient leurs croyances religieuses dans le cadre de rituels,

de cérémonies qui étaient très encadrés. Ainsi, un peu partout, quelle que soit l'époque, quelle que soit la latitude où l'on se trouve, quelle que soit la culture dans laquelle on est, on trouve ces produits-là dans le domaine anthropologique. On se rend compte que ces usages datent d'il y a longtemps. L'usage a donc souvent suivi une courbe évolutive, passant de sacré, médical et domestique à un usage moins encadré, plus illégal, récréatif, à l'image de ce qu'on trouve maintenant dans notre société. C'est comme une suite logique.

Ainsi, ce qu'il faut retenir, c'est qu'on ne va pas se débarrasser nécessairement des drogues demain matin, mais plutôt qu'on est peut-être appelés à devoir composer avec elles. Quand je dis « les drogues », je désigne les SPA, l'ensemble des produits qui altèrent le comportement en produisant un effet majeur sur le système nerveux central. On va peut-être devoir apprendre à composer avec elles, parce que si on veut éliminer les drogues, il faudrait d'abord éliminer les gens. Et en fait, l'endroit sur terre où il y a le moins de drogues, c'est en Antarctique, parce qu'il n'y a à peu près personne! Il est donc difficile de savoir si on va arriver à éliminer toutes les drogues, si on va sortir de cette dynamique.

Passons maintenant à quelques concepts qui nous permettront de bien comprendre certains aspects de la consommation. Il faut se rendre compte qu'il existe différents types de rapports avec les substances psychotropes, c'est-à-dire avec les drogues. Toutes les personnes ne sont pas au même niveau. La consommation, c'est l'ensemble des comportements qu'un individu ou que des groupes de personnes peuvent avoir, dans le but de satisfaire des besoins ou des désirs. On est dans une société de consommation au sens large. Et une des choses qu'on fait parfois, quand on est déprimé, choqué, frustré ou un peu fatigué de la vie, c'est aller au centre commercial et acheter tout plein de choses, par exemple des vêtements qui ne sont ni de la bonne couleur ni de la bonne grandeur. Juste pour se sentir utile, pour avoir l'impression de faire quelque chose, on va consommer. Dans bien des cas, cela nous permet de nous sentir exister, nous donne un certain pouvoir, nous fait nous sentir vivants. Cette consommation peut être de toutes sortes de biens et de services, mais aussi de SPA. Ainsi, cela s'inscrit dans un comportement humain qu'on connaît bien et qui est une réponse à un besoin. Pour lier précisément la consommation et la notion de SPA, on peut parler du simple fait d'utiliser le produit, de faire usage du produit, comme on peut faire usage de plusieurs autres éléments dans la vie.

Évidemment, d'autres concepts viennent avec ceci, notamment le concept de toxicomanie, qui permet d'aller un peu plus loin. Ainsi, pour une personne qui consomme par exemple des SPA, le concept de toxicomanie est lié à une consommation répétée de substances; il y a donc sinon une compulsivité dans la consommation, tout au moins une répétition, mais également une notion d'excès. Cela signifie la présence d'une notion de perte de contrôle sur la consommation, qui peut mener aussi à des pertes de contrôle sur le comportement et, évidemment, de contrôle sur les conséquences de ces comportements ultérieurement. La personne utilise de manière répétée ou excessive une ou plusieurs substances, et on parle toujours des mêmes substances (les tranquillisants, les perturbateurs et les stimulants), sans nécessairement qu'il y ait une justification médicale, thérapeutique ou clinique. C'est donc la personne elle-même qui décide de consommer, c'est la personne elle-même qui décide quand elle consomme, ce qu'elle consomme, pourquoi elle consomme et quand elle arrête

de consommer. Parfois, cela peut être des choix raisonnables, parfois des choix relativement responsables, et parfois des choix, disons, différents. Nous en reparlerons plus loin.

Cependant, dans un contexte de toxicomanie, la personne peut avoir de la difficulté à contrôler, à cesser ou à régulariser cette consommation. Il y a une tendance, chez le toxicomane, à se procurer la substance ou, au moins, l'effet de la substance. Un beau proverbe français dit : « Qu'importe le flacon, pourvu qu'on ait l'ivresse. » Souvent, quand on atteint la toxicomanie, l'important est de s'étourdir, de se stimuler ou de se calmer. Peu importe le produit, peu importe le moyen. Mais cela va toujours passer par une forme plus ou moins répétitive, à la limite compulsive, de consommation d'un produit, d'une SPA.

Voilà donc, en gros, la définition de la toxicomanie, un concept qui est d'ailleurs de moins en moins utilisé. C'est que, de plus en plus, on réfère plutôt à la notion de dépendance, qui est un peu plus empirique, un peu plus scientifique. La dépendance est un état psychique et parfois physique qui résulte de l'interaction entre une personne, un organisme vivant (par exemple un humain) et un produit ou une substance. Cet état est caractérisé par des réponses comportementales. La notion de compulsion est présente dans la dépendance : la personne ne peut pas se passer de la substance, ne peut plus faire le choix entre « je consomme » et « je ne consomme plus », mais c'est « je consomme » qui l'emporte. Et généralement, c'est « je consomme jusqu'à un certain niveau qui me permet parfois de perdre le contrôle de mon comportement ou de mes réactions ».

Il y a donc une compulsion à prendre un produit de manière régulière ou périodique, pour les fameux effets psychiques et physiologiques. Cela nous permet par exemple de gérer du stress, d'éviter des inconforts, d'éviter la résolution de problèmes, de ne pas sentir certaines difficultés. Cela peut aussi nous permettre d'avoir seulement un accès à un mieux-être ou à un bien-être qu'on ne peut pas obtenir autrement; c'est en tout cas ce que croit la personne qui est dépendante. Selon elle, c'est la seule voie, c'est « *the only escape road* ». C'est la seule façon dont elle peut échapper à ses démons, à ce qui la tracasse, ou alors la seule voie par laquelle elle peut accéder à un bien-être, à un mieux-être. Et à partir du moment où cela devient la seule voie, on va parler de dépendance, parce qu'il n'y a pas d'autre choix possible, en tout cas du point de vue de la personne, à ce moment et dans ce contexte.

Évidemment, en l'absence du produit, on parle de sevrage. Souvent, c'est par la présence ou l'absence de sevrage qu'on va déterminer si une personne est dépendante ou non. Il y a des aspects physiques et psychologiques à ce sevrage. Il y a également la notion de tolérance qui peut être présente. La tolérance, c'est ce qui fait qu'on a besoin de consommer davantage le même produit pour obtenir le même effet ou un effet similaire.

De son côté, le manuel DSM-IV présente l'addiction, dérivée du terme anglophone *addiction*. C'est également une version de la dépendance, désignant un mode d'utilisation inapproprié — voilà un concept intéressant — d'un produit qui entraîne des effets au plan physique et physiologique sur la personne qui le consomme. Il y a une panoplie de signaux de l'addiction, dont une douzaine sont mentionnés dans le DSM-IV. Il faut la présence d'au moins trois de ces signes pendant une période d'un an pour conclure à une addiction (parfois, cela peut être pendant quelques mois seulement, en fonction des produits). Mais on

se rend compte qu'on a des méthodes empiriques, des indicateurs scientifiques qui nous permettent d'établir la présence ou l'absence de dépendance chez une personne, selon la compulsivité et les motivations de la personne à consommer une SPA en particulier.

On peut dire, en résumé, qu'il y a deux sortes de dépendances. Dans un premier temps, on peut parler de la dépendance psychologique : l'impossibilité de résister au besoin de consommer. Dans un deuxième temps, on trouve la dépendance physique, bien entendu : c'est l'état qui résulte de l'usage répété et excessif du produit. Le corps, le métabolisme s'est habitué à la présence du produit et se trouve en déséquilibre en l'absence du produit, déséquilibre qu'on appelle le sevrage. Celui-ci se manifestera par toutes sortes de symptômes.

Souvent, quand on parle de dépendance aux drogues, ce qui est spectaculaire et souvent évoqué dans les histoires, dans les films, un peu partout, ce sont les gens qui ont des dépendances physiques qui entrent en sevrage : ils ont mal partout, ils ont des crises de panique et de la sueur, ils ne dorment pas, ils ne mangent pas. Bien sûr, c'est une expérience très difficile. Mais l'ennemi numéro un quand on travaille dans le domaine de la réadaptation, c'est plutôt la dépendance psychologique.

J'ai travaillé en réadaptation comme clinicien pendant une vingtaine d'années, à Montréal. Le problème est assurément la dépendance psychologique. La dépendance physique, on peut toujours s'en remettre assez facilement. À la limite, on pourrait même être un peu arrogant et dire : amenez-moi n'importe qui, qui consomme n'importe quoi, depuis peu importe combien de temps; donnez-moi trois semaines avec cette personne, qui sera bien attachée, bien installée dans un endroit bien contrôlé, bien branchée au « jus d'orange » intraveineux, pour qui on contrôlera les heures de sommeil, les activités et l'alimentation : que le métabolisme le veuille ou non, il va se débarrasser de ses toxines. Nous aurons passé l'étape du besoin physiologique. Mais quand la personne sortira de là, elle va se dépêcher à s'en aller à la brasserie du coin pour une petite bière et une petite ligne. Parce qu'elle n'aura pas compris comment vivre, comment faire face à des situations anxiogènes ou à des situations difficiles, sans le recours à sa béquille qui était la drogue. Tant que le contrôle n'est qu'externe, il est limité. Il faut que le contrôle devienne interne, il faut que ce soit le choix de la personne. C'est le choix de la personne de consommer, c'est le choix de la personne de surconsommer, et il faut que cela devienne son choix de consommer moins ou de ne plus consommer du tout. Et voilà le grand défi de la réadaptation.

C'est la même chose pour n'importe quel changement d'habitude. Prenons une habitude au hasard, essayons de la changer, et nous verrons qu'il y a des *patterns*, des facettes, des traces qu'on laisse dans notre propre mode de vie, et nous verrons que c'est difficile de les changer. Encore plus quand c'est, répétons-le, la seule voie, la seule façon qu'une personne a trouvée, à tort ou à raison, pour se détendre, régler ses problèmes, gérer son stress, accéder à un mieux-être ou échapper à un malaise. Quand c'est notre seule possibilité et qu'on nous l'enlève, il ne nous reste qu'à tourner en rond et à agiter les bras en criant. Cela ne changera rien; cela pourra faire du bien, mais ce ne sera sûrement pas aussi efficace que la consommation de drogue. En tout cas, pas pour la personne en question. Il est important de le noter : notre ennemi numéro un, ce n'est pas la dépendance physique, c'est la

dépendance psychologique. C'est donc ce qui touche le comportement, la capacité de la personne de faire des choix.

Un grand nombre de concepts sont liés à ce dont il vient d'être question. Il y a la notion de l'usage inapproprié, qui nous permet de mettre l'accent non pas nécessairement sur la consommation ou sur le comportement de consommation, mais sur les méfaits engendrés par cette consommation : les conséquences négatives sur le plan social, personnel, physique et psychologique de cette consommation. On peut définir ces conséquences néfastes comme celles qui mettent en danger la santé et la sécurité de la personne qui consomme ou de son entourage, ou qui empêchent les consommateurs de remplir leurs engagements ou d'accomplir les tâches correctement. Dans ce contexte, consommer le soir en écoutant une partie de hockey avec ses amis, cela peut toujours aller, mais consommer avant de venir assister ou participer à une conférence sur les SPA, ce n'est pas nécessairement une bonne idée.

Il existe également d'autres outils, qu'on peut décrire en quelques mots. La pyramide de Skinner permet de déterminer qu'il existe plusieurs types de buveurs : en gros, environ 75 % des personnes disent être des buveurs sociaux, de 10 à 15 % des gens dans la société ne consomment à peu près pas d'alcool, environ 10 % disent avoir des problèmes, et environ 5 % se définissent comme dépendantes. Cela illustre donc qu'il y a différents types de consommateurs d'alcool. On a mis au point un tableau du même genre, qu'on appelle « Continuum de la consommation de SPA à l'adolescence » : d'après celui-ci, il y a des non-consommateurs, il y a des gens dont la consommation est exploratoire (qui consomment pour voir, par curiosité, pour comprendre ce qui se passe), des gens qui deviennent des consommateurs réguliers, des consommateurs occasionnels et des personnes qui deviennent problématiques ou dépendantes. Ce tableau se réfère encore une fois à l'alcool, et aussi à plusieurs autres produits, dont les drogues illégales, mais pas au tabac. On voit qu'il y a différents types de rapports avec les drogues et on a des critères pour établir où la personne se situe.

On a une loi qui s'appelle « la loi de l'effet ». Elle dit que si on veut comprendre l'effet d'un produit, il faut tenir compte, en gros, de trois éléments importants : la personne qui consomme avec ses motivations, avec ses attentes; le produit qu'elle consomme (dépresseur, stimulant, perturbateur), la quantité, la qualité du produit, etc.; et le contexte dans lequel elle consomme (récréatif, pour régler un problème, pour chercher un mieux-être, pour être capable de continuer à travailler — il peut y avoir différents motifs). Ceci nous amène à quelques éléments d'épidémiologie.

Quand on examine les chiffres pour l'alcool, on note une légère tendance à la diminution, mais ce n'est pas encore aussi marqué qu'on pourrait le penser, surtout chez les jeunes. En gros, on s'aperçoit que l'alcool demeure une drogue largement répandue, indépendamment de l'âge et du sexe des populations qui consomment. On s'aperçoit que dans l'ensemble de la population, y compris chez les jeunes, il y a un certain contrôle de la consommation, mais ce qu'on appelle le *binge drinking*, c'est-à-dire la prise de plus de cinq consommations dans un même événement, et plus de cinq consommations dans un même événement de façon répétée, crée des statistiques un peu plus inquiétantes : elles montrent des niveaux de

consommation qui mènent à des comportements à risque et à des situations pouvant être dangereuses pour les consommateurs et pour leur entourage.

On s'aperçoit que c'est surtout les jeunes qui consomment de la drogue, c'est-à-dire des drogues illégales. C'est donc surtout chez les jeunes qu'on trouve cette consommation actuellement, et c'est un phénomène qui dure depuis un certain temps. On pense que la consommation des drogues illégales est fortement associée à une certaine catégorie d'âge, mais que par la suite, les gens continuent de consommer, en remplaçant les drogues illégales par l'alcool. Il y a donc une intégration sociale de la consommation, une acceptation sociale de la consommation qui vient avec ce phénomène. Cela ne veut pas dire que c'est plus sécuritaire pour autant! Oui, on a des programmes de prévention de la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool, c'est bien connu, et on en a aussi pour les facultés affaiblies par le cannabis, notamment un programme fait avec l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec qui s'appelle « Si t'en roules un, roule pas l'autre », car on s'aperçoit qu'une personne qui a consommé du cannabis ou de l'alcool est dangereuse au volant. Ce n'est pas parce qu'une drogue est légale qu'elle est plus sécuritaire, comme ce n'est pas parce qu'une drogue est moins détectable, comme le cannabis actuellement, qu'elle va faire de nous un conducteur plus compétent ou moins dangereux. Notre but est donc d'intervenir en abordant tous ces sujets.

La principale drogue illégale consommée dans notre société et qui est en cours de banalisation depuis quelques années, c'est certainement le cannabis. Ainsi, l'alcool et le cannabis sont les deux drogues auxquelles nous, les gens qui travaillent en prévention sur le terrain, qui travaillent dans les écoles, un peu partout, sommes confrontés dans notre quotidien.

Avec les analgésiques, les médicaments, c'est la même chose. On s'aperçoit qu'il y a une consommation importante. En fait, c'est un peu l'inverse : au lieu de toucher les jeunes et d'aller en diminuant avec l'âge comme les drogues illégales, la consommation des médicaments chez les personnes âgées, que ce soit des analgésiques ou d'autres formes de médicaments, montre une courbe inversée. Plus les personnes âgées avancent en âge, plus il y a de surprescription, plus il y a de prescriptions de plusieurs produits simultanément et plus il y a de consommation, globalement, de ces produits. Ce qu'il faut retenir, c'est que chez les jeunes, il y a plus de consommation de produits illégaux, alors que chez les personnes plus âgées, il y a plus de consommation de médicaments, mais que chez tout le monde, il y a une consommation d'alcool. Il y a donc une polyconsommation, une pluriconsommation, une consommation de plusieurs produits à la fois dans l'ensemble de la population.

À propos de l'évolution de l'usage de la cigarette et du cigare chez les élèves au secondaire, on s'aperçoit qu'on remplace parfois l'un de ces produits par l'autre, malheureusement. Les compagnies sont très efficaces pour mettre au point de nouveaux produits, de nouvelles formes de mise en marché, de marketing, afin de trouver et de fidéliser leur clientèle. Elles sont vraiment très solides dans ce domaine.

La principale drogue sur la Terre, c'est l'argent. Faire du profit, les gens sont prêts à beaucoup pour cela. Les compagnies vont donc s'adapter et, à mesure qu'on fait des lois, qu'on passe des règlements et qu'on instaure des mesures de prévention, elles sont capables de nous contourner, de venir chercher des consommateurs et de maintenir leurs marges de profit. Je crois qu'on a du travail pour longtemps en prévention. Il faut réfléchir à cette question, car on n'aura pas vraiment le choix.

Parlons de la proportion des buveurs et des buveurs excessifs chez les jeunes. Chez les jeunes, ce qui nous préoccupe, c'est le boire excessif, le *binge drinking*, la surconsommation, les 5 à 7, les 2 pour 1 et les *happy hours*, entre autres. Il existe aussi le *funnel drinking*, où on peut se mettre à consommer à plusieurs avec des tubes liés à un immense contenant d'alcool; ce qu'on cherche, ce n'est pas la dégustation de produits pour le plaisir, c'est vraiment l'ivresse. Le but est vraiment de s'assommer, ce qui entraîne des comportements, des pertes de contrôle, des dérapages pouvant être dangereux.

Quant à l'évolution de l'âge moyen de la première expérience de consommation, on s'aperçoit que c'est vraiment associé au passage du primaire au secondaire. Ce qu'on en sait en toxicomanie c'est que, plus l'âge des premières consommations est précoce, plus le risque d'avoir un problème de dépendance est important. Ainsi, selon moi, on pourrait, et on doit, adopter une attitude préventive. Un des objectifs importants est de retarder l'âge des premières consommations, ce qui permet à la personne d'avoir un développement physique et psychologique accru, une plus grande responsabilité sociale et une meilleure compétence pour évaluer les conséquences de sa consommation.

Bien sûr, des effets se font sentir au plan sanitaire. Certains effets sont dus uniquement aux produits, d'autres sont liés à la fois aux produits et à nos politiques actuelles de prohibition de ces produits. On est dans une dynamique où on produit des effets iatrogènes; c'est tout à fait vrai, car ces données sont vérifiables. Les répercussions de la consommation et de la surconsommation des SPA sont également nombreuses au plan social. Beaucoup de répercussions se situent évidemment sur le plan de la santé mentale, dans le domaine psychologique ainsi que dans le domaine légal.

Pour ce qui est du coût de ces produits, on parle de 1,6 milliards en 2010 pour le Québec et on nous dit qu'au Canada, l'alcool est la SPA qui engendre le plus de coûts de santé, environ deux fois ce qu'on peut trouver pour les autres drogues. À l'échelle du Québec, on peut donc estimer que cela nous fait 3,2 milliards pour l'alcool, plus 1,6 milliards pour les drogues illégales, pour un coût annuel total d'environ 5 milliards de dollars en chiffres de 2010 — et rappelons qu'on ne parle ni des médicaments ni du tabac. De plus, des coûts économiques sont associés à cela : des baisses de productivité, des retards, des absences, des ralentissements de production, du présentisme (des gens qui sont là, mais seulement physiquement), des erreurs de production, des accidents... On peut parler également de décrochage scolaire, de syndrome amotivationnel, etc.

En conclusion, ce qu'il faudrait retenir de cette explication des concepts, c'est d'abord qu'il n'y a pas de société sans drogues et que le Québec, malheureusement, ne fait pas exception. Comme il existe différents types de consommateurs, il y a une distinction entre les

différents niveaux d'usage qu'on peut faire des produits; ce n'est pas parce que l'on consomme de l'alcool que l'on devient alcoolique, et ce n'est pas parce que l'on consomme des drogues que l'on est nécessairement toxicomane. Il y a une gradation, et il faut adapter notre message à ces différents types de consommateurs. L'alcool et le cannabis sont les deux SPA les plus consommées au Québec et, évidemment, l'alcool est la SPA qui cause le plus de méfaits de toutes sortes. Il faut le redire, parce que les gens l'oublient parfois. D'ailleurs, quand on fait des conférences, on parle de drogues, de SPA, mais quand on commence à parler de tabac et d'alcool, les gens nous disent : « Je pensais qu'on venait parler de drogues! » Le tabac et l'alcool sont les deux drogues les plus consommées, les deux drogues qui nous coûtent le plus cher et les deux drogues qui causent le plus d'accidents et de mortalité chaque année.

2 HISTORIQUE DE LA RÉGLEMENTATION ET CADRE LÉGISLATIF ACTUEL EN MATIÈRE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Conférencier

Sénateur Pierre-Claude Nolin

Résumé de la conférence

Le sénateur Pierre-Claude Nolin présente le travail fait par le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, qu'il a présidé. Ce comité a analysé les politiques sur les drogues dans un contexte national et international, et a publié le rapport *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*.

Le contexte juridique international

Les conventions internationales sur les drogues, avance M. Nolin, sont un carcan irrationnel et sans rapport avec la santé publique ou la science, du moins en ce qui concerne le cannabis. Le comité présidé par M. Nolin a formulé trois constats à propos des politiques internationales sur les drogues : elles ne définissent pas précisément les types de substances; leurs classifications de substances sont arbitraires; enfin, elles ne reflètent pas la dangerosité des substances pour l'individu et pour la société — car si c'était le cas, ces conventions internationales mentionneraient le tabac et l'alcool.

Ces constats mènent à observer que les traités sur les drogues adoptés depuis le début du 20^e siècle ont été fondés sur des critères moraux, et parfois racistes, reflétant la géopolitique des relations Nord-Sud. En fait, les conventions internationales n'ont pas permis de réduire l'offre de drogue, alors qu'elles ont prétendument été construites dans ce but. Ces conventions constituent un régime à deux vitesses, qui régleme les produits synthétiques produits par les pays du Nord, mais prohibe les substances organiques produites dans les pays du Sud, sans considération pour les dangers réels de ces substances.

Le contexte juridique national

Les remarques précédentes sur le contexte international s'appliquent aussi au Canada, selon M. Nolin, qui rappelle que les créateurs de la première loi canadienne sur l'opium, en 1908, y ont inclus un article qui a facilité le travail futur des politiciens. Cet article précisait qu'on pouvait insérer une annexe à cette loi à propos de toute autre substance susceptible de nuire à la sécurité du public. Grâce à cet article, le cannabis fut introduit dans la loi, en 1923, année depuis laquelle il est interdit au pays.

M. Nolin ajoute que les tribunaux canadiens, depuis les années 1990, ont joué un rôle de plus en plus important. Puisque les politiciens n'ont pas fait preuve de courage, les tribunaux ont agi. C'est ainsi que ceux-ci ont ordonné au gouvernement, par exemple, de légaliser l'usage thérapeutique du cannabis. Mais maintenant, le gouvernement veut introduire dans la loi la notion de peine minimale : voilà un dossier à suivre.

Les conclusions et recommandations du comité

Le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites avait le mandat d'examiner les politiques publiques canadiennes en matière de cannabis à la lumière des connaissances sur les effets sociaux et sanitaires et du contexte international.

La thèse fondamentale du comité dans son rapport, rappelle M. Nolin, est que dans une société libre et démocratique, les politiques publiques sur les substances psychoactives (SPA) doit se baser sur des principes directeurs respectant la vie, la santé, la sécurité, les droits et les libertés de chaque individu. Inspiré par cette thèse, le comité y est allé de plusieurs recommandations :

- créer, au sein du Bureau du Conseil privé, un poste de conseiller national sur les SPA et les dépendances;
- donner à ce conseiller le mandat de convoquer une conférence regroupant les acteurs-clés des provinces, territoires, municipalités et associations, pour fixer des objectifs quinquennaux en matière de SPA;
- faire passer sous la responsabilité directe du Parlement le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, qui relève actuellement de Santé Canada;
- créer, au sein de ce centre, un observatoire sur les tendances d'usage, observatoire qui aurait un pendant provincial;
- adopter une politique canadienne intégrée sur les risques et les méfaits de l'ensemble des SPA;
- introduire dans la loi un régime d'exemption criminelle, qui donnerait un jour aux décideurs publics la possibilité de légaliser, entre autres, le cannabis (cette recommandation a fait couler beaucoup d'encre);
- adopter une loi d'amnistie visant les personnes qui ont un casier judiciaire pour possession simple de cannabis;
- créer de nouvelles règles sur l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques et poursuivre la recherche dans ce domaine;
- modifier la loi pour que le taux d'alcool permis dans le sang soit réduit de moitié et que les peines soient augmentées dans les cas de consommation combinée de cannabis et d'alcool;
- créer un fonds national de recherche sur les SPA;
- à long terme, placer le Canada en retrait des traités internationaux, car ils ne respectent pas ses valeurs fondamentales et créer, en collaboration avec les États-Unis, un observatoire pour l'Amérique du Nord.

Texte intégral de la conférence du sénateur Nolin

La consommation de drogue est un phénomène social qui remonte à des millénaires. Depuis, disons, une centaine d'années, les politiciens se sont emparés de ce phénomène, pour toutes sortes de raisons, et nous avons oublié quelle origine il avait. Cela fut la raison

de la mise en place des politiques publiques, qui furent créées sans que les décideurs s'arrêtent pour comprendre que ce phénomène relevait de la santé publique et sans qu'ils se demandent si les politiques publiques faisaient le travail en matière de santé publique. On comprend que la réponse à cette dernière question est non.

Je suis heureux de voir que, enfin, les responsables de la santé publique du Québec vont, du moins je l'espère, participer à la prise de contrôle de cette politique publique. En disant « prendre le contrôle », on pense bien sûr aux politiciens qui ont la responsabilité, normalement, des politiques publiques. Mais les officiers de santé publique ont la responsabilité d'aller au-devant des politiciens qui, eux, ne connaissent en fait absolument rien à ce sujet. Les politiciens connaissent une chose : se faire aider. Pour cela, ils sont bons. En matière de santé publique, assister les politiciens, c'est la responsabilité des officiers de la santé publique. Au Sénat, nous sommes là pour aider à assumer cette responsabilité.

Aujourd'hui, nous parlerons du contexte international dans lequel ces politiques publiques ont été élaborées, du contexte national, des conclusions du rapport du sénat que j'ai présidé et de ses recommandations.

Parlons d'abord du contexte juridique international. Cette première partie pourrait commencer et se terminer sur une phrase : l'architecture des conventions internationales sur les drogues est un carcan qui, en ce qui concerne du moins le cannabis, est tout à fait irrationnel et n'a rien à voir avec des considérations scientifiques ou de santé publique.

L'analyse faite par mon comité (le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites) sur l'histoire et l'évolution de ces conventions nous a menés à trois constats. Le premier a trait à l'absence de définition. Les termes *stupéfiants*, *psychotropes* et *substances psychoactives* (SPA) ne sont pas définis, sinon par des listes de produits classés en tableaux. La seule chose que nous révèle la convention sur les stupéfiants de 1961, qui est encore le pilier de toute la structure internationale sur les substances visées, c'est que ces dernières peuvent donner lieu à des abus. Voilà la grande notion de ce traité. La Convention de 1971 sur les substances psychotropes indique quant à elle que les substances peuvent provoquer la dépendance, la stimulation ou des effets sur le système nerveux central. On commence alors à voir le mot *dépendance* apparaître dans la littérature internationale. La convention de 1971 parle donc de dépendance et de stimulation et dit aussi que les substances peuvent donner lieu à des abus, qu'elles constituent un problème de santé publique ou un problème social justifiant qu'elles soient placées sous un contrôle international. On voit ainsi que la notion de santé publique entre en scène en 1971.

Le deuxième constat de mon comité est qu'il faut souligner l'arbitraire des classifications. Les classifications à la base de toute la structure de 1961, ne suivent aucune logique : les stupéfiants figurent en compagnie de l'héroïne et de la cocaïne, par exemple. Le cannabis ne figure pas à la convention de 1971, mais le THC y figure. Le seul critère apparent de distinction est celui de l'usage médical et scientifique. Non seulement ces classifications sont-elles arbitraires, mais elles ne reflètent ni les classifications pharmacologiques des substances ni leur dangerosité sociale.

Voici maintenant le troisième constat : si ces conventions se préoccupaient réellement de la santé publique en fonction de la dangerosité des drogues, il est étonnant de remarquer que le tabac et l'alcool n'en font pas partie. À partir de ces constats, nous avons fait des observations sur le régime international du contrôle des substances, des SPA, en étudiant les fondements qui ont donné naissance à cet ensemble de traités depuis le début du 20^e siècle. Ce sont finalement des fondements moraux et parfois racistes qui ont animé les débats. Et le système reflétait surtout la géopolitique des relations Nord-Sud au 20^e siècle.

Pourquoi Nord-Sud? Les pays principalement producteurs font, pour des raisons ancestrales, culturelles et souvent religieuses, usage des plantes maîtresses que sont le coca, le pavot et le cannabis, provenant principalement du Sud, alors que dans le Nord, des substances synthétiques sont produites par l'industrie pharmaceutique. C'est cette rivalité entre les deux types de production qui a amené la structure des traités internationaux. D'un côté, on interdit et on met en place des mesures de contrôle et, d'un autre côté, on force la production. Ce phénomène est surtout observable dans la dernière convention datant de 1988 (Convention contre le trafic de stupéfiants et de substances psychotropes), et à partir de laquelle on a mis en place des régimes de réglementation pour s'assurer de limiter le nombre de pays producteurs et de gérer la manière dont les productions synthétiques seraient faites.

En résumé, les conventions internationales élaborées depuis 1912 n'ont pas permis de réduire l'offre de drogue, alors qu'elles ont prétendument été construites dans cet esprit. Les conventions internationales constituent un régime à deux vitesses, comme on l'a mentionné, réglementant les produits synthétiques produits par les pays du Nord et prohibant les substances organiques produites dans les pays du Sud, sans aucune considération pour les dangers réels que présentent ces substances pour la santé publique. Ajoutons quelques autres constats :

- le cannabis a été inclus dans les conventions internationales en 1925 sans aucune connaissance sur ses effets;
- les classifications internationales des drogues sont arbitraires et ne reflètent pas la dangerosité des substances pour la santé, ni pour la société;
- le Canada devrait informer la communauté internationale des conclusions de notre rapport (nous avons d'ailleurs fait un peu de promotion);
- enfin, on devrait officiellement demander d'enlever le cannabis et ses dérivés de la liste des substances prohibées dans la loi canadienne réglementant certaines drogues et autres substances.

Ce qui nous amène au contexte législatif national. Tout ce qu'on vient d'aborder pour les traités internationaux s'applique pour le Canada, la seule différence étant que le Canada a commencé un peu plus tôt. La première loi pour contrôler l'opium remonte à 1908. Les créateurs de cette loi avaient vraiment un but en tête : contrôler les populations asiatiques de l'ouest du pays. On a créé, dans cette loi, un petit article qui a facilité le travail des politiciens. Cet article précise qu'il serait possible d'insérer une annexe à la loi à propos de toute autre substance qui serait de nature à mettre en danger la sécurité du public. C'est ainsi qu'en 1923, on a introduit le cannabis, alors que personne, et surtout pas le ministre de

la Santé, ne savait ce que c'était. Voilà comment, depuis 1923, le cannabis est interdit au Canada.

La loi canadienne actuelle réglementant certaines drogues et autres substances ne fait pas partie du Code criminel, comme certains le croient, bien qu'elle donne de grands pouvoirs en matière de saisies. Le gouvernement actuel veut introduire dans cette loi la notion de peine minimale en matière de trafic et de production. On a entendu parler de l'histoire des six plants : à partir de la possession de six plants, il y aura un minimum de six mois de prison. Nous en entendrons probablement parler prochainement, parce que le gouvernement semble déterminé à appuyer sur l'accélérateur pour faire adopter cette loi. Le gouvernement a aussi modifié les annexes de la loi et ces modifications auront sûrement un impact sur le travail de tout le monde.

Depuis les années 1990, les tribunaux ont joué un rôle de plus en plus important dans la législation sur les drogues. Puisque les politiciens n'ont pas « mis leur culottes » les tribunaux ont été interpellés, et eux, ils l'ont fait. C'est ainsi que les tribunaux ont ordonné au gouvernement, par exemple, de légaliser l'usage thérapeutique du cannabis.

Le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, qui a déposé son rapport en 2002, avait pour mandat d'examiner les politiques publiques canadiennes en matière de cannabis, leurs efficacités et leurs répercussions, à la lumière des connaissances scientifiques sur les effets sociaux et sanitaires du cannabis. Voici les principales conclusions et recommandations de ce rapport.

Toutes les analyses nous ont permis d'étayer la thèse fondamentale de notre rapport, qui se lit ainsi : « Dans une société libre et démocratique qui reconnaît fondamentalement mais non exclusivement la primauté du droit comme source de règles normatives, et où la puissance publique [nos gouvernements] doit le plus possible favoriser l'autonomie et conséquemment utiliser avec parcimonie les outils de contrainte [tel que le droit criminel], une politique publique sur les substances psychoactives doit s'articuler sur des principes directeurs respectant la vie, la santé, la sécurité et les droits et libertés de chaque individu qui, naturellement et légitimement [et on le voit depuis plus de 4 000 ans], recherche son bien-être et son épanouissement, et qui a la capacité de reconnaître la présence, la différence et l'équivalence de l'autre. » Il y a 40 ans, la Commission Le Dain s'était penchée sur à peu près les mêmes choses que nous. Nous avons bénéficié de la recherche scientifique qui s'est faite depuis 1972 et il faut dire qu'il s'en est fait, de la recherche. Nous avons publié le rapport en 2002 et, depuis ce temps, le volume de recherche a décuplé, mais la plupart des constats que nous avons faits alors se sont confirmés.

La première recommandation du comité spécial du Sénat est que soit créé, au sein du Bureau du Conseil privé, un poste de conseiller national sur les substances et les dépendances, que ce conseiller soit appuyé d'un petit secrétariat et que chaque ministère et organisme fédéral concerné par les SPA délègue à ce secrétariat, à sa demande, le personnel nécessaire.

Il faut comprendre que dans le système fédéral, le Bureau du Conseil privé est la plaque tournante de tout le pouvoir. C'est le ministère du premier ministre et c'est là que tout commence et que tout finit. C'est cette équipe du Conseil privé qui organise toutes les opérations centrales du gouvernement, tout le cabinet; tout ce qui se décide au cabinet commence et finit dans ce ministère. Son rôle est donc central. Plutôt qu'à Santé Canada ou au ministère de la Justice, nous avons recommandé que ce conseiller travaille au Bureau du Conseil privé.

Deuxièmement, le comité recommande que le gouvernement du Canada donne le mandat à ce conseiller sur les substances psychoactives et les dépendances de convoquer, dans l'année qui suit, une conférence de haut niveau regroupant les acteurs-clés des provinces, territoires, municipalités et associations pour fixer des objectifs, des priorités d'action en matière de SPA sur une période de cinq ans. Cette conférence regroupera des spécialistes de la santé publique, des usagers, des parents, des éducateurs, donc des gens qui ont un intérêt à ce qu'il y ait une politique publique intelligente, raisonnable et réfléchie qui se mette en place. Pourquoi cinq ans? Parce qu'il faut accepter le fait que nous ferons des erreurs. Il n'est pas vrai que la première fois sera la bonne. Il faut donc accepter, dès le départ, l'idée que des erreurs seront faites et qu'on va essayer de les corriger par un suivi, comme l'indiquent les autres recommandations ci-dessous.

Troisième recommandation : que le gouvernement du Canada modifie la législation pour que le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies relève directement du Parlement plutôt que de Santé Canada, comme c'est le cas actuellement. Cela permettrait d'assurer son indépendance. Ce centre deviendrait le Centre canadien sur les substances psychoactives et les dépendances. Son budget serait ainsi garanti et il deviendrait le quartier général de la recherche et de la diffusion des résultats.

La quatrième recommandation est le pendant de la troisième : la création, au sein du centre, d'un observatoire sur les tendances d'usage comme cela se fait en Europe. Il faut que les études sur les populations, surtout les populations jeunes, se fassent régulièrement. Cet observatoire national devrait aussi avoir un pendant provincial, pour une plus grande efficacité. Le but de cela, finalement, c'est que les responsables de nos fameuses politiques publiques ainsi que nos décideurs aient accès à la connaissance la plus valable au moment où les décisions doivent être prises.

Le comité recommande que le gouvernement du Canada adopte une politique intégrée sur les risques et les méfaits des substances psychoactives portant sur l'ensemble des substances. Nous voulons que cette politique ne se base pas uniquement sur l'utilisation du droit criminel ou de la coercition pour faire avancer les choses, mais sur la santé publique.

Maintenant, passons à la fameuse recommandation numéro 6, qui a fait couler beaucoup d'encre qui propose que la loi soit modifiée pour y introduire un régime d'exemptions criminelles, pour permettre aux décideurs, lorsque la politique publique sur les substances serait à maturité, d'utiliser cette disposition dans la loi pour mettre en place un système de réglementation qui permettrait de légaliser le cannabis.

Septièmement, nous recommandons une loi d'amnistie. Il y a tellement de personnes qui ont un casier judiciaire pour possession simple que nous avons arrêté de les compter. Il y a peut-être des gens qui continuent à compter cela, mais nous, nous avons arrêté après un demi-million. Cette demande d'amnistie se base sur des principes de droit fondamental.

Nous souhaitons la mise en place d'une réglementation plus serrée sur l'accès au cannabis à des fins thérapeutiques, pour forcer le gouvernement à prendre ses responsabilités. Le gouvernement fédéral tente actuellement de se détacher de la responsabilité de l'accès au cannabis à des fins thérapeutiques pour la confier aux médecins. La Cour d'appel de l'Ontario a pourtant ordonné que la responsabilité du ministre soit mieux encadrée et que le ministre conserve la responsabilité d'accorder ces exemptions. Ainsi, je crois que le ministre ne pourra pas confier cette responsabilité aux médecins, bien que le gouvernement souhaite actuellement s'en distancer.

Nous avons recommandé que le Code criminel soit modifié pour réduire le taux d'alcool permis dans le sang de moitié et augmenter les peines lorsqu'il y a présence de consommation combinée de cannabis et d'alcool.

Nous avons recommandé de créer un fonds national sur la recherche car ce n'est pas tout d'avoir un centre et un observatoire, il faut que la recherche se fasse. La science doit être plus présente. Certes, elle ne doit pas remplacer la prise de décision, mais elle doit certainement l'influencer.

Enfin, sur le plan international, nous avons un projet à long terme : que le Canada se mette en retrait des traités internationaux, parce que les traités internationaux ne respectent pas nos valeurs fondamentales, comme le montre notre thèse. C'est évidemment un projet à long terme, parce qu'au Canada, on ne fonctionne pas de cette façon. Notre embête principale, ce sont nos voisins du Sud. En politique internationale, notre priorité est donc beaucoup plus de s'assurer que nos collègues du Sud aient une approche plus réfléchie en matière de politique publique.

Une dernière recommandation vise ainsi à créer un observatoire pour toute l'Amérique du Nord, en collaboration avec nos amis américains.

3 ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES QUÉBÉCOISES À L'ÉGARD DE L'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Conférencières

Lynne Duguay, directrice
Direction des dépendances et de l'itinérance
Direction générale des services sociaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Marthe Hamel
Direction du développement des individus et l'environnement social
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Résumé de la conférence

Dans cette conférence, Mesdames Duguay et Hamel discutent de l'élaboration des orientations en toxicomanie et en dépendance et des objectifs du Programme national de santé publique en lien avec cette problématique.

Orientations ministérielles

Au Québec aujourd'hui, l'offre de services en dépendances est basée sur des documents structurants, comme le Programme national de santé publique et le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. Ce dernier plan a été reconduit en 2011, mais aura, à court terme, de nouvelles orientations. Les orientations ministérielles en prévention ont les objectifs suivants, résume Mme Duguay : agir en amont des problèmes d'adaptation sociale, prévenir les conséquences négatives et l'aggravation des problèmes liés à l'usage inapproprié des psychotropes, et promouvoir l'adoption de politiques publiques cohérentes.

Le Programme national de santé publique

Plusieurs objectifs du Programme national de santé publique s'appliquent aux substances psychoactives (SPA), montre Marthe Hamel. Ce programme vise la réduction du nombre d'enfants naissant avec des maladies graves, par exemple en raison du syndrome d'alcoolisation fœtale. En plus d'objectifs de lutte au tabagisme et à la transmission des ITS liée à la consommation de SPA, le programme a pour but de réduire la consommation inappropriée d'alcool et de drogue chez les adolescents et les adultes, ainsi que la consommation de médicaments chez les personnes âgées.

Au niveau national, le programme vise à ce que les politiques publiques préviennent la consommation inappropriée d'alcool, tout en restreignant l'accessibilité (économique et physique) de l'alcool, notamment aux moins de 18 ans.

Il accorde aussi une large place à l'approche *École en santé*, qui rassemble les interventions faisant la promotion de la santé des jeunes d'âge scolaire. Selon cette approche, il ne faut pas considérer isolément les problèmes de consommation inappropriée, mais penser à l'ensemble des compétences sociales que développent les jeunes. Enfin, le programme

promeut diverses activités, dont plusieurs en milieu scolaire, à propos de l'alcool, des médicaments et du tabac, des ITSS, etc.

Le Plan d'action interministériel en toxicomanie

Le Plan d'action interministériel en toxicomanie, rappelle Lynne Duguay, implique que les ministères concernés reconnaissent l'importance du problème de consommation de psychotropes, ainsi que la nécessité d'y apporter des solutions communes et plus ciblées. Le plan engage les partenaires à agir selon quatre axes :

- prévention;
- détection et intervention précoce;
- traitement et réinsertion sociale;
- recherche.

Perspectives d'avenir

Les conférencières concluent sur certains objectifs du ministère :

- harmoniser les interventions au plan gouvernemental;
- renforcer le virage préventif et utiliser les connaissances les plus récentes pour mettre à jour le Programme national de santé publique, en 2015;
- faire le point sur le déploiement de l'offre de services en dépendances;
- finaliser le bilan du Plan d'action interministériel en toxicomanie.

Ces objectifs donneront lieu à l'établissement de nouvelles orientations en toxicomanie. Tout cela signifie qu'il y a de la place pour un souffle nouveau, conclut Mme Duguay.

Texte intégral de la conférence de mesdames Duguay et Hamel

Lynne Duguay

Je tiens à préciser que je ne me considère pas comme une experte, mais plutôt comme une personne qui, par ses fonctions, a le privilège de travailler avec des experts, entre autres pour alimenter l'élaboration des orientations en toxicomanie et en dépendance au Québec. Je crois qu'il est important de préciser où nous nous situons pour pouvoir ensuite améliorer ou bonifier les choses. Nous allons donc parler des orientations en toxicomanie pour le Québec.

Il faut voir, dans un premier temps, qu'au Québec, on a actuellement une offre de services en dépendances qui propose des orientations et des standards d'accessibilité, de continuité, de qualité et d'efficacité. Tout cela est appuyé sur différents documents structurants dont les orientations ministérielles en matière de prévention de la toxicomanie, le Programme national de santé publique et le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, ce dernier ayant été reconduit en 2012.

Dans les orientations ministérielles en prévention, on parle d'agir en amont des problèmes d'adaptation sociale, de prévenir les risques de conséquences négatives ou l'aggravation des problèmes liés à l'usage inapproprié de psychotropes et de promouvoir l'adoption de

politiques publiques cohérentes en la matière. Ce résumé est évidemment très synthétique; il existe un document qui vient détailler chacun de ces volets, leur signification, la façon dont ils se traduisent concrètement, mais il faut voir que toutes les actions qui partent du ministère en matière de prévention sont liées à ces orientations.

Quand on parle de prévenir, on parle d'anticiper, de neutraliser ou d'atténuer les répercussions, d'agir avant l'apparition des problèmes, de permettre d'éviter l'aggravation des problèmes, de réduire les méfaits, évidemment, et de viser des groupes à risque.

Marthe Hamel

On sait donc que le Programme national de santé publique fixe un certain nombre d'objectifs santé et d'activités de promotion et de prévention, couvrant un peu toute la panoplie des déterminants de la santé. En ce qui concerne précisément la consommation de drogues et d'alcool, donc de substances psychoactives, les objectifs visent, entre autres, la réduction du nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves tel que le syndrome d'alcoolisation fœtale. On parle également de réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool. Il est aussi question de la consommation de médicaments chez les personnes âgées : l'on souhaite réduire le nombre de prescriptions de médicaments anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques.

À ces objectifs, il faudrait ajouter, quand on examine la définition de *substances psychoactives*, toutes nos mesures de lutte au tabagisme, qui s'inscrivent évidemment dans le domaine des habitudes de vie, et aussi certains objectifs santé qui concernent la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang et qui sont liés à la consommation de substances psychoactives.

Les activités suggérées dans le programme national sont de deux ordres : celles qui visent le domaine des politiques publiques, puis celle du domaine de la promotion et des services préventifs. En fait, probablement que dans le prochain programme de santé publique, on parlera aussi de drogue, mais dans le programme actuel on parle essentiellement d'alcool. En ce qui a trait aux politiques publiques, les actions visent la sensibilisation des décideurs à des modèles inappropriés de consommation d'alcool et à des mesures qui visent à restreindre l'accessibilité de l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans. Ensuite, toujours sur le plan des politiques publiques, on parle aussi d'élaborer les politiques et de les appliquer pour tout ce qui concerne la réduction de l'accessibilité à la fois économique et physique de l'alcool.

Le programme propose aussi un ensemble de mesures de promotion de prévention : dont tout ce qui se rapporte à l'approche *École en santé*. *École en santé* rassemble toutes les interventions qui visent la promotion de la santé chez les jeunes d'âge scolaire et à l'intérieur de ces mesures, il y a bien sûr des éléments qui concernent la consommation de substances psychoactives. L'approche *École en santé* considère que l'action concernant les problèmes de consommation ne doit pas se faire isolément, mais en pensant plutôt à l'ensemble des compétences que doivent développer les jeunes au plan social (par exemple, tout ce qui touche la résistance à la pression des pairs). Bien sûr, il y a aussi des interventions très précises qui visent l'information sur l'alcool, les drogues, etc.

Lorsqu'on examine l'épidémiologie, il est vraiment important d'intervenir massivement auprès des jeunes. Mais il y a aussi toutes les activités qui concernent la réduction des problèmes chez les buveurs modérés, comme le programme Alcochoix, et tout ce qui concerne la consommation de médicaments. Il faudrait ajouter à cela tout ce qui se trouve dans le plan de prévention du tabagisme, qui contient des mesures très importantes, et tout ce qui se rapporte à la prévention des ITSS, car il y a des liens importants à faire avec la consommation de drogue.

Lynne Duguay

Parlons maintenant du Plan d'action interministériel en toxicomanie. Ce plan regroupe 10 ministères. Chacun des ministères a des actions précises liées à chacun des axes dont on parlera plus loin, en plus d'actions concertées.

Ainsi, le plan d'action présuppose, au départ, la reconnaissance par les partenaires gouvernementaux que la consommation de psychotropes est un phénomène social important et un problème majeur de santé publique. On présuppose aussi que la gravité du problème commande un effort renouvelé, différent, davantage ciblé, mieux adapté à la réalité des personnes et des collectivités, mais surtout qu'il commande des solutions partagées. Ce sont donc des travaux qui étaient déjà amorcés en 2006.

L'orientation générale, c'est une action gouvernementale concertée et coordonnée qui engage les partenaires sur la base d'un diagnostic partagé, d'une approche et de principes communs. Elle les engage à agir selon quatre axes d'intervention :

- la prévention;
- la détection et l'intervention précoce;
- le traitement et la réinsertion sociale, incluant les services de réadaptation;
- la recherche.

Les populations visées regroupent le grand public et des groupes cibles. Ainsi, on parle notamment des jeunes, des femmes enceintes et des parents, des personnes avec des troubles associés, des utilisateurs de drogues injectables, des personnes avec des troubles mentaux, etc.

En ce qui a trait à la prévention, les objectifs sont d'améliorer l'accès de la population à une information cohérente et crédible sur la consommation de psychotropes. C'est un des enjeux que nous avons conjointement, la direction de la santé publique et celle des services sociaux : transmettre un message commun dans ce domaine. Nous voulons renforcer la prévention, directement auprès des personnes ayant des besoins particuliers ou par l'entremise des milieux de vie, et réduire l'offre de psychotropes.

Pour ce qui touche l'intervention précoce, l'objectif est d'accentuer la détection et l'intervention précoce auprès des différentes clientèles. Le traitement et la réinsertion, eux, visent à assurer l'accessibilité à une offre de services spécialisés pour les personnes qui ont des problèmes. La recherche et l'évaluation ont comme but d'accroître la connaissance et la surveillance en matière de toxicomanie.

Voici maintenant des exemples d'actions au plan interministériel :

- une campagne d'information et de sensibilisation jumelée à des activités de terrain pour les jeunes de 10 à 24 ans et pour les adultes importants pour eux;
- la Semaine de prévention de la toxicomanie, depuis 24 ans;
- une ligne d'écoute et d'information téléphonique;
- le développement de programmes de formation pour soutenir les intervenants, toujours dans le but de déployer l'offre de services dans le réseau;
- des outils validés de détection et d'évaluation;
- une offre de services spécialisés de réadaptation, qui inclut aussi des traitements de substitution dans les régions du Québec.

Pour conclure, voyons les perspectives d'avenir.

Nous voulons harmoniser les interventions au plan gouvernemental au regard des actions concernant les psychotropes, en commençant par des messages communs de nos deux directions du MSSS — services sociaux et santé publique.

Nous voulons renforcer le virage préventif, agir en amont, prévenir et réduire les conséquences de l'abus des psychotropes, et recourir aux connaissances les plus récentes pour la prochaine mise à jour du Programme national de santé publique, en 2015.

Nous voulons faire le point sur le déploiement de l'offre de services en dépendances. Un événement majeur aura lieu prochainement et réunira les acteurs du Québec qui sont prestataires de ces services et l'ensemble du réseau, pour faire le point sur la situation et sur les suites et les priorités sur lesquelles mettre l'accent. On sait d'ailleurs que certaines portions de l'offre de services sont plus difficiles à implanter.

Nous avons enfin l'objectif de finaliser le bilan du Plan d'action interministériel en toxicomanie. Comme je l'ai mentionné, le plan d'action a été reconduit en 2011-2012, et nous sommes à finaliser le bilan et à déterminer quelles actions de 2011-2012 ne sont pas réalisées. Évidemment, cela donnera lieu à l'élaboration de nouvelles orientations en toxicomanie, en dépendance.

Tout cela signifie finalement qu'il y a de la place pour un souffle nouveau.

4 LES IMPACTS SOCIAUX, DE SANTÉ ET SUR LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DU CADRE LÉGISLATIF ACTUEL

Conférencier

Jean-Sébastien Fallu, professeur agrégé
École de psychoéducation
Université de Montréal

Résumé de la conférence

Jean-Sébastien Fallu, qui milite depuis plusieurs années pour que soient modifiées les lois et les pratiques en matière de toxicomanie, décrit ces politiques et leurs fondements, leur efficacité et leurs effets pervers, avant de donner quelques pistes de solution.

Les politiques sur les drogues : fondements et critiques

Selon M. Fallu, les politiques sur les drogues ne se limitent pas aux actions des gouvernements, mais sont un système de lois, de règlements, d'interventions et de priorités de financement. Elles sont enracinées dans l'histoire et la culture, et leurs objectifs sont surtout de réduire l'usage et les effets néfastes de la drogue.

Ces politiques font l'objet de critiques, qui reposent sur trois types d'arguments. D'abord, certains y voient une menace aux droits individuels, car l'objectif des politiques ne devrait pas être de protéger les individus contre eux-mêmes, mais de donner des sanctions criminelles uniquement quand le comportement des gens nuit à autrui. Ensuite, certains reprochent aux politiques d'être incohérentes, hypocrites; ces personnes comparent la dangerosité de la drogue à celle de l'alcool et du tabac, et rappellent la réussite mitigée qu'a eue la prohibition de l'alcool. Enfin, d'autres arguments sont que les coûts sociaux et économiques des politiques semblent largement dépasser leurs bénéfices.

Quant à la dangerosité, un des piliers des traités internationaux, c'est un concept complexe. Parle-t-on de dangerosité physique, psychologique, sociale ou liée à la dépendance? On peut néanmoins conclure ceci, selon M. Fallu : les drogues illégales ne sont pas toutes plus dangereuses que les drogues légales, car la légalité repose surtout sur des facteurs politiques, historiques, économiques et culturels. De plus, après examen approfondi, plusieurs conséquences attribuées à la consommation paraissent factices, et semblent davantage liées à d'autres éléments.

Évaluation et effets des politiques

Il est difficile d'évaluer les politiques en matière de drogue, signale M. Fallu. D'abord, elles peuvent tarder à avoir un effet. Ensuite, les comparaisons internationales sont difficiles, car les effets d'une politique dans un pays ne seront pas nécessairement reproduits ailleurs. Il faut donc évaluer l'effet des politiques pour les réviser promptement, mais ces recherches évaluatives sont souvent sous-utilisées par les décideurs.

Parmi les conséquences des politiques sur les drogues, certaines sont intentionnellement positives. D'autres sont positives sans que cela soit intentionnel. Mais il y a surtout énormément d'effets négatifs non intentionnels, qui semblent nettement dépasser les effets positifs attribuables à la réduction de l'usage de drogue.

La prévention a des effets modestes, mais selon M. Fallu, on pourrait faire mieux, en ciblant davantage les interventions. Plusieurs interventions ont des effets mitigés, variables et parfois même iatrogène : le dépistage des drogues dans l'urine, les chiens renifleurs, les interventions dans les médias de masse, le contrôle de l'offre, le ciblage des précurseurs de substances.

M. Fallu signale que peu d'études sur l'efficacité des changements politiques s'attardent aux méfaits, aux marchés et aux répercussions chez les usagers. Il semble d'ailleurs y avoir très peu d'effets mesurables de la dissuasion : même si une substance est déclarée illégale, les bénéfices ne se manifestent pas clairement. En outre, il est parfois difficile de savoir si un effet bénéfique donné est vraiment dû à la prohibition ou plutôt à d'autres facteurs.

En général, les études montrent que ce sont dans les États qui ont décriminalisé qu'on a connu les augmentations de consommation les moins marquées. Il y a, somme toute, assez peu de liens entre les politiques et les profils de consommation.

Méfaits des politiques

Certains méfaits de la prohibition sont dus à la prohibition elle-même, d'autres à l'application des programmes, explique M. Fallu. Ces méfaits de la prohibition sont multiples : dossier criminel, altération des produits, usage non sécuritaire, évitement des traitements de santé, morbidité et mortalité, propagation du VIH et du VHC, réduction de la pertinence ou de la qualité de certaines interventions, etc.

Une corrélation claire peut être faite entre la prohibition et l'augmentation de la violence, mais un débat fait rage : la prohibition cause-t-elle la violence, ou est-ce plutôt l'inverse? Une chose est sûre, selon M. Fallu : une criminalité est générée par la prohibition. Ainsi, des sommes colossales, qui pourraient être économisées, sont investies dans la répression et consacrent indirectement des seigneurs de la drogue. Les méfaits ainsi causés sur l'économie provoquent une perte de confiance envers les institutions démocratiques. Et c'est sans parler des répercussions de la fabrication de certaines substances sur l'environnement.

Les méfaits cités ne sont pas tous reconnus largement, concède M. Fallu, qui ajoute cependant que même l'ONUDC reconnaît cinq méfaits majeurs de la prohibition : la création d'un marché criminel, le déplacement des politiques de la santé vers la justice, le déplacement géographique, la transition vers des substances moins contrôlables, et le changement dans la façon dont la population perçoit les usagers.

Causes et solutions

Pourquoi la prohibition ne peut-elle pas être plus efficace? Selon M. Fallu, c'est entre autres que l'usage de drogue est un comportement fondamentalement humain : le besoin de modifier l'état de conscience existe depuis la nuit des temps. Pour sa part, le clivage entre

les substances légales et illégales est boiteux, car l'usage de certaines drogues entraîne des bénéfices, ce qui rend la prohibition incohérente. Des difficultés importantes sont également associées au contrôle de certaines substances. Nos politiques, qui semblent plus irrationnelles que basées sur la recherche, montrent aussi les faiblesses fondamentales du système démocratique.

Pourquoi améliorer la santé des usagers de la drogue? C'est simplement la chose à faire, quand on a un peu d'humanité, selon M. Fallu. Il faut atteindre, selon lui, un équilibre : équilibre entre le contrôle et la déréglementation, entre les méfaits des substances et ceux des politiques, et surtout entre la santé publique et les droits individuels. Il faudrait aussi contrôler le marché de la drogue au lieu de le laisser au crime organisé.

M. Fallu conclut en reprenant les propos du Consortium international sur les politiques des drogues, qui déclare que ces politiques devraient être basées sur des données probantes, respecter les droits de l'homme, se concentrer sur la réduction des méfaits et viser l'inclusion sociale des marginaux, dans une relation et un dialogue ouverts avec la société civile.

Texte intégral de la conférence de monsieur Fallu

Avant de commencer, je dois dire que je milite depuis plusieurs années pour des modifications aux lois et aux pratiques en matière de toxicomanie. Cependant, j'ai tenté de faire un travail objectif et scientifique de recension des écrits sur les politiques, sans avoir la prétention d'être exhaustif.

Les objectifs de ce texte sont de situer rapidement les politiques, leurs fondements, leurs objectifs et les principales critiques faites à la prohibition, de connaître les limites des études évaluatives et les principales conclusions quant à l'efficacité des politiques, de connaître les effets pervers du cadre législatif actuel, et enfin d'évoquer des pistes d'action et de donner des solutions.

Comment définir rapidement les politiques sur les drogues? Ces politiques sont, pour certains, un système de lois, des mesures réglementaires, des priorités d'interventions et de financement. Elles ne se limitent donc pas aux actions explicites du gouvernement sur le plan des lois ou des programmes.

Les fondements des politiques? Moralité et religion, racisme et xénophobie, histoire et culture, mais surtout dangerosité. Le traité de 1971 repose, entre autres, sur un principe de dangerosité, pour la santé, pour la santé publique sur le plan de la toxicité, de l'abus et de la dépendance, de la violence et de la criminalité, des coûts, etc. Insistons aussi sur les coûts individuels et sociaux : selon qu'on prend une perspective individuelle ou sociale, cela peut changer certaines de nos opinions et de nos perspectives sur le sujet.

Les objectifs des politiques sont essentiellement de réduire l'usage (réduire particulièrement l'usage chez les jeunes parce qu'ils sont plus à risque), le trafic, l'abus, la dépendance et les méfaits. Je tiens à préciser qu'il est important de viser, dans les politiques, à la réduction des méfaits eux-mêmes, pas seulement la réduction de l'usage, parce que les méfaits ne sont pas expliqués entièrement par les profils d'usage. Il y a donc d'autres facteurs en jeu; c'est

pour cela qu'il faut aussi cibler les méfaits, et non pas seulement réduire l'usage en pensant, de manière déterministe, que cela va automatiquement réduire les méfaits.

Les critiques et remparts aux politiques, en bref, reposent sur trois types d'argumentaires. D'abord, les arguments « libertariens », de menace aux droits individuels, qui stipulent que la protection des individus contre eux-mêmes n'est pas une raison si valable, mais qu'il faut que les comportements nuisent significativement aux autres pour faire l'objet d'une interdiction, d'une sanction criminelle. De plus, selon ceux qui adoptent ces arguments, la très grande majorité des usagers ne posent pas problème à autrui, et les gouvernements devraient favoriser autant que possible l'autonomie des citoyens.

Ensuite, il y a des arguments d'incohérence et d'hypocrisie, entre autres quand on compare la dangerosité du cannabis à celle de l'alcool et du tabac (j'y reviendrai un peu plus loin), sans oublier l'exemple de « l'échec » de la prohibition d'alcool. Je mets *échec* entre guillemets, parce que, bien sûr, ce n'est ni tout blanc ni tout noir. Il y a eu des effets positifs, semble-t-il, de la prohibition : même si les méthodes de recherche sur le sujet sont assez limitées, il me semble qu'il y a eu une réduction de la consommation, une réduction des cirrhoses du foie. Mais si on parle d'échec, c'est surtout parce qu'il y a eu une criminalité importante, avec les Al Capone de ce monde, qui a produit des effets très pervers, lesquels ont outrepassé les effets positifs de cette prohibition.

Enfin, il y a les arguments « conséquentialistes » (les universitaires aiment bien inventer des mots), basés sur le fait que les coûts sociaux et économiques des politiques semblent dépasser largement les bénéfices de la réduction d'usage. Par exemple, ce type d'argument contre la prohibition pourrait avoir deux prémisses : la prohibition est un échec et ses conséquences sociales outrepassent les bénéfices.

J'ai parlé de la dangerosité, qui est un des piliers des traités internationaux. Pourtant, quand on examine de manière objective ce qu'est la dangerosité, on se rend compte que c'est un terrain mouvant, que c'est éminemment complexe selon qu'on regarde la dangerosité physique, psychologique, sociale, ou le risque de dépendance, la dangerosité pour l'individu, pour la société. Selon qu'on utilise ces différents critères, on peut arriver à des conclusions assez différentes. Cela dit, une conclusion qui en ressort, c'est que l'alcool et le tabac figurent souvent parmi les pires sur le plan de la dangerosité et qu'il y a très peu de rapports, finalement, entre la classification légale des drogues et leur dangerosité.

Il y a des drogues légales très dangereuses, il y a des drogues illégales très peu dangereuses; encore faut-il définir *dangerosité*. Et cette légalité ne repose pas tant sur des principes objectifs scientifiques et pharmacologiques, mais beaucoup plus sur des facteurs politiques, historiques, économiques et culturels. Il y a aussi le fait que la majorité des usages de la drogue sont non problématiques — heureusement, parce que, vu le nombre de personnes qui consomment des substances psychoactives et même illicites comme le cannabis, s'il fallait que la majorité des usages soient problématiques, on aurait de sérieux problèmes sociaux. Il y a même des usages bénéfiques qui existent.

Par conséquent, il y a dangerosité, oui, mais cela dépend pour qui, et cela dépend du moment. De plus, beaucoup de conséquences attribuées à la consommation paraissent factices quand on en fait un examen rigoureux, scientifique. Avec des études bien menées, on se rend compte qu'il y a beaucoup de conséquences attribuées à la consommation de substances qui sont beaucoup plus attribuables à des contextes, à des personnalités, à des problèmes de développement psychosociaux. Voilà donc pour la dangerosité.

Le document du Health Officers' Council of British Columbia, présente un modèle adapté d'un texte de Marks, qu'on peut qualifier de curvilinéaire entre différents régimes politiques. D'une part, la politique de prohibition pure et dure telle qu'on la connaît, par exemple aux États-Unis, et d'autre part la légalisation très libérale avec promotion de la substance un peu comme on a connu pour l'alcool et même le tabac sont toutes les deux associées à des conséquences négatives possibles pour la santé. Mais je crois personnellement que la prohibition a des conséquences négatives plus grave que la légalisation, tel que la violation des droits humains.

Il peut être compliqué de trouver la voie, en matière de politique. Les politiques publiques peuvent être informées par la science, mais ce n'est pas la science ou les scientifiques qui peuvent décider. C'est un processus qui doit être fait socialement, parce que la science est factuelle et que les problèmes (les conséquences des drogues) rejoignent d'abord et avant tout les valeurs de chaque personne : il y a des problèmes qui, pour certaines personnes, sont très importants, et le sont moins pour d'autres. Les problèmes vont donc prendre différentes importances d'une personne à l'autre et selon leurs valeurs.

Parlons maintenant de l'évaluation des politiques. Adoptons une vision un peu plus large que les cadres législatifs actuels, pour aller vraiment voir l'ensemble des politiques en matière de drogue. Il faut comprendre que l'évaluation est complexe, d'abord parce que c'est un terrain dynamique : les politiques en matière de drogue peuvent tarder à avoir un effet et cela change avec le temps. Il y a donc beaucoup de changements qui rendent l'évaluation complexe. Les comparaisons internationales aussi s'avèrent très compliquées, parce que les politiques implantées ailleurs peuvent ne pas fonctionner ici et *vice versa*, entre autres à cause des différences culturelles, politiques, géographiques et climatiques. Et les effets d'une politique peuvent ne pas être reproduits ailleurs. Cela semble dépendre de facteurs contextuels et de la mise en œuvre. Pour une même politique, si l'implantation est faite de manière différente, les résultats pourront être différents, même si les autres facteurs semblent équivalents. D'où l'importance d'évaluer l'effet des politiques qu'on met en œuvre pour les réviser promptement et périodiquement.

Les devis de recherche utilisés, en ce qui concerne l'évaluation des politiques à travers le monde, vont des études expérimentales avec randomisation jusqu'aux études qualitatives, en passant par les études quasi expérimentales ou à séries temporelles, les études pré-expérimentales et les protocoles à cas unique de type ABA. Évidemment, il est nécessaire que les recherches aient les devis les plus rigoureux possible. Et souvent, pour les politiques, il est très compliqué d'assigner aléatoirement des politiques à des pays par exemple; il y a donc très peu de recherches expérimentales mais on oublie souvent qu'il y a des évidences qui sont parfois évidentes et qui ne nécessite pas de recherche d'impact.

Les résultats des recherches évaluatives sont souvent sous-utilisés par les décideurs. Il faut aussi examiner le rapport entre les coûts et les bénéfices, ainsi que les avantages par rapport aux investissements, mais aussi par rapport à d'autres interventions qui ont les mêmes effets. Et les effets pervers sont fréquents.

Parmi les conséquences des politiques, il y en a des positives intentionnelles. D'autres sont positives mais non-intentionnelles. Ces dernières sont rares, mais il y a des exemples : traiter des personnes dépendantes qui vendent aussi de la drogue et qui n'en vendront plus; incarcérer des vendeurs qui abusent de drogue et qui n'en abuseront plus. Cela dit, il y a énormément d'effets négatifs non intentionnels. Enfin, il demeure souvent difficile de déterminer ce qui est intentionnel car il existe très rarement des documents détaillant les intentions derrière les politiques. De plus, des politiques qui n'ont rien à voir avec les drogues directement peuvent avoir des impacts, par exemple : davantage d'arrestations simplement parce que la police a un plus grand budget sans que ce soit intentionnel.

Intentionnel, ce n'est pas la même chose que prévisible. Si un politicien, pour des raisons éthiques ou morales, ne veut pas favoriser l'échange de seringues, il peut très bien savoir que cet échange va augmenter le taux de VIH; ici, on ne parle donc pas d'intention, mais de prévisibilité. Dans tout le domaine des sciences politiques, on s'intéresse aux effets intentionnels, mais dans le domaine des drogues, c'est très peu considéré. C'est le seul domaine où les choses se passent ainsi.

Les méfaits non intentionnels des politiques semblent vraiment varier beaucoup d'une personne à l'autre et d'une substance à l'autre. Mais ils semblent nettement outrepasser les effets positifs attribués à la réduction d'usage.

Parmi les types de politiques se retrouvent, mentionnons rapidement : la prohibition, beaucoup de contrôle de l'offre et d'application de la loi, relativement peu de traitements et encore beaucoup moins de promotion et de prévention ou de réduction des méfaits. Évidemment, d'autres politiques qui peuvent avoir des effets ne sont pas nécessairement des politiques en matière de drogue : les activités policières, les programmes de promotion de la santé comme l'approche École en santé, par exemple sont à considérer aussi.

La prévention est efficace, oui, mais il est possible de mieux faire et certains effets sont iatrogènes. Certains disent que les effets de la prévention sont modestes, mais ils peuvent être importants à long terme et provoquer de petits changements. Très peu d'interventions sont ciblées, beaucoup sont primaires et universelles, ce qui me fait penser qu'on juge sévèrement la prévention, car si elle était davantage ciblée et qu'elle visait davantage à réduire les méfaits, on aurait peut-être une tout autre conclusion, entre autres à propos de l'information qu'on donne aux gens. Parce que l'information sur les dangers des drogues n'a effectivement pas beaucoup d'effets, mais l'information sur la façon de réduire les méfaits et d'avoir une consommation responsable, elle, on a très peu d'information sur son impact.

Le dépistage de drogue dans l'urine chez les élèves et l'utilisation des chiens renifleurs n'ont pas prouvé leur efficacité, et cette intervention peut miner la relation avec les adultes. L'intervention dans les médias de masse, quant à elle, est très décevante et parfois iatrogène. Le marketing social, lui, semble efficace.

Parlons des services pour les consommateurs de drogue, de traitement et de la réduction des méfaits. Le traitement est assez efficace pour ceux qui en sont rendus à cette étape. L'efficacité du traitement de substitution aux opiacés est très bien documentée. Le traitement par antagonistes des opiacés est utilisé seulement si les participants y adhèrent, et très peu y adhèrent. L'échange de seringues semble positif, mais la rigueur des preuves est tout de même limitée (c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'étude expérimentale). Les sites de consommation supervisée semblent efficaces, mais il manque ici aussi d'études plus rigoureuses. Au niveau de l'analyse de substance ou l'approche *Information, éducation, communication*, c'est également encourageant, mais l'efficacité reste encore à démontrer.

Du point de vue du contrôle de l'offre, il en existe plusieurs types. C'est parfois efficace, par exemple en ce qui concerne le prix de l'alcool : on sait que le nombre de buveurs, les problèmes et l'usage répondent très bien au prix de l'alcool, dans une relation curvilinéaire; il ne faut pas trop monter les prix. Mais souvent, le contrôle dépend fortement des normes sociales : on a interdit le tabac, cela a fonctionné parce que la société était rendue là, mais si nous interdisons l'alcool demain matin, je crois que la chose ne passerait pas. Le contrôle de l'offre est aussi potentiellement plus efficace au début d'une tendance, mais quand la demande est très forte, il devient beaucoup moins efficace. S'en prendre aux précurseurs des substances a aussi démontré une certaine efficacité, mais les usagers se tournent vers d'autres substances, potentiellement plus toxiques. De plus, si on réduit l'usage, on réduit généralement les problèmes, mais en même temps, cela peut en générer d'autres, causés par la violence liée à l'acquisition des drogues. Et l'application de la loi est peu susceptible d'avoir des répercussions sur l'usage. Enfin, même les Pays-Bas, qui sont considérés comme étant assez libéraux en la matière, accordent 75 % de leur budget à l'application de la loi, ce qui rend le faible nombre d'études sur le sujet déplorable.

À propos de l'efficacité des changements politiques, on peut dire que la plupart des études portent sur l'adoucissement des peines, le passage de la prohibition avec peines criminelles aux peines civiles. La recherche porte surtout sur l'effet de dissuasion en général, l'effet particulier à ceux qui sont interpellés et l'effet néfaste sur les usagers appréhendés, mais porte très peu sur les méfaits, les marchés, les répercussions chez les usagers réguliers. Il y a tout de même peu d'études publiées quant aux effets de dissuasion. Dès lors qu'une substance est déclarée illégale, même si on intensifie l'application de la loi, on ne peut pas avoir tant de bénéfices. Des exemples récents montrent qu'avec des individus en probation, aux États-Unis, on teste l'urine et s'il y a eu bris de probation (consommation), la conséquence est d'aller ou de retourner en prison. Et il semble que l'application systématique de cette sanction, fonctionne (réduction des bris de probation). Selon les défenseurs de la prohibition, si les drogues n'étaient pas prohibées, ce serait pire encore; ils appuient cela, entre autres, sur le fait que la consommation d'alcool et de tabac semble plus stable, et celle de cannabis plus transitoire, mais c'est peut-être dû au potentiel de dépendance associé à l'alcool et au tabac, qui est beaucoup plus grand, et au fait que les

interventions de décriminalisation n'ont pas eu beaucoup de conséquences sur la diminution de l'usage. Il est donc difficile de trancher.

On parle aussi d'incapacité légale : quand les gens sont incarcérés, ils ne peuvent plus consommer. Par contre, les prisonniers ont accès à des drogues en prison, et il y a toujours, là aussi, les effets non intentionnels. D'ailleurs, c'est une chose qui me fascine, qu'il y ait des drogues dans les prisons. Si on a de la difficulté à empêcher la drogue de circuler dans les prisons, je me demande comment on pourrait y arriver dans notre société. Il ne semble pas y avoir de lien entre le taux d'arrestations et l'usage; pas de lien, voire même un lien inverse entre les sommes d'argent investies en répression aux États-Unis et les multiples indicateurs de consommation et de problèmes. Le traitement imposé a aussi des résultats mixtes : il semble fonctionner avec de nouveaux consommateurs, mais moins avec des contrevenants plus âgés. Par ailleurs, suite à la décriminalisation, les meilleures études n'ont généralement pas trouvé d'augmentation de la consommation dans la population en général et chez les jeunes, et s'il y en avait une, elle était très petite. Mais on ne sait pas ce qui en serait pour des changements plus draconiens dans les politiques. Aussi, les États qui ont décriminalisé, aux États-Unis, ont généralement connu les augmentations de consommation les moins marquées. Dans les cas où on a vu des augmentations, c'était comparable à d'autres endroits où il n'y avait pas eu de changements politiques. Il y a donc, somme toute, assez peu de liens entre les politiques et les profils de consommation. Ce sont les facteurs sociaux, économiques et culturels qui sont plus susceptibles d'avoir de l'influence.

L'effet de la légalisation *de facto* sur l'usage est toujours débattu dans le milieu scientifique mais cela semble réduire le risque associé à des peines criminelles, qui sont quand même assez majeures, et semble séparer les marchés du cannabis et des autres drogues. Cet effet est moins marqué pour les jeunes, cependant, à cause des restrictions d'âge.

Certains méfaits de la prohibition sont dus à la prohibition elle-même, d'autres à l'application des programmes. Par exemple, la prohibition empêche les gouvernements d'avoir une assurance sur la qualité des produits, d'exiger des étiquettes, des emballages sur les produits. Certaines politiques complémentaires peuvent toutefois atténuer les méfaits de la prohibition. L'approbation de l'analyse des drogues de synthèse par le gouvernement néerlandais en est un exemple.

Les méfaits de la prohibition sont multiples. En voici une liste. Les astérisques désignent les méfaits qui sont le mieux documentés :

- conséquences néfastes d'avoir un dossier criminel*;
- adultération des produits*;
- contextes non sécuritaires d'usage*;
- évitement des services de santé et de traitement, par peur d'être stigmatisé*;
- même chose en milieu carcéral, où l'on trouve pourtant une surreprésentation de personnes qui ont des besoins*;

- morbidité et mortalité causées par un remplacement de substances* : des substances plus toxiques prennent la place d'autres substances, ce qui a très bien été documenté dans plusieurs cas;
- propagation de la transmission du VIH et du VHC*.

Moins bien documentée mais semble-t-il important :

- modes d'administration plus risqués;
- intoxications, surdoses;
- restriction de l'usage médical pour la marijuana en particulier.

À propos des méfaits sur la sécurité des populations, à propos de la violence, la corrélation est très bien documentée. Cependant, il y a actuellement un débat dans la littérature scientifique : y a-t-il plus de violence parce qu'il y a plus de prohibition et de répression, ou y a-t-il plutôt plus de répression parce qu'il y a plus de violence? Par ailleurs, ce qui est assez bien documenté, c'est qu'une criminalité est générée par la prohibition à cause du contrôle des marchés, du trafic, des problèmes d'approvisionnement. Cela crée aussi des superpuissances criminelles qui ne se gênent pas pour étendre leurs activités à plusieurs autres secteurs de la vie sociale, et il y a moins de fonds disponibles pour d'autres services de prévention.

Par ailleurs, dans le domaine de l'économie et de la démocratie, on parle beaucoup de la perte de revenus de la vente et de la taxation au profit du crime organisé. Cet argument est souvent contré par des gens qui font parfois une comparaison avec la pédophilie en disant : « Tant qu'à y être, légalisons la pédophilie! » Mais on ne peut pas comparer le cannabis et les enfants. Le cannabis n'a pas d'émotions. Je pense donc que cet argument est assez loufoque, même si certains scientifiques l'avancent.

Des sommes colossales investies dans la répression pourraient être économisées, et ces sommes consacrent aussi des seigneurs de la drogue qui sont à même de déstabiliser les économies licites mondiales. On le voit ici, on le voit ailleurs, on le voit en Afghanistan, et c'est évidemment un problème majeur : celui de la corruption. Corruption des policiers, des politiciens, et même manipulation des appareils politiques. On en a entendu parler récemment, avec toutes ces allégations de corruption près de chez nous.

Il y a aussi le fait qu'on crée des criminels à cause du simple fait qu'ils choisissent de consommer une substance plutôt qu'une autre, à cause de l'emprisonnement pour des comportements qui n'ont pas causé de problèmes à autrui et par des violations systématiques des droits de la personne. Par exemple, aux États-Unis, on parle d'un racisme institutionnalisé dans le traitement des contrevenants en matière de drogue. Les Afro-Américains comptent pour 56 % des Américains incarcérés pour une affaire de drogue, alors qu'ils représentent seulement 14 % des consommateurs.

Les méfaits sur l'économie causent une perte de confiance envers les institutions démocratiques. La crédibilité des autorités politiques en souffre et il y a des effets environnementaux : fumigation, rejet de substances toxiques des laboratoires clandestins, pour fabriquer la méthamphétamine par exemple.

Évidemment, ces méfaits ne sont pas tous aussi bien reconnus, mais même l'ONUDC en reconnaît cinq majeurs :

- création d'un marché criminel;
- déplacement des politiques de la santé vers la justice;
- déplacement géographique;
- déplacement des types de substances vers des substances moins contrôlables;
- changement dans la façon dont on perçoit les usagers et dont on agit avec eux.

Alors, pourquoi la prohibition ne peut-elle pas vraiment faire mieux? À mon avis, il y a plusieurs raisons. Parmi celles-ci : l'usage de drogue est un comportement fondamentalement humain. Les besoins de modifier l'état de conscience existent depuis le début des temps et il y a une forte demande. Par conséquent, quand il y a une demande, il y a une offre, peu importe les sanctions, car certains n'ont rien à perdre. Il y a aussi un clivage boiteux entre les substances légales et illégales; les bénéfices de l'usage de certaines drogues existent, et la prohibition est donc incohérente dans ce sens. De plus, des difficultés importantes sont associées au contrôle de certaines substances. Beaucoup d'autres raisons sont possibles.

Nos politiques, financièrement, scientifiquement et socialement irrationnelles représentent plus qu'un manque de correspondance entre la recherche et les politiques. Elles semblent être une preuve des faiblesses fondamentales de notre système démocratique, ce qui est assez décevant.

Dans plusieurs cas, il faut insister sur les raisons pour lesquelles on doit améliorer la santé des usagers de drogue. La réponse, pour quiconque possède une once d'humanité, est simplement que c'est la chose à faire. Est-ce si utopique?

Les solutions :

- un équilibre entre le contrôle et la déréglementation, avec des outils pour créer des politiques basées sur des données probantes;
- un équilibre entre les méfaits occasionnés par les substances et par les politiques;
- un équilibre entre les impératifs de santé publique et les droits individuels. C'est là, je pense, que se situe l'enjeu majeur;
- un contrôle de la production, et peut-être de la distribution, de la vente et de la possession, plutôt que de laisser ces éléments au crime organisé.

M. Fallu conclut en reprenant les propos du Consortium international sur les politiques des drogues, qui déclare que ces politiques devraient être basées sur des données probantes, respecter les droits de l'homme, se concentrer sur la réduction des méfaits et viser l'inclusion sociale des marginaux, dans une relation et un dialogue ouverts avec la société civile.

5 LES ENJEUX ÉCONOMIQUES ET GÉOPOLITIQUES DU CADRE LÉGISLATIF ACTUEL

Conférencier

Guillermo Aureano, chargé de cours et coordonnateur des stages
Département de science politique
Université de Montréal

Résumé de la conférence

Lors de sa présentation, Guillermo Aureano fait un portrait des enjeux économiques et géopolitiques découlant des ententes internationales sur les drogues.

Les législations nationales et les traités internationaux de lutte contre la drogue

Les législations nationales de la plupart des pays de la planète ont pour modèles les traités internationaux. Des trois traités internationaux existants, M. Aureano se penche surtout sur la Convention de Vienne. D'une grande importance, cette convention incite les gouvernements à adopter certaines mesures très radicales en matière de répression du trafic et de la consommation de drogue, mais également des méthodes d'enquête très controversées.

Avant de poursuivre, il a tenu à préciser que le cadre onusien de lutte contre la drogue ne considère comme légitime qu'un seul principe, la prohibition, et qu'une seule stratégie, la répression. De plus, ce cadre législatif ne comporte aucune mesure d'évaluation des politiques et de leurs effets. Et les tentatives d'établir un système d'évaluation tant des effets positifs que des effets contre-productifs, en 1998 comme en 2009, ont échoué.

Les enjeux économiques

Les enjeux économiques liés à la lutte contre la drogue sont très anciens. Ils ont présidé à la formulation des traités onusiens et contribuent maintenant à les maintenir de façon inébranlable. Il y a deux enjeux majeurs, indique M. Aureano.

Le premier concerne les *intérêts commerciaux des grandes puissances*. Du temps de la colonisation, les grandes puissances européennes tiraient une partie substantielle de leur assiette fiscale du commerce des produits du cannabis ou de l'opium. C'est au moment de la décolonisation, dans les années 1950, qu'un système international de régulation des drogues a pu voir le jour. En effet, les grandes puissances européennes, telles l'Angleterre, la France et la Hollande, n'avaient alors plus rien à perdre et ont accepté la poussée américaine pour établir un système véritablement international.

Le deuxième enjeu majeur concerne les *intérêts corporatifs des médecins*. Depuis la deuxième moitié du 19^e siècle, les médecins ont insisté pour avoir le monopole de la prescription. La professionnalisation de la médecine est allée de pair avec ce monopole de la prescription. Pour parvenir à leurs fins, les médecins ont profité des mouvements moraux tels que les ligues anti-opium et de tempérance. Par le monopole de la prescription, les médecins garantissaient qu'ils allaient en finir avec les abus de drogue. L'obtention du

monopole de la prescription par les médecins a accompagné les préjugés raciaux, l'hygiénisme et le colonialisme. En effet, l'homme blanc avait pour tâche d'amener l'abstinence, la médecine et l'hygiénisme, une responsabilité décrite à l'époque comme étant une « œuvre civilisatrice incontournable ».

À cela s'ajoute le fait que les services secrets de pays comme la France et les États-Unis se sont servis du trafic illicite de drogue pour financer des opérations qui n'étaient pas autorisées par leur gouvernement respectif.

Ainsi, de nombreux intérêts économiques permettent que le système perdure au niveau international, résume M. Aureano.

Les enjeux géopolitiques

Deux principaux enjeux permettent de comprendre les intérêts entourant les traités onusiens qui, malgré les effets dévastateurs qu'ils ont sur la planète, sont inébranlables, insiste M. Aureano.

L'*identification de l'ennemi* est le premier enjeu. Les traités antidrogue internationaux et les lois nationales permettent en effet d'identifier des comportements jugés indésirables ainsi que des « ennemis », soit les auteurs de ces comportements. Comptent au nombre de ces « ennemis » l'ensemble des acteurs allant du toxicomane au blanchisseur d'argent, auxquels s'ajoutent les cartels de la drogue, qui par ailleurs n'existent pas, précise M. Aureano. En effet, un cartel signifie, dans le langage de l'économie, qu'une ou des organisations très puissantes s'entendent pour fixer les prix. Autrement dit, que le marché est contrôlé par un nombre restreint d'acteurs, ce qui n'est pas le cas du marché de la drogue. En effet, ce marché clandestin, qui fonctionne moyennant la violence et la corruption, implique un nombre élevé d'acteurs, qui utilisent des stratégies semblables certes, mais non concertées. L'identification de ces « ennemis » a permis toutes sortes d'instrumentalisations et d'interventions sur la scène internationale, pouvant aller jusqu'à l'invasion de certains territoires.

Le deuxième enjeu est le *blocage de toutes réformes libérales*, autrement dit de toutes réformes n'allant pas dans le sens d'un renforcement de la prohibition. L'ONU voit dans la prohibition la raison de sa survie, d'où le blocage. Défendu bec et ongles, ce système est donc extrêmement difficile à changer. Toute réforme qui tient compte des effets contre-productifs de la prohibition est systématiquement bloquée. À cela s'ajoute la pression exercée pour que rien ne bouge par les États-Unis sur l'ONU et sur chaque pays, dont le Canada, qui cherche à réformer son régime antidrogue. Les États-Unis sont d'ailleurs le seul pays à faire de la diplomatie antidrogue une composante essentielle de sa politique étrangère. Les pays qui ont réalisé des réformes, comme la Suisse, le Portugal et la Hollande, sont constamment harcelés et incités à revenir en arrière.

La logique prohibitionniste

Pourquoi les États-Unis et l'ONU s'opposent-ils à toute mesure visant une certaine libéralisation? s'interroge M. Aureano. Les exemples que sont Insite, le site d'injection supervisée de Vancouver, les centres de distribution médicale de la marijuana, la

libéralisation de la possession simple supposent que le consommateur peut avoir des comportements rationnels, ce qui est extrêmement déroutant pour un prohibitionniste. En effet, pour un prohibitionniste, le consommateur ne peut jamais avoir de comportements responsables et rationnels. Tous les efforts faits au plan diplomatique visent à empêcher les contre-exemples à la logique prohibitionniste, comme la mise en évidence de l'existence d'un consommateur rationnel et responsable. L'abstinence comme seul modèle de salut envisageable est une invention tout à fait récente de l'humanité.

Des réflexions personnelles

M. Aureano termine son exposé sur quelques réflexions générales, d'abord en affirmant que la guerre contre la drogue n'existe pas et n'a jamais existé. En effet, la drogue est un objet inerte qui n'a pas la volonté d'asservir les êtres humains, de les rendre esclaves. On ne peut donc pas lui faire la guerre. C'est plutôt une lutte contre certains acteurs de cette guerre. Ceux qui en pâtissent sont les petits acteurs qu'on ne voit pas, soit les cultivateurs et les usagers les plus pauvres et les plus défavorisés au plan social.

La guerre contre la drogue a été créée par les politiciens, les médecins et les ligues de tempérance qui ont trouvé, à partir de la deuxième moitié du 19^e siècle, une cause commune pour défendre des intérêts particuliers et corporatifs. Cette guerre contre la drogue charrie des préjugés très anciens, comme le fait que l'abstinence est le seul modèle de salut acceptable. Faire des réformes implique de faire face à ces préjugés, ainsi qu'aux différents enjeux économiques et géopolitiques liés aux drogues.

Finalement, la guerre contre la drogue n'a pas été déclenchée pour être gagnée, mais pour être rallumée et prolongée sans cesse. Tout le monde sait, même le plus farouche des prohibitionnistes, que gagner cette guerre est une utopie. Les prohibitionnistes affichent un but, la victoire, tout en sachant qu'il est impossible à atteindre. Le vrai but pour les prohibitionnistes est que cette guerre continue, et c'est précisément cela qui la rend extrêmement difficile à terminer, sans compter que la prohibition nourrit le marché noir et entretient les peurs qui justifient sa poursuite, conclut M. Aureano.

Texte intégral de la conférence de monsieur Aureano

Parlons d'économie, et surtout de géopolitiques. Éloignons-nous donc des pratiques locales, même des pratiques fédérales dans le cas du Canada, pour avoir un panorama plus global, plus large. On m'a demandé de traiter des enjeux économiques et géopolitiques des ententes internationales sur les drogues.

Je ne fournirai aucune donnée et ne ferai pas d'analyse sur le caractère arbitraire du classement des drogues à l'international dans les trois traités¹ existants. Le troisième traité, qui est d'une très grande importance et qu'on oublie souvent, ne classe pas les substances, mais incite les gouvernements à adopter certaines mesures très radicales en matière de répression du trafic et de la consommation de drogue. De plus, chose capitale, il incite à adopter des méthodes d'enquête très controversées, des méthodes d'enquête qui puisent notamment leur inspiration aux États-Unis, qui sont d'ailleurs couramment utilisées là-bas, et

1. Pour les deux premiers traités, voir le texte du sénateur Pierre-Claude Nolin.

qui sont devenues, aujourd'hui, internationales grâce, en très grande partie, à cette dernière convention dites Convention de Vienne.

Soulignons-le cependant, que le cadre onusien de lutte contre la drogue ne considère comme légitime qu'un seul principe, la prohibition, et qu'une seule stratégie, la répression. Il n'y a, dans ce cadre législatif, aucune mesure d'évaluation des politiques et de leurs effets. De plus, toutes les réunions internationales et les tentatives en vue d'établir un système d'évaluation autant des effets positifs que des effets contre-productifs ont échoué. Aussi bien en 1998 qu'en 2009, l'ONU s'est bien arrangée pour qu'échouent tous les efforts visant à ce que les politiques antidroque onusiennes soient évaluées.

Par conséquent, les législations nationales de pratiquement tous les pays de la planète sont copiées de ces traités internationaux, qui ont été ratifiés par une quantité invraisemblable de pays, une majorité tout à fait étonnante. On dirait que signer et ratifier ces traités équivaut à entrer en religion, car aucune mesure d'évaluation ni de dénonciation partielle n'existe, quoiqu'il y a eu des dénonciations partielles très timides et qui sont toujours à l'étude, comme celle de la Bolivie, toute récente, dont on a entendu parler.

Les enjeux économiques ont présidé à la formulation des traités onusiens et ont également contribué, en quelque sorte, à les maintenir de façon inébranlable. Rappelons-le, ces enjeux économiques sont très anciens. Abordons-les un instant.

Il y a deux enjeux économiques majeurs : le premier est constitué des intérêts commerciaux des grandes puissances. Un système international de contrôle des drogues n'a pas été possible avant le moment où les puissances européennes ont perdu leurs colonies, des colonies dont elles tiraient une partie substantielle de leur assiette fiscale, entre autres grâce au commerce des produits du cannabis ou de l'opium. Ce n'est donc qu'au moment de la décolonisation, dans les années 1950, qu'un système vraiment international de régulation des drogues a pu voir le jour. À ce moment-là, l'Angleterre, la France et la Hollande n'avaient plus rien à perdre et ont accepté cette impulsion américaine visant à établir un système international.

L'autre grand intérêt économique, bien connu, réside dans les intérêts corporatifs des médecins, qui ont énormément insisté, depuis la deuxième moitié du XIX^e siècle, pour avoir, en quelque sorte, le monopole de la prescription. La professionnalisation de la médecine est allée de pair avec ce monopole de la prescription. Pour parvenir à leurs fins, les médecins ont profité des mouvements moraux, par exemple des ligues anti-opium ou des ligues de tempérance; ils ont tiré profit de cette mouvance sociale pour obtenir ce monopole, les médecins garantissant que le monopole de la prescription allait mettre un terme aux abus de ces substances, abus qui semblaient très problématiques.

Aujourd'hui, que les médecins fassent les prescriptions est une idée largement acceptée, qui va de soi, mais elle ne l'était pas à l'époque. Soulignons également que ce monopole de la prescription est venu, j'insiste, avec des préjugés raciaux très importants, liés à l'hygiénisme, mais également au colonialisme. Cela faisait partie de la tâche, de la responsabilité de l'homme blanc : amener l'abstinence, la médecine et l'hygiénisme était, comme le disaient

les responsables américains de l'époque, « une œuvre civilisatrice incontournable ». Aujourd'hui, la rectitude politique nous fait quelque peu oublier ces origines, qui ne sont pas du tout reluisantes. Mais voilà ce que sont exactement les origines du monopole dont disposent les médecins pour la prescription des molécules de la drogue, qui posaient problème, car elles étaient consommées de façon traditionnelle ou récréative par des peuples lointains des puissances de l'époque.

Il y a également des intérêts économiques qui ne sont pas très avouables. Les services secrets de différents pays, comme la France et les États-Unis, se sont servi du trafic illicite de drogue pour financer des opérations qui n'étaient pas autorisées par leur gouvernement. C'est une très longue histoire, et ce ne sont pas les exemples qui manquent. De nombreux intérêts économiques permettent donc que le système perdure au niveau international.

Deux enjeux géopolitiques majeurs nous permettent de comprendre les intérêts qui gravitent autour de ces traités onusiens qui, malgré les effets dévastateurs qu'ils ont eus sur la planète, demeurent, comme je l'ai dit, inébranlables. Le premier enjeu est l'identification d'un ennemi. Enjeu abstrait que je vais sous peu expliquer, mais le deuxième enjeu géopolitique important, tout à fait à l'opposé, est le blocage de toute réforme libérale, de toute réforme n'allant pas dans le sens d'un renforcement de la prohibition.

Voyons de plus près ce qu'implique l'identification d'un ennemi. Les traités antidrogues internationaux et les lois nationales permettent de cibler des comportements jugés indésirables et les personnes qui ont ces comportements. Cela va du toxicomane et de l'expérimentateur jusqu'au blanchisseur d'argent. L'identification de nombreux ennemis a permis toutes sortes d'instrumentalisations et d'interventions sur la chaîne internationale, allant jusqu'à l'invasion de certains territoires. C'est par exemple la préoccupation pour le blanchiment d'argent et le trafic de drogue qui a justifié l'invasion — aujourd'hui largement oubliée, mais pas si lointaine — du Panama par les États-Unis en 1989. Les États-Unis ont voulu déposer un président, Noriega, qui était depuis 1955 payé par la CIA. On parle donc d'enjeux géopolitiques extrêmement complexes.

Les cas d'instrumentalisation des traités antidrogué et des ennemis qu'on a cherché à définir sont très nombreux. De la même façon, les traités et les lois antidrogues permettent d'identifier des ennemis qui n'existent pas, comme les cartels de la drogue. Certains ont peut-être cru très longtemps que ces cartels existent, mais il faut le dire : ils n'existent pas.

Le mot *cartel* signifie, dans le langage de l'économie, qu'une ou plusieurs organisations très puissantes s'entendent pour fixer les prix. Cela laisse entendre que le marché de la drogue, de l'ensemencement des champs jusqu'à la distribution au détail, est dirigé par un très petit nombre d'acteurs. Rien n'est plus faux! Le marché de la drogue est clandestin et est soumis aux pressions les plus variées. Il fonctionne par la violence et la corruption, soit, mais il y a un nombre incroyable d'acteurs qui agissent tous de façon égoïste et dont les stratégies se ressemblent, se rejoignent. Mais il n'y a pas de concept préalable commun, il n'y a pas de cartellisation. Il est fort révélateur qu'on parle en même temps de cartel, donc de monopole, et des guerres de cartels; c'est un non-sens total, car une économie cartellisée est faite pour éviter la guerre, notamment la guerre des prix.

Mais il y a d'autres ennemis, dont les traités et les pratiques autour de ces traités internationaux n'ont pas cessé de souligner l'existence; ils s'effritent au fil du temps, parce qu'ils n'ont pas une réalité, un référent solide : les narcoterroristes, les narco-États, etc. On pourrait revenir sur chacun d'entre eux pour parler de façon plus détaillée de leur histoire, qui est riche en illustrations.

Disons maintenant un mot sur l'autre enjeu géopolitique de taille. Il se situe justement à un niveau international, et non pas national : le blocage de toutes les réformes. Des études poussées ont été menées par des chercheurs américains, espagnols et britanniques, pour savoir pourquoi il était impossible de réformer le système onusien de lutte antidrogue même si les effets contre-productifs sont si importants. Ces traités antidrogue ont mené à l'ostracisme de minorités (un tiers des gens, dans certains pays), ont plongé des paysans dans la misère, ont favorisé la corruption, ont favorisé les discréditations de la justice dans un très grand nombre de pays, ainsi que la création de polices avec des prérogatives absolument inusitées. Ce n'est pas sans raison que la loi antidrogue est, dans la plupart des pays comme au Canada, un cas particulier dans le droit pénal, avec une prérogative rien de moins qu'extrême. Une des explications, c'est que l'appareil onusien est extrêmement complexe, en ce qui concerne les dispositifs antidrogue : il y a les institutions spécialisées, les institutions connexes, les relais régionaux, des relais par sujets, entre autres.

Une chose qui bloque toute réforme, c'est l'existence d'une bureaucratie déjà consolidée, qui voit dans la prohibition la raison de sa survie. Ce système est défendu bec et ongles et extrêmement difficile à changer. Les seuls changements qu'on pourrait, ici, signaler, c'est que dans la question des drogues, les dirigeants des organismes onusiens tentent toujours d'embrasser plus large et d'englober plus de thématiques : la traite des personnes, la traite d'armes, la corruption, le crime organisé. Cela a quand même des répercussions positives, en permettant de mettre en commun les études et les rapports sur des marchés noirs qui fonctionnent de façon tout à fait différente, mais cela permet aussi à l'ONU de créer des amalgames qui nous mettent devant une menace qui semble d'autant plus diffuse qu'elle est confuse et tentaculaire.

Les réformes tenant compte des effets contre-productifs de la lutte antidrogue sont ainsi systématiquement bloquées. Les organisations non gouvernementales sont invitées à l'ONU dans la mesure où elles vont répéter le credo de la prohibition et de la répression. Pour les autres, le blocage est pratiquement total. Elles peuvent être invitées à déposer des rapports, par exemple, mais elles n'ont aucune influence.

Mais le problème, ce n'est pas seulement la bureaucratie onusienne. Sans vouloir faire de l'antiaméricanisme primaire, il faut dire qu'un autre élément important est constitué des pressions exercées par les États-Unis sur l'ONU pour que rien ne bouge. Les États-Unis n'exercent pas ces pressions seulement sur les organisations onusiennes, mais également sur chaque pays qui songe à se réformer moindrement dans le sens d'une libéralisation de son régime antidrogue.

Le Canada a fait deux expériences qui méritent d'être soulignées ici. La première, c'est la déroute d'un projet de loi visant la décriminalisation de la possession simple de marijuana. Il y a eu des déclarations qui pouvaient être assimilées à des intimidations, qui manifestaient des peurs absolument insensées, qui mélangeaient absolument tout. On pourrait citer des déclarations incroyables, comme celle d'un représentant antidrogue américain qui disait : « Nous n'avons pas le choix! Les États-Unis devront fermer la frontière si l'usage de la marijuana était libéralisé ou géré différemment au Canada ».

Par ailleurs, la Maison-Blanche n'a pas hésité à faire pression de façon indirecte sur le gouvernement de Jean Chrétien en accusant le Canada, par exemple, d'être le paradis de la production de pseudo éphédrine, une drogue qui n'a jamais inquiété parce que sa production n'est pas importante. Mais que cette drogue soit mentionnée dans un rapport fait par les États-Unis et présenté par le président des États-Unis au Congrès, a mis le Canada dans l'embarras. À l'époque, le ministre des Affaires étrangères Lloyd Axworthy a répondu très fermement : « Cependant, il faut le reconnaître, ce sont les rapaces de la Maison-Blanche ».

La pression américaine a également été très forte sur un autre projet, malheureusement oublié depuis longtemps, de la diplomatie canadienne. Le Canada, en entrant dans la communauté interaméricaine, a voulu se démarquer et en profiter pour changer le type de coopération entre les pays des Amériques, une coopération qui était très marquée par la puissance unilatérale des États-Unis. Le Canada voulait un système de coopération vraiment multilatéral, avec un système d'évaluation très objectif, très intéressant. J'ai participé aux travaux d'un comité qui a été mis sur pied pour évaluer les effets, d'un point de vue beaucoup plus objectif et scientifique, des traités antidrogue en vigueur. Les États-Unis se sont opposés et ont eu des réactions similaires, mélangeant intimidation et déclarations fracassantes.

La diplomatie américaine en matière de drogue est très efficace, et les États-Unis — on peut le dire, je le répète, sans tomber dans l'antiaméricanisme primaire — est le seul pays sur la planète qui a fait de la diplomatie antidrogue une composante essentielle de sa politique étrangère. Aucun autre pays sur la planète n'a les ressources matérielles ni les ressources symboliques pour contrer cette puissance américaine, autant dans les enceintes internationales (où les États-Unis prévalent très largement) que dans les relations bilatérales. La situation est extrêmement difficile, et les pays qui ont fait des réformes comme la Suisse, la Hollande et le Portugal sont constamment harcelés et incités à revenir en arrière.

Ce n'est pas différent au Canada. On s'en rend compte si on lit les rapports américains ou onusiens, car tout ce beau monde se parle et défend les mêmes lois. Dans le dernier rapport du président des États-Unis au Congrès, dans le dernier rapport onusien sur le Canada, on demande au Canada de ne pas distribuer les outils nécessaires pour consommer du crack de façon sécuritaire. On demande aussi de fermer le site d'injection supervisée Insite à Vancouver. Pourquoi ces demandes?

La réponse est une autre clef pour comprendre pourquoi les États-Unis et l'ONU s'opposent à toute mesure visant une certaine libéralisation. C'est que les sites comme Insite, les centres de distribution médicale de la marijuana, et la décriminalisation de la possession

simple supposent que le consommateur peut avoir des comportements rationnels. C'est là la clef. Pour un prohibitionniste, le consommateur de drogue ne peut jamais avoir des comportements responsables et rationnels. Constaté qu'un consommateur de marijuana ne devient pas un obsédé sexuel ni un délinquant, est extrêmement déroutant pour un prohibitionniste.

De nombreux efforts se font donc pour empêcher ces exemples de désobéissance, pour empêcher ces contre-exemples à la logique prohibitionniste de la perte de contrôle qu'entraîne nécessairement la consommation de drogue. Voilà ce qu'on ne veut pas laisser apparaître : le fait qu'il y a des héroïnomanes, par exemple, qui contrôlent parfaitement leur consommation. Comme l'humanité l'a fait avec les opiacés pendant plus de 3 000 ans. Le désir d'abstinence, le modèle d'abstinence, considéré comme seul modèle de salut envisageable, est une invention tout à fait récente dans l'histoire de l'humanité. Les empereurs romains, même la reine Victoria, consommaient des quantités importantes d'opium et d'opiacés. On sait que la reine Victoria consommait, d'ailleurs, beaucoup de marijuana quand elle avait des crampes menstruelles. Et pourtant, on ne lui a pas enlevé sa couronne.

Je crois qu'il y a là une clef, pour comprendre cette opposition américaine très forte, à laquelle les responsables de la santé du Québec devront sûrement faire face. En ce moment, cette opposition n'est pas seulement située aux États-Unis, mais également au gouvernement fédéral du Canada, et peut-être chez certains éléments du gouvernement provincial.

Passons à quelques réflexions générales, pour dire que la guerre contre la drogue n'existe pas. Elle n'a jamais existé. La drogue est un objet inerte. La drogue est un objet qui n'a pas la volonté d'asservir les êtres humains, de les rendre esclaves. Même si les gouvernements s'affairent à faire brûler de la drogue un peu partout, bien sûr en présence des caméras, ce n'est pas une guerre contre la drogue.

Le premier front de la prétendue guerre contre la drogue est composé de deux types d'acteurs, qui sont ceux qui subissent la pire partie de cette guerre contre la drogue et les pires effets contreproductifs. On ne les voit pas, mais ce sont, en premier lieu, les paysans des pays cultivateurs des plantes maîtresses. La deuxième classe d'acteurs défavorisés, ce sont bien sûr, partout sur la planète, dans des pays développés ou pas, les consommateurs de drogue les plus pauvres, ceux qui cumulent un nombre incalculable de handicaps sociaux. Pour les consommateurs plus riches, c'est une autre chanson, parce que même dans les pays développés, il y a des classes sociales.

La guerre contre la drogue n'a pas été déclenchée par le président Nixon en 1971. Prétendre cela, c'est adopter une vision absolument réductrice de l'Histoire. La guerre contre la drogue est beaucoup plus vieille et elle découle du travail acharné des ligues de tempérance, des médecins et des politiciens qui ont trouvé dans cette guerre, à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle, une cause commune pour défendre des intérêts particuliers et corporatifs.

Cette guerre contre la drogue charrie des préjugés très anciens. Ceux qui veulent faire des réformes doivent faire face à ces préjugés, comme l'idée selon laquelle l'abstinence est le seul salut acceptable.

Cette guerre contre la drogue, qui n'est pas contre la drogue mais contre certains acteurs du marché de la drogue, entraîne également des enjeux géopolitiques complexes auxquels même les personnes en santé doivent faire face. Parce que derrière toute intervention contre les drogues, de la plus petite à la plus importante, de l'intervention faite sur une personne classée comme toxicomane à l'intervention dans un pays par une puissance étrangère, qu'il s'agisse d'un trafiquant en Afghanistan ou d'un toxicomane ghettoïsé dans un pays prospère, le but, au fond, est toujours de sauver l'humanité d'un mal en oubliant que pendant des millénaires, les humains ont consommé sans trop de problèmes sociaux ni sanitaires ces mêmes substances ou des substances similaires. Partout, ce qu'on cherche, en réalité, c'est de se débarrasser d'acteurs ennemis qu'il faut éliminer, rééduquer ou sauver, c'est selon, d'après différentes perspectives, différentes manières de voir.

Rappelons en terminant que la guerre contre la drogue, contrairement à toutes les autres guerres connues, n'a pas été déclenchée pour être gagnée, pour mener à la victoire. Le but officiel serait l'abstinence totale. Mais tout le monde sait, même le plus farouche des prohibitionnistes, que c'est une utopie. La clef pour comprendre cela, car les prohibitionnistes ne sont pas fous, c'est que la guerre contre la drogue n'a pas été déclenchée pour être gagnée, mais pour être entretenue et prolongée sans cesse. Il faut également comprendre cette logique des prohibitionnistes : ils clament que le but est la victoire, tout en sachant que c'est impossible parce qu'en fait, le vrai but, c'est que la guerre continue. Et c'est ce qui la rend extrêmement difficile à terminer.

La guerre est aussi difficile à terminer parce qu'il y a un contexte de prohibition, parce que le marché noir apparaît, que les usagers au comportement extrêmement problématiques apparaissent, et la prohibition vient ainsi alimenter sans cesse, *ad infinitum*, les peurs que justifie sa perpétuation. Rompre ce cercle vicieux est donc tout le travail des politiciens.

6 L'ÉTHIQUE ET LES DROITS DE L'HOMME ENTOURANT LA RÉGLEMENTATION DE L'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Conférencier

Richard Elliot, directeur général
Réseau juridique canadien sur le VIH/sida

Résumé de la conférence

Dans sa présentation, Richard Elliott aborde l'importance de considérer les droits humains dans l'élaboration des politiques publiques relatives aux substances psychoactives (SPA). Pour lui, le non-respect des droits des utilisateurs de drogue, y compris de ceux ayant une dépendance, découle du modèle prohibitionniste actuel et entrave les efforts pour protéger et promouvoir la santé des individus et le public.

Le respect des droits humains fondamentaux : une obligation éthique, une question d'efficacité

Pour M. Elliott, les droits humains fondamentaux doivent absolument être pris en compte dans l'élaboration des politiques publiques sur les SPA, et ce, pour des raisons éthiques d'une part et d'efficacité d'autre part.

D'un point de vue éthique, la prise en compte des droits humains est particulièrement importante lorsqu'il est question de lois invoquant un pouvoir coercitif de l'État au nom de la sécurité et de la santé publique. Rappelons les quatre principes fondamentaux de la bioéthique :

- le respect de l'autonomie : ce principe implique que chaque personne est responsable de sa propre vie et, par conséquent, de prendre les décisions qui la concernent. À première vue, restreindre la liberté de consommation de SPA, comme le fait couramment l'État, viole ce principe et l'État est dans l'obligation de justifier toute telle restriction;
- la non-malfaisance : ce principe correspond à l'obligation de ne pas faire de mal aux autres intentionnellement ou directement. À ce propos, réfléchissons à tous les dommages causés par la « guerre contre les drogues ». Quelles approches pourraient faire moins de tort?;
- la bienfaisance : ce principe oblige à accroître le bien-être d'autrui. Ainsi, demandons : en quoi la punition, notamment l'emprisonnement, favorise-t-elle le bien-être des personnes aux prises avec une dépendance aux SPA?;
- la justice : ce principe exige, entre autres choses, l'équité dans la répartition des avantages, des ressources, des risques et des coûts sociaux. Comparons les sommes énormes dépensées au nom de la « guerre contre les drogues » et les ressources investies en prévention, en traitement et en réduction des méfaits associés à l'utilisation problématique des drogues.

Ces quatre principes éthiques devraient s'incarner dans des lois qui ont pour fonction de régir les relations sociales.

Le droit à la santé

Le droit à la santé est un élément fondamental des droits humains : les États sont obligés de *respecter*, de *protéger* et de *mettre en œuvre* le droit de chaque personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre — y compris les personnes qui utilisent des SPA. *Respecter* le droit à la santé exige que l'État s'abstienne d'en entraver ou endommager directement ou indirectement la santé. *Protéger* le droit à la santé requiert la prise de mesures pour empêcher des tiers d'endommager la santé ou de faire obstacle à son exercice. Finalement, la *mise en œuvre* implique que les États adoptent des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou d'un autre ordre pour en assurer la pleine réalisation.

Le cas du site d'injection supervisé Insite de Vancouver

Pour illustrer ses propos, M. Elliott fait référence aux enjeux de droit liés au site d'injection supervisée Insite de Vancouver. En mai 2008, la Cour supérieure de la Colombie-Britannique avait rendu une ordonnance qui protégeait les employés et les usagers de Insite contre des poursuites pénales pour la possession ou le trafic des substances interdites dans les locaux de l'établissement. Cette cour faisait valoir qu'en l'absence d'une exemption, la loi violerait, de manière injustifiée, le droit à la sécurité de la personne contrairement à la *Charte canadienne des droits et libertés* (art. 7), puisqu'elle exposerait les usagers à une morbidité et à une mortalité évitables pour les toxicomanes. Malgré qu'il soit démontré que Insite a effectivement contribué à réduire le taux de partage de seringues et de décès par surdose, ainsi que le risque de transmission du VIH et de l'hépatite C, et qu'il a accru le nombre de toxicomanes dirigés vers un traitement, le gouvernement du Canada a interjeté appel de cette décision à la Cour suprême du Canada. De plus, il a imposé un moratoire qui empêche de considérer toute nouvelle exemption visant à créer d'autres centres de ce type. Le jugement de la Cour suprême du Canada était attendu quelques jours après le symposium².

En vertu du droit à la santé, M. Elliott est d'avis que l'État est dans l'obligation d'offrir des lieux sécuritaires pour l'injection des drogues. En effet, le droit à la santé oblige l'État à agir, dans les limites des ressources dont il dispose, pour réduire ou éliminer les menaces graves à la santé des individus. Cette décision présente un intérêt, particulièrement au Québec, en raison de l'appui de nombreux professionnels de la santé et du souhait d'organismes communautaires, comme CACTUS, d'offrir un tel service aux personnes toxicomanes.

Le cas des programmes d'échange de seringues en prison

Dans plusieurs pays, dont le Canada, la prévalence du VIH et du VHC est beaucoup plus élevée chez les détenus que dans la population en général. C'est le cas au Québec, où cette prévalence est 10 fois supérieure. Dans 11 pays, des programmes d'éducation entre pairs, de distribution de préservatifs, de traitements de substitution aux opiacés et d'échange de

2. Rendu le 30 septembre 2011, le jugement de la Cour suprême autorise Insite à continuer à se prévaloir de l'exemption à la loi lui permettant de continuer à offrir ses services et oblige Santé Canada à considérer des applications pour des exemptions pour d'autres projets semblables à Insite.

seringues ont été implantés dans les prisons. L'évaluation de ces programmes démontre qu'ils sont efficaces pour réduire la prévalence d'infections transmissibles par le sang et les cas de surdose de drogue. De plus, grâce à ces programmes, il est plus facile de diriger les usagers vers un traitement, et ce, en n'entraînant ni un accroissement de l'usage de drogue ni une utilisation de seringues comme armes contre les employés ou d'autres détenus.

Au Canada, des programmes de distribution de seringues existent dans les communautés, mais il n'y en a toujours pas dans les prisons fédérales ou provinciales. Pour M. Elliott, cette situation va à l'encontre du droit à la santé des détenus. En effet, les principes de bienfaisance et de justice sont enfreints, puisque l'accès à un service reconnu et offert à l'extérieur des prisons est refusé aux détenus. De surcroît, tel que mentionné auparavant, les détenus ont droit au meilleur état de santé accessible en vertu du droit international.

En conclusion

En terminant, M. Elliott avance que l'efficacité et l'acceptabilité des politiques publiques en matière de SPA seraient supérieures si les droits fondamentaux de l'homme étaient davantage considérés. Au-delà de l'argumentaire illustré par les exemples d'Insite et des programmes d'échange de seringues en prison, M. Elliott souligne enfin que le droit à la santé oblige le Canada à réformer sa politique sur les drogues.

Texte intégral de la conférence de M. Elliott

J'essayerai, aujourd'hui, d'offrir quelques réflexions sur le rôle des droits humains dans l'élaboration des politiques publiques relatives aux substances psychoactives (SPA). Comme je suis le directeur d'un organisme voué aux enjeux juridiques liés au VIH/sida, mes réflexions et les exemples que j'utiliserai mettent un accent particulier sur cette maladie, mais j'espère qu'ils seront d'un intérêt allant plus loin que le VIH/sida. Je commencerai par les principes et les grandes lignes, pour finir par des exemples concrets des enjeux particuliers dans la formation de nos politiques publiques sur les SPA.

Soulignons d'abord que les normes des droits humains devraient être des pierres de touche pour nos politiques publiques. Elles devraient certainement l'être pour les lois pénales interdisant les SPA et leur possession. Ces lois prohibitionnistes sont, bien sûr, une option de politique publique, et nous devons tenir compte du droit international à cet égard. Mais je ne suis pas aussi pessimiste qu'un des autres conférenciers à l'effet que les pactes et les systèmes internationaux sur le contrôle des drogues bloquent d'autres approches. Je veux souligner, comme question stratégique, que l'influence du droit international traitant du contrôle des drogues manifeste une certaine flexibilité — que nous ne devons pas oublier ou minimiser parce qu'elle est très importante pour trouver la possibilité de changer, au niveau national, nos politiques publiques. De plus, ces pactes ne forment qu'une partie du cadre juridique international qui devrait être considéré dans le choix des politiques publiques liées aux drogues.

Je suggère donc que toutes les lois, et en particulier les lois qui invoquent le pouvoir coercitif de l'État au nom de la protection de la sécurité publique et de la santé publique, y inclus la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, devraient tenir compte non

seulement des données sur leur effet effectif ou probable dans ces deux domaines mentionnés, mais aussi des questions d'ordre éthique et des droits humains.

Pourquoi dire que les droits humains sont les pierres de touche d'une politique publique censée? On peut noter deux raisons principales :

La première raison est le respect pour les droits fondamentaux de toutes les personnes et la réalisation de ces droits sont des obligations éthiques. Considérons les quatre principes fondamentaux de la bioéthique.

Premièrement, il y a le principe du *respect de l'autonomie*. Définissons-le le plus simplement : nous avons la responsabilité personnelle de nos propres vies. Nous avons le droit de prendre nos propres décisions et de contrôler ce qui est fait pour nous. Évidemment, à première vue, la restriction de la liberté de consommer une SPA est une violation de l'autonomie. Et c'est l'obligation de l'État de fournir une justification s'il veut mettre une telle restriction sur notre liberté.

Deuxièmement, il y a le principe de la *non-malfaisance* (ne pas nuire). Ce principe nous oblige à ne pas nuire à quelqu'un, intentionnellement ou directement, quand cela peut être évité. Réfléchissons sur la preuve impressionnante révélant tous les dommages que provoquent, pour des millions de personnes, nos lois actuelles dans la guerre contre les drogues. Y a-t-il d'autres approches qui produiraient moins de ces impacts néfastes? Si oui, le principe de la non-malfaisance nous invite à proposer et adopter des politiques publiques différentes.

Troisièmement, à ce principe d'éviter la malfaisance s'ajoute le principe de la *bienfaisance*. Non seulement devrions-nous chercher à éviter de causer du mal, mais nous avons aussi une obligation positive, celle d'améliorer le bien-être des autres. Ainsi, posons cette question : comment une punition incluant l'emprisonnement aide-t-elle le bien-être des personnes ayant une dépendance aux SPA?

Quatrièmement, on trouve le principe de la *justice*. Entre autres choses, il exige l'équité dans la répartition des avantages, des ressources, des risques et des coûts sociaux. Notons donc les sommes énormes dépensées pour les enquêtes, les poursuites criminelles et l'emprisonnement au nom de la guerre contre les drogues, et comparons-les aux ressources investies dans les mesures de prévention, de traitement et de réduction des méfaits.

La pertinence de ces principes dans le cadre de nos réponses juridiques sur les SPA est clairement montrée par certains exemples; j'y reviendrai. Pour l'instant, il suffit de dire qu'un moyen de rendre ces principes tangibles, c'est de les incarner dans la loi dont la fonction est évidemment d'ordonner les relations sociales. Les droits humains, à la fois nationaux et internationaux, reflètent ces principes éthiques. Le respect et la réalisation de ces obligations légales sont donc une extension de nos obligations d'agir éthiquement dans le monde.

La deuxième raison de se concentrer sur les droits humains touche moins l'éthique, mais davantage l'aspect pragmatique. Au lieu de la prohibition et de la punition, le respect des droits humains et les interventions constructives sont généralement plus efficaces à plus

long terme pour la protection et la promotion de la santé, tant pour les individus que pour le public dans son ensemble. On devrait donc insister sur les normes des droits humains au fond de la politique publique, particulièrement dans des domaines où la législation et la politique sont souvent marquées par les préjugés et la stigmatisation et traitent des activités et des populations socialement défavorisées. Sans doute, avec la politique des drogues et le traitement des personnes qui les utilisent, on est dans cette catégorie.

Je voulais aussi mentionner que l'épidémie de VIH a souligné fortement les répercussions de la loi et des politiques publiques sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que l'importance de la protection et de la promotion des droits humains. En effet, l'épidémie a nettement confirmé le lien entre les droits humains et la santé au plan de l'individu, des communautés et du grand public dans son ensemble. En termes simples, la vulnérabilité à l'infection et les conséquences qui en découlent sont directement alimentées par la violation des droits fondamentaux. À son tour, le VIH engendre des violations des droits humains, renforçant la stigmatisation, la discrimination et la violence.

Un cas où cette correspondance a été très clairement démontrée est celui des épidémies liées : l'épidémie de l'usage de drogue d'un côté et celle du VIH de l'autre. Dans les dernières décennies, l'émergence de l'épidémie du VIH a tragiquement mis en lumière les conséquences néfastes pour la santé publique d'invoquer, dans les politiques publiques, les interdictions criminelles comme réponse prédominante à l'usage de drogue. Cela a aussi illustré comment le déni des droits des personnes utilisant des drogues, y compris ceux et celles ayant une dépendance, est nécessairement une conséquence de notre modèle prohibitionniste actuel. Cette épidémie a donc été une impulsion majeure pour convaincre certains États de reconsidérer et de réformer leur politique publique liée aux drogues. On pense, par exemple, au Portugal, aux Pays-Bas et à l'Argentine.

L'élément à souligner ici, c'est que l'épidémie exacerbe ce qui est en jeu lorsque des politiques publiques sont mauvaises. Alors, que pourrait signifier le fait d'utiliser ces droits pour éclairer et formuler la politique publique?

Prenons l'exemple du droit à la santé, un droit évidemment très pertinent. Le droit international — particulièrement le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (art. 12) — oblige les États de *respecter*, de *protéger* et de *mettre en œuvre* le droit de chaque personne à jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre. C'est un droit universel et donc une obligation universelle — y compris pour les personnes qui utilisent les SPA. D'autres droits humains sont également pertinents dans le contexte de l'épidémie de VIH/sida. Lorsque ces droits ne sont ni respectés ni protégés, il est plus difficile d'empêcher la transmission du VIH, et les répercussions sur les individus et la société sont aggravées.

Par conséquent, les États membres de l'ONU, dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de l'Assemblée générale de l'ONU en 2001, se sont engagés à « promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs

droits et libertés fondamentaux », ce qui inclut, évidemment, le droit à la santé. De son côté, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU a précisé : « Le droit à la santé, à l'instar de tous les droits de l'homme, impose trois catégories ou niveaux d'obligations aux États parties : les obligations de le respecter, de le protéger et de le mettre en œuvre. Cette dernière englobe du même coup les obligations d'en faciliter l'exercice, de l'assurer et de le promouvoir³. »

Ainsi, un peu plus en profondeur, l'obligation de *respecter* le droit à la santé exige que les États s'abstiennent d'en entraver directement ou indirectement l'exercice, alors que l'obligation de *protéger* ce droit à la santé requiert des États qu'ils prennent des mesures pour empêcher les tiers de faire obstacle aux garanties énoncées dans le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. Enfin, l'obligation de *mettre en œuvre* le droit à la santé suppose que l'État adopte des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou autre, pour assurer la pleine réalisation de ce droit. Puis, les *Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme*, publiées par l'ONUSIDA et le Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, ont été développées à la lumière de la nécessité, premièrement, d'offrir une orientation aux États et autres entités sur les meilleures modalités d'application des principes des droits humains au contexte du VIH et, deuxièmement, de fournir des actions concrètes que les États pourraient entreprendre pour protéger les droits humains et la santé publique dans ce contexte.

Il y a une douzaine de telles directives qui ont été maintes fois approuvées par les États membres de l'ONU, y compris le Canada, pour guider divers aspects de la politique. Aux fins de cette discussion, notons, en particulier, la ligne directrice numéro 4. Les États devraient réexaminer et réformer la législation pénale et le régime pénitentiaire pour qu'ils soient compatibles avec les obligations internationales en matière de droits humains et ne soient pas indûment utilisés dans le contexte du VIH ou à l'encontre des groupes vulnérables. Ces groupes incluent, évidemment, les personnes qui utilisent des drogues.

En particulier en ce qui concerne l'épidémie de VIH auprès des personnes qui utilisent des drogues, les *Directives internationales* présentent les recommandations suivantes : d'abord, la législation pénale ne doit pas faire obstacle aux mesures prises par les États pour réduire le risque de transmission du VIH entre consommateurs de drogues injectables et pour assurer à ces derniers les soins et les traitements liés au VIH. Le droit criminel doit être révisé afin de considérer l'autorisation, la légalisation ou la promotion des programmes d'échange de seringues, et aussi l'abrogation des lois criminalisant la possession, la distribution et la fourniture de seringues. Aussi pertinente est la recommandation suivante : les autorités pénitentiaires doivent assurer aux détenus ainsi qu'au personnel pénitentiaire, le cas échéant, l'accès, en matière de VIH, à une information sur la prévention, à l'éducation, et à l'accès aux tests volontaires et soulignons-le, les autorités doivent aussi assurer l'accès aux moyens de prévention comme les préservatifs, l'eau de Javel et le matériel d'injection propre.

3. Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « Observation générale No 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) » Doc. E/C.12/2000/4 (2000), para. 33.

Après ces recommandations et ces directives internationales, passons à quelques enjeux particuliers et d'une grande pertinence en ce moment dans la politique des drogues au Canada et au Québec. Premièrement, il faut aborder le cas d'Insite et les questions liées aux sites d'injection supervisées en général. Comme on le sait, Insite, le centre d'injection supervisée à Vancouver, a contribué à réduire les taux de partage de seringues et de décès par surdose ainsi que le risque de transmission du VIH et de l'hépatite C. Il a aussi permis de diriger plusieurs utilisateurs de drogue vers des services de traitement de la toxicomanie.

La rigueur des recherches qui prouvent les bienfaits d'Insite a été confirmée par le comité consultatif d'experts mis sur pied par le Gouvernement du Canada. Par ailleurs, plusieurs autres villes canadiennes ont exprimé leur intérêt pour l'ouverture de centres similaires : nous avons l'exemple de l'organisme CACTUS, à Montréal, qui a l'intention d'ouvrir un site d'injection supervisée. Mais en dépit de cette efficacité démontrée du site Insite à Vancouver pour protéger la santé des personnes, le gouvernement a menacé de lui retirer son autorisation légale.

En mai 2008, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a rendu un jugement qui protège les employés et les clients d'Insite, tandis que dans les locaux de l'établissement, contre des poursuites pénales pour la possession ou le trafic des substances interdites selon la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Signalons qu'en l'absence de cette exemption, la loi canadienne sur les drogues violerait de manière injustifiée le droit à la sécurité de la personne, droit qui est garanti par la *Charte canadienne des droits et libertés*, puisqu'elle exposerait les usagers toxicomanes à une morbidité et à une mortalité évitables.

Le gouvernement du Canada a malheureusement interjeté appel à cette décision et a imposé un moratoire qui empêche de considérer toute nouvelle demande d'exemption visant à créer d'autres centres de ce type. L'annonce d'un moratoire soulève elle-même d'importantes questions d'ordre juridique. Est-il même permis, selon le droit administratif, qu'un ministre entrave son pouvoir discrétionnaire de cette façon, au lieu d'examiner chaque demande pour une exemption selon ses mérites? Ce point concerne également les décideurs à d'autres niveaux, comme les ministres provinciaux de la santé.

Mais encore plus inquiétant, si l'exemption d'Insite est retirée ou tout simplement arrive à échéance, possibilité qu'a déjà fait planer le gouvernement fédéral actuel, le personnel du site et les personnes qui l'utilisent pourraient courir des risques de poursuites criminelles et d'emprisonnement s'ils continuent d'utiliser ou de faire fonctionner le site pour protéger la santé et sauver des vies.

L'affaire Insite, maintenant devant la Cour suprême du Canada, implique donc des défis à la constitutionnalité des articles de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, dans la mesure où ces articles pourraient s'appliquer au personnel et aux utilisateurs d'Insite. Cette décision de la Cour suprême sera, bien sûr, d'un intérêt particulier au Québec, compte tenu de l'intérêt déclaré de certains organismes communautaires, comme CACTUS, pour l'ouverture de tels établissements de services de santé dans la province. Elle sera d'un intérêt accru, car on comprend qu'il y a un appui considérable parmi de nombreux professionnels de la santé, au Québec, à l'idée d'avoir des sites d'injection supervisée. Il est

regrettable qu'à ce jour, ces plans n'aient pas bénéficié d'un soutien enthousiaste du ministre provincial de la santé et des services sociaux, compte tenu de son mandat légal et de son autorité pour protéger et promouvoir la santé de tous les Québécois et Québécoises, dont ceux et celles qui ont une dépendance aux drogues et qui pourraient être aidés par de tels sites. Ce cas sera également d'intérêt en raison de deux éléments des argumentations juridiques qui ont été formulés devant les tribunaux dès le début.

Un élément porte sur la question de la compétence, c'est-à-dire la répartition constitutionnelle des pouvoirs de légiférer au Canada. Dans ce cas, les lois pénales fédérales, relatives à la possession de drogue, entrent manifestement en conflit avec la prestation d'un service de santé à Insite. Est-ce que le pouvoir du gouvernement fédéral de légiférer sur le droit pénal devrait prévaloir, ou est-il plutôt du ressort d'une province de déterminer de quels services de santé elle a besoin et de choisir le fonctionnement de son système de santé? Même si cela doit impliquer la tolérance ou, comme les adversaires d'Insite diraient inexactement, la facilitation ou l'encouragement des activités qui peuvent être illégales? Les tribunaux inférieurs sont divisés sur cette question.

La décision de la Cour suprême du Canada sur ce point — si la Cour touche à cette question, ce qui n'est pas garanti — aura des implications plus larges pour la planification et la prestation des services de santé à travers le pays en général. Ce sont donc des questions immédiates à propos des politiques publiques sur les drogues, mais il y aura des implications beaucoup plus larges.

La deuxième question que devra examiner la Cour, question peut-être plus pertinente pour la présente discussion, c'est celle des droits des personnes qui consomment des drogues, des droits garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés*. Plus précisément, l'article 7 de cette charte formule la garantie suivante : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec le principe de justice fondamentale. » Une majorité des membres de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a accepté les arguments selon lesquels l'interdiction de possession de drogue, surtout dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, a été trop large. L'implication de cette loi ou de cette prohibition sur la possession de drogue, allant jusqu'au point d'empêcher les gens d'avoir un accès effectif à un service de santé comme Insite, contribue à des morts et à des maladies évitables, incluant celles qui sont dues au VIH et aux surdoses. Cette violation des droits constitutionnels et de la sécurité de la personne ne pouvait être « raisonnablement justifiée dans une société libre et démocratique », ce que demande la *Charte* dans chaque cas de violations des droits protégés. Nous verrons si la Cour suprême est d'accord avec cette interprétation par une majorité de la cour inférieure. Certes, à notre avis, elle devrait l'accepter sans hésitation et reconnaître clairement la protection constitutionnelle des droits humains des personnes qui utilisent les drogues.

Nous sommes d'ailleurs intervenus devant la Cour suprême, en collaboration, notamment, avec l'organisme CACTUS et le Harm Reduction International, pour appuyer une telle interprétation. Dans notre intervention à la Cour, nous avons abordé particulièrement les questions du droit international touchant le contrôle des drogues et les droits humains.

L'obligation de respecter, protéger et mettre en œuvre, à toutes les personnes de la communauté, le meilleur état de santé possible n'est de toute évidence pas respectée si des politiques délibérées empêchent ou font échouer la mise sur pied des mesures qui peuvent prévenir des maladies et sauver des vies. En prenant comme point de mire la gravité des dangers associés à l'injection non sécuritaire de drogues, c'est-à-dire le caractère immédiat et urgent des problèmes, on peut soutenir que l'obligation de créer des lieux sécuritaires pour l'injection correspond, en fait, à la description la plus centrale et fondamentale du droit à la santé. C'est-à-dire que le droit à la santé impose à l'État l'obligation d'intervenir ou d'agir dans la limite des ressources dont il dispose pour réduire ou éliminer les menaces graves à la santé des individus ou de la population. C'est la question qui concerne les sites d'injection supervisée. Mais la décision de la Cour suprême aura aussi des implications dans d'autres domaines et soulèvera d'autres enjeux dans la politique publique sur les drogues.

Abordons maintenant brièvement la question des programmes d'échange de seringues en prison. Comme nos lois pénales interdisant la possession de drogues ne peuvent pas aller jusqu'à refuser l'accès aux services de santé, la question centrale de l'affaire *Insite* est d'une pertinence évidente dans d'autres contextes, y compris les milieux carcéraux. Dans plusieurs pays, dont le Canada, les taux de VIH et d'hépatite C parmi les personnes détenues sont beaucoup plus élevés que dans la population en général. Des études menées dans les prisons en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec ont révélé que la prévalence du VIH dans les prisons est plus de 10 fois plus élevée que dans la population en général, avec des taux variant entre 1 % et presque 9 % dans les prisons participantes. Par exemple, dans une étude auprès de 1 600 détenus dans sept prisons provinciales québécoises en 2003, on a constaté une prévalence du VIH de plus de 2 % parmi les hommes et de presque 9 % chez les femmes⁴. Maintenant que de pareils chiffres sont connus, certains pays ont mis en œuvre des programmes d'éducation entre pairs, de distribution des préservatifs, de traitement de substitution aux opiacés et d'échange de seringues, entre autres, qui contribuent à réduire les comportements à risque élevé de transmission de telles maladies.

De pareils programmes sont d'ailleurs en place dans le reste des communautés, en dehors des prisons, pour prévenir la propagation de ces virus, programmes bénéficiant de l'appui financier des gouvernements, il faut le souligner. Nous avons donc, en ce moment, des programmes d'échange de seringues qui ont été introduits dans plus de 60 prisons de diverses tailles et de divers niveaux de sécurité dans 11 pays du monde. Les évaluations de ces programmes démontrent constamment qu'ils réduisent l'utilisation de matériel d'injection non stérile ainsi que les infections à transmission hématogène dues à du matériel contaminé. Ces programmes n'entraînent pas d'augmentation de l'usage de drogue, ni de l'injection, mais ils réduisent le nombre de surdoses, d'abcès et d'autres infections associées. Ils facilitent la référence d'utilisateurs à des programmes de traitement de la toxicomanie et ils n'entraînent pas d'incidents d'utilisation des seringues comme armes contre des employés ou d'autres détenus.

4. C. Poulin, M. Alary, G. Lambert *et al.* « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons ». *JMAC* 2007;177:252-6.

Mais dans plusieurs pays, incluant le Canada en dépit de ces données et des opinions éclairées de plusieurs professionnels qui appuient les mesures de réduction des méfaits en prison pour réduire la transmission du VIH et de l'hépatite C, les autorités échouent à agir et à adopter une réponse vraiment complète. Aucun gouvernement au Canada, provincial ou fédéral, n'a, en ce moment, établi un programme d'échange de seringues en prison.

Selon nous, le fait de ne pas fournir l'accès à des éléments indispensables à la prévention, y compris l'accès au matériel nécessaire pour se protéger du VIH, constitue une violation du droit humain des détenus à la santé reconnus dans le droit international.

Il faut noter aussi que les échecs à assurer l'accès au matériel d'injection stérile dans les prisons au Canada violent tous l'un des quatre principes fondamentaux de la bioéthique mentionnés ci-dessus. Cette politique de déni de l'utilité du matériel d'injection stérile pour protéger la santé ne respecte pas, évidemment, l'autonomie des personnes qui ont besoin de prendre des précautions pour protéger leur santé. Cette politique échoue à l'obligation de faire le bien pour protéger et promouvoir la santé et la sécurité des détenus. Cette politique cause des dommages réels, souvent sévères, à la santé des prisonniers. Elle établit une discrimination contre les personnes en prison en leur refusant l'accès aux services de santé que les gouvernements reconnaissent comme étant nécessaires et qu'ils financent à l'extérieur des prisons, de sorte qu'elle viole certainement le principe de la justice.

Il faut noter ici qu'en vertu du droit international, les personnes en détention conservent le droit au meilleur état de santé pouvant être atteint, de même que le droit à l'égalité dans l'exercice des droits humains, à l'exception des droits qui sont forcément limités du fait de leur incarcération.

Étant donné que le VIH et l'hépatite C sont des virus qui entraînent des maladies potentiellement mortelles, le droit à la vie est lui aussi pertinent quand on considère l'obligation de l'État d'adopter des mesures efficaces pour prévenir la transmission du VIH et de l'hépatite C en prison. Les détenus ont le droit d'accéder à des soins de santé équivalant à ceux qui sont disponibles hors des prisons. C'est le principe d'équivalence reconnu dans le droit international, et ceci inclut, évidemment, des mesures de prévention comparables à celles dont bénéficie le reste de la communauté.

Bien que les programmes d'échange de seringues existent dans les communautés aux quatre coins du Canada, dans certains cas depuis plus de deux décennies, et ce, avec le financement de divers paliers de gouvernement, le fait qu'il n'existe pas de tels programmes dans une seule prison au Canada encourage des recours juridiques pour protéger les droits humains des personnes dans les prisons.

Il n'est pas seulement contraire à l'éthique ou aux normes des droits humains de maintenir une telle politique publique. C'est aussi à courte vue et contre-productif pour la santé publique globale. Les taux d'infraction plus élevés finissent par produire des coûts de santé accrus, et comme la plupart des détenus retournent par la suite dans leur communauté, les conséquences sanitaires de l'emprisonnement de personnes qui consomment des drogues ne peuvent pas et ne devraient pas être ignorées.

L'échange de seringues dans les prisons et les services d'injection supervisés de type Insite sont deux exemples montrant où on pourrait appliquer les normes des droits humains et les principes éthiques pour gérer une politique publique dans ce domaine qui serait plus efficace et plus acceptable que les normes et la politique actuelles. Il y a d'autres exemples où on pourrait appliquer les principes ou les normes des droits humains pour développer une politique publique. On pourrait examiner, par exemple, l'activité policière qui cause des problèmes pour la gestion et l'accessibilité des services de santé comme les programmes d'échange de seringues. On pourrait aussi parler du projet de loi fédérale qui est maintenant devant le Parlement, un projet visant encore une fois à imposer des peines minimales obligatoires pour certaines infractions liées aux drogues. On pourrait faire une critique de telles politiques en se basant sur les principes des droits humains.

Je voulais simplement vous donner deux exemples très pertinents en ce moment pour illustrer comment on pourrait adopter d'autres approches dans notre politique publique avec des arguments bien fondés sur les obligations qui, selon le droit international, obligeraient le Canada à réformer sa politique sur les drogues. Les normes des droits humains exigent que nous adoptions une approche différente.

7 QUE PEUT-ON APPRENDRE DE LA DÉCRIMINALISATION DES DROGUES ILLICITES AU PORTUGAL?

Conférencière

Caitlin Elisabeth Hugues, chercheuse
Université de Nouvelle-Galles du Sud, Australie

Résumé de la conférence

En 2001, le Portugal a mis en place une vaste stratégie antidrogue donnant lieu à une réforme offrant un excellent modèle des avantages de la décriminalisation des drogues illicites, selon Caitlin Elisabeth Hughes, qui a mené des travaux à ce sujet avec le professeur Alex Stevens de l'Université de Kent.

Depuis 10 ans, au Portugal, une personne qui possède, consomme ou acquiert toute forme de drogues illicites à des fins personnelles ne commet plus une infraction d'ordre criminel, mais plutôt une infraction d'ordre public. Elle est prise en charge par une commission de dissuasion de la toxicomanie composée d'experts, notamment d'un avocat, d'un travailleur social et d'un spécialiste des traitements. Cette commission évalue la raison et la gravité de l'infraction, la nature des antécédents et les possibilités d'aide. Ensuite, la commission oriente la personne en conséquence.

Les effets de la réforme sur la consommation de drogues

D'entrée de jeu, Mme Hughes tient à préciser qu'aucune observation ne peut être tirée directement de la réforme, puisque aucun modèle de comparaison valable n'est disponible. Cela dit, après la mise en place de la réforme, la consommation de drogue n'a pas augmenté dans la population en général composée des personnes de 15 à 64 ans. Chez les élèves du secondaire, l'usage et la fréquence de la consommation ont quant à eux diminué. La prévalence de la toxicomanie, notamment l'usage de drogues injectables, a également diminué.

Les effets de la réforme sur le recours au traitement et sur certains méfaits liés à l'usage

Le recours au traitement a augmenté de 60 % après l'adoption de la réforme, entre 1998 et 2008. Puis, le nombre d'infections par le VIH liées à la consommation de drogue a nettement fléchi durant la même période. Finalement, les décès liés à l'usage de drogue n'ont pas augmenté, mais bien chuté entre 2001 et 2005.

Les effets de la réforme sur le système judiciaire et carcéral

Le nombre d'arrestations liées à la drogue a sensiblement chuté, passant de 14 000 en l'an 2000 à environ 5 000 en 2004. Dans le même sens, la proportion d'auteurs d'infractions liées à la drogue dans les prisons a fléchi entre 1999 et 2008.

Conclusion

Mme Hughes conclut que la décriminalisation de la consommation, de la possession et de l'acquisition de toutes les drogues illicites n'entraîne forcément ni une hausse effrénée de leur usage, ni un accroissement des méfaits, ni un fardeau sur le système de justice pénale, bien au contraire. C'est encore plus marqué lorsque cette décriminalisation, comme au Portugal, va au-delà de la simple suppression de la sanction pénale et offre une solution thérapeutique et sociale.

Texte intégral de la conférence de madame Hugues

En juin 2011, plusieurs dirigeants à travers le monde, dont d'anciens présidents de la Colombie, du Mexique, du Brésil et de la Suisse, ont publié un rapport réclamant deux changements fondamentaux : d'abord, la fin de la pénalisation et de la sanction touchant les consommateurs de drogue; ensuite, le remplacement de leur peine par des soins de santé et des traitements. Au cœur de leurs recommandations se trouve le modèle du Portugal. Mais cette attention est-elle justifiée? Quelle a été l'incidence de la réforme touchant la drogue au Portugal? Les autres nations devraient-elles prendre ce pays en exemple?

Je m'appuierai sur les travaux menés en collaboration avec le professeur Alex Stevens de l'Université de Kent pour décrire la réforme portugaise, mettre en évidence les conséquences de cette ambitieuse mesure et examiner les enseignements que l'on peut tirer de la dépénalisation des drogues illicites dans ce pays. Depuis le 1^{er} juillet 2001, la possession, la consommation ou l'acquisition de toute drogue illicite à des fins personnelles n'est plus qu'une infraction à l'ordre public, et non une infraction pénale. L'objectif est double : d'une part, soustraire les consommateurs au système de justice pénale, et d'autre part, décourager l'usage de la drogue ou traiter la toxicomanie.

Dans cette perspective, ce sont des commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT), mises en place dans le cadre de cette mesure, qui ont pris en charge les consommateurs désignés après l'adoption de la réforme. Chacune des commissions se compose d'experts, notamment d'un avocat, d'un travailleur social et d'un spécialiste des traitements, qui évaluent la raison de l'infraction, la gravité et la nature des antécédents du délinquant en matière de consommation, puis qui déterminent s'il est possible de l'aider. Elles orientent ensuite les toxicomanes vers un traitement et sanctionnent autrement les consommateurs occasionnels, en leur interdisant par exemple de fréquenter un bar particulier. Elles ont également une mission de sensibilisation aux risques de l'usage de drogue à long terme et peuvent apporter leur aide en matière d'emploi et de formation. Il est important de noter que les réformes et les CDT ont été mises en place dans le cadre d'une nouvelle stratégie antidrogue nationale qui élargit les services de réduction des préjudices, de traitement, d'intégration sociale et d'application de la loi.

En quoi la réforme est-elle originale? Premièrement, elle vise toutes les drogues illicites. La plupart des modèles de dépénalisation existants portent uniquement sur le cannabis. Deuxièmement, cette réforme est d'ordre législatif, comme dans le modèle néerlandais, et n'est pas seulement fondée sur la pratique. Troisièmement, elle offre une solution thérapeutique et sociale, qui va au-delà de la simple suppression de la sanction pénale.

Troisièmement, la réforme de la loi antidrogue est un outil qui sert à épauler les systèmes de santé et de justice pénale.

Ainsi, cette réforme est-elle ou a-t-elle été efficace? Il est important de noter qu'en raison de l'absence d'un modèle de comparaison décrivant ce qui se serait passé si le Portugal n'avait pas adopté la réforme et n'avait pas fait de nombreux changements, aucune évolution de la consommation de drogue ou des préjudices connexes ne peut être directement attribuée à la dépénalisation portugaise, de droit ou de fait. Toute affirmation soutenant le contraire devrait susciter de la méfiance.

Toutefois, nous pouvons vérifier l'hypothèse selon laquelle la réforme favorise la consommation de drogue, en raison de l'atténuation du stigmate social qui y est associé. Il est également possible de déterminer si elle accroît les préjudices liés à l'usage de drogue en encourageant des habitudes de consommation plus néfastes et si elle limite l'efficacité du système de justice pénale.

La réforme a-t-elle favorisé la consommation de drogue? Afin de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse, examinons l'usage de drogue au sein de trois catégories de personnes : la tranche des 15 à 64 ans dans la population en général, les élèves du secondaire et les toxicomanes.

En observant tout d'abord l'usage de drogues illicites au sein de la population en général, on remarque une augmentation du pourcentage des personnes de 15 à 64 ans déclarant avoir consommé au moins une fois de la drogue au cours de leur vie, soit de 7,6 % à 12 %. Cependant, il est largement admis que cette donnée reflète moins une tendance récente d'usage qu'un changement dans ce que les gens sont prêts à dire : on préfère déclarer un usage légal qu'une consommation illicite. C'est pourquoi les tendances de consommation récentes et actuelles, c'est-à-dire la proportion de la population déclarant avoir eu recours à des drogues illicites au cours des 12 derniers mois ou au cours du mois précédent, sont des indicateurs bien plus pertinents. Elles révèlent une augmentation minime, voire nulle, de la prévalence de la consommation de drogues illicites déclarée. En ce qui a trait aux tendances dans tous les groupes d'âge, il apparaît clairement que la consommation récente déclarée s'est accrue au sein de certaines tranches de la population, notamment chez les 25 à 34 ans. Par contre, à propos de l'usage récent de drogues illicites, la prévalence chez les 15 à 24 ans, groupe d'âge le plus susceptible de commencer à en consommer, a globalement diminué.

En ce qui concerne plus particulièrement les tendances chez les élèves du secondaire, la réalité est autrement plus complexe. L'une des difficultés à analyser la réforme portugaise est l'absence de données cohérentes sur la consommation de drogue avant sa mise en œuvre. Pourtant, ces données sont disponibles pour les élèves du secondaire. Comme on peut le voir, la consommation illicite de cannabis au cours de la vie n'a cessé d'augmenter jusqu'à la réforme avant de diminuer après son adoption. Mais encore une fois, la différence de prévalence en matière de consommation récente est bien plus faible : les chiffres d'avant la réforme sont similaires à ceux relevés après sa mise en œuvre. Les hausses constatées dans la consommation récente et au cours de la vie pourraient simplement refléter des

tendances régionales plus vastes, puisque les tendances observées ici sont semblables aux tendances relevées en Italie et, plus largement, en Europe. Mais au moins, elles indiquent que l'augmentation de la consommation chez les élèves du secondaire était probablement due au désir d'expérimentation et s'est atténuée quelques années après la réforme.

Enfin, depuis l'adoption de la réforme, on estime que la prévalence de la toxicomanie, notamment l'usage de drogues injectables, par tranche de 1 000 personnes au Portugal, a diminué. Elle est en effet passée de 7,6 à 6,8 personnes par 1 000. Cette tendance est d'autant plus nette que le nombre de toxicomanes en Italie a quant à lui grimpé de 6 à 8,6 personnes par 1 000. En résumé, toutes ces tendances indiquent de légères augmentations seulement en ce qui a trait à l'usage de drogue, et laissent penser que la prévalence chez les personnes les plus susceptibles de commencer à consommer des drogues illicites ou de sombrer dans la toxicomanie a en réalité diminué.

Il convient à présent de répondre à la question suivante : la réforme a-t-elle accru les préjudices découlant de l'usage de drogue? Cette question peut être envisagée selon différentes perspectives : l'accès aux traitements, la prévalence des maladies infectieuses chez les consommateurs et la prévalence des décès liés à la drogue. Le nombre total de consommateurs en traitement s'est sensiblement accru après l'adoption de la réforme, soit une augmentation de 60 % de 1998 à 2008. En outre, le nombre d'infections par le VIH ou le sida résultant de la consommation de drogue a nettement fléchi. Par exemple, de 2000 à 2008, le nombre de personnes touchées par le VIH en raison de leur usage de drogue a diminué des deux tiers, passant de 907 à 267, et celui des consommateurs atteints du sida a été divisé par cinq. Les tendances relatives aux décès liés à l'usage de drogue sont plus complexes à suivre, car, à l'instar de la plupart des pays occidentaux, le Portugal ne recueille ni ne divulgue traditionnellement aucun renseignement au sujet des décès directement attribuables à une intoxication à la drogue. Une hausse apparente des décès imputables à la consommation de drogue a suscité le profond désaccord de nombreux experts, parmi lesquels nous figurons, qui affirmaient que cette augmentation visible correspondait au nombre accru d'autopsies réalisées plutôt qu'à celui des décès directement attribuables à la drogue. Heureusement, de nouvelles données remontant à 2001 sont disponibles depuis peu. Elles confirment l'absence d'une hausse des décès découlant de la consommation de drogue. En effet, bien au contraire, le nombre de décès de ce type a chuté entre 2001 et 2005, conformément à ce que révèlent les autres indicateurs de santé publique, à un niveau qui reste bien en deçà de ceux obtenus avant la réforme, malgré une légère augmentation depuis 2005.

Il reste une dernière question : la dépénalisation a-t-elle involontairement accru le nombre de personnes interpellées, traduites en justice et incarcérées pour une infraction liée à la drogue? Après la réforme, le nombre de personnes arrêtées pour des délits liés à la drogue a sensiblement chuté, passant de 14 000 en l'an 2000 à une moyenne de 5 000 à 5 500 délinquants dès la troisième année de la dépénalisation. Qui plus est, si l'on y ajoute les délinquants envoyés devant les nouvelles commissions de dissuasion de la toxicomanie, il devient évident que le nombre total d'interactions officielles entre les auteurs d'infractions liées à la drogue et la police portugaise est inférieur à celui qui a été calculé avant la réforme. Cette constatation est remarquable, à la lumière des données relevées en

Espagne, où, au contraire, le fardeau sur les services policiers s'est considérablement accru et a plus que doublé depuis 2001.

Enfin, considérons les conséquences de la consommation de drogue sur les prisons portugaises. Selon les données relevées entre 1999 et 2008, la proportion d'auteurs d'infractions liées à la drogue dans les prisons et de détenus déclarant en consommer a fléchi. Ceci porte à croire que le fardeau que fait peser la drogue sur le système carcéral a considérablement diminué.

La réforme est trop récente pour qu'on puisse discuter de son impact sur le maintien de l'ordre. On peut néanmoins dire que les responsables de l'application de la loi au Portugal indiquent qu'ils ont pu recentrer leurs activités sur les échelons supérieurs du marché de la drogue. L'augmentation sensible de la quantité de drogues saisies au Portugal en est la preuve. Ainsi, 10 ans après la réforme, on note une faible hausse touchant seulement la consommation récente. On constate également une diminution du nombre de toxicomanes et, depuis 2003 au moins, de l'usage de drogue ainsi que de la fréquence de consommation de drogue chez les élèves du secondaire. Il y a de plus en plus de preuves de l'augmentation du recours à un traitement et de la réduction des décès et des infections par le VIH et le sida découlant de l'utilisation de la drogue. Enfin, il semble également que le fardeau sur le système de justice pénale du Portugal, notamment son système carcéral, ait diminué. C'est la preuve que la dépénalisation de la consommation, de la possession et de l'acquisition de toutes les drogues illicites n'entraînera pas nécessairement une hausse effrénée de leur usage. Elle ne provoquera pas non plus automatiquement une recrudescence des méfaits liés à la drogue ou du fardeau sur le système de justice pénale. Bien au contraire, nos recherches révèlent que la dépénalisation peut même permettre au gouvernement de réduire les préjudices subis par la collectivité dans son ensemble.

Pour toutes ces raisons, nous pouvons affirmer que la réforme portugaise offre un excellent modèle des avantages de la dépénalisation, notamment quand la dépénalisation est associée à un traitement et à des services sociaux, pour d'autres pays qui souhaitent trouver une solution moins punitive et plus efficace au problème de la consommation de drogues illicites.

Pour de plus amples renseignements sur la réforme, consultez l'article complet sur le sujet, « What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? », publié dans le *British Journal of Criminology*.

8 D'UNE POLITIQUE DES DROGUES ILLÉGALES À UNE POLITIQUE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : L'EXPÉRIENCE DE LA SUISSE

Conférencier

Ralf Jürgens, consultant
VIH/sida, santé, politiques et droits humains

Résumé de la conférence

Dans sa communication, Ralf Jürgens se base sur les travaux de Joanne Csete, professeure à l'Université Columbia, qui a fait un examen approfondi de la littérature scientifique et a mené de nombreux entretiens à propos de la politique suisse sur les drogues.

La Suisse et les narcotiques : histoire

M. Jürgens rappelle que jusqu'à la fin des années 1980, la politique suisse était prohibitionniste. C'est qu'une véritable épidémie de consommation de narcotiques a eu lieu en Suisse à partir des années 1970. Certains lieux dans le pays sont devenus de grands foyers de consommation de drogues à ciel ouvert, des lieux comme le Platzspitz, que la Ville de Zurich permettait aux consommateurs de fréquenter. La fermeture de ce genre de lieu dans les années 1990, pour des raisons de santé publique et de sécurité, a seulement déplacé le problème.

On s'aperçut donc que la solution était politique. C'est le VIH qui a été le catalyseur des premières réformes : le taux de VIH en Suisse était parmi les plus élevés d'Europe. Les professionnels de la santé ont alors été les premiers à agir. Ils ont été autorisés par Zurich à offrir des services comme l'échange de seringues, alors interdit par la loi fédérale. Puis un groupe de médecins a commencé à distribuer de la méthadone plus largement que ce que la loi permettait officiellement.

Évolutions politiques

Les décideurs politiques ont vu les effets positifs de ces initiatives et ont fini par en tirer des leçons, rappelle M. Jürgens. La méthadone et les échanges de seringues sont donc devenus beaucoup plus accessibles à la fin des années 1980. Puis la thérapie assistée à l'héroïne fut offerte, ce qui a attiré l'attention du public et provoqué des tempêtes politiques. Mais toutes les évaluations faites après quelques années prouvèrent l'efficacité de cette thérapie. C'est qu'en Suisse, les programmes comme celui de la thérapie à l'héroïne ont toujours été appuyés par des recherches rigoureuses.

Il y eut ensuite d'autres évolutions. En 1994, la politique « à quatre piliers » a été adoptée officiellement par le gouvernement suisse. Ces piliers sont le contrôle policier, la prévention de l'amorce de consommation, le traitement et la réduction des méfaits. Cette politique a aidé à améliorer l'ordre public.

Pendant ce temps, en plus des programmes déjà mentionnés, plusieurs villes suisses ont ouvert des centres d'injection supervisée, et des services de prévention des méfaits sont apparus dans les prisons. Les programmes d'échange de seringues en prison ont donné de bons résultats. Leurs bénéfices les plus importants, en Suisse ou dans d'autres pays, sont une réduction des cas de VIH, d'hépatite C et de partage des seringues. De plus, on a constaté que ces programmes ne causent pas d'augmentation de la consommation de drogue.

En Suisse, démocratie directe, des référendums ont souvent lieu, et plusieurs d'entre eux ont porté sur les drogues. Les citoyens ont ainsi, à maintes reprises, rejeté des propositions visant l'adoption d'approches plus restrictives, mais ont aussi rejeté celles qui proposaient la légalisation et la dépénalisation. Selon M. Jürgens, cela montre la mentalité suisse, à la fois conservatrice et pragmatique.

Les leçons à tirer

Plusieurs leçons, estime M. Jürgens, peuvent être tirées de l'expérience de la Suisse. Elle représente pour lui un message d'espoir : les lois et politiques, même si elles sont prohibitionnistes, permettent un certain type d'innovation. La politique suisse a évolué lentement, prudemment, mais même dans un pays très conservateur, des changements pragmatiques peuvent être faits. On voit aussi qu'il est possible d'agir avant que les lois changent : des médecins et des experts du milieu de la santé, par devoir éthique, ont fait bouger les choses sans attendre que certains services soient permis par la loi. Enfin, l'expérience suisse montre qu'en donnant une bonne information au public, on peut le convaincre de soutenir des mesures des réductions des méfaits.

Texte intégral de la conférence de monsieur Jürgens

Je ne suis pas l'auteur de l'étude que je vais présenter, mais j'ai eu l'honneur de travailler beaucoup avec Joanne Csete, l'auteure, qui est professeure à l'Université Columbia. À travers cette conférence, je voudrais transmettre trois messages principaux.

Le premier, c'est que j'estime fondamental que nous tous, nous nous engageons pour que les lois et les politiques concernant les drogues changent, et ce, pour plusieurs raisons ayant trait aux droits humains, à l'économie, à la politique et à la santé publique. Personnellement, je travaille beaucoup dans les prisons des pays pauvres, par exemple en Europe de l'Est et en Asie centrale. Quand je vais dans ces pays, on me demande d'aider ces pays à introduire des mesures pour réduire les méfaits. Mais je suis confronté au fait qu'une grande majorité des personnes qui se trouvent dans ces prisons ne devraient pas y être du tout : puisqu'elles sont en prison pour avoir consommé de la drogue. Beaucoup de ces pays ont des peines bien plus sévères qu'au Canada. Ainsi, c'est bien beau d'essayer d'introduire dans ces prisons le programme d'entretien à la méthadone, ou des programmes d'échange de seringues — et j'y travaille d'ailleurs très fort avec plusieurs collègues —, mais finalement, quand je quitte la prison, je me dis toujours qu'un des problèmes fondamental, et peut-être le plus grand problème, c'est bien que beaucoup de ces personnes ne devraient tout simplement pas être en prison. J'essaie d'ailleurs de transmettre ce message aux décideurs.

Deuxièmement, la Suisse est l'exemple d'un de pays qui n'a pas procédé comme le Portugal, par la décriminalisation, mais où, même sans changer les lois ou avant de les changer, on fait beaucoup de choses pour améliorer la santé publique et la situation des personnes qui utilisent des drogues. La Suisse représente donc un message d'espoir : il y a un type d'innovation que les lois et politiques, même si elles sont prohibitionnistes, permettent.

Troisièmement, la Suisse, c'est aussi l'exemple d'un pays où des médecins et des gens de la santé publique ont pris des décisions et sont allés de l'avant, même avant que certains services deviennent possibles selon la loi. Ces gens ont dit : « C'est notre devoir éthique de faire certaines choses, parce qu'elles sont requises pour le bien-être de notre population. Les politiciens, eux, ne sont pas encore arrivés à ce point-là, mais nous, nous sentons que nous en avons l'obligation. » Et ils sont allés de l'avant. Ce message vaut pour tous : nous avons tous nos obligations éthiques et la possibilité de faire avancer la politique.

Joanne Csete a fait un examen approfondi de la littérature scientifique. Elle a lu une grande quantité d'articles de presse ainsi que tous les rapports publiés sur ce qui s'est passé en Suisse et qui concernent les lois et politiques sur les drogues. Elle a eu des entretiens personnels, souvent de longue durée (atteignant parfois deux, trois ou quatre heures) avec 19 personnes : des responsables politiques, des membres du Parlement, même l'ancienne présidente de la Confédération suisse; elle a parlé avec plusieurs prestataires de services, ainsi qu'avec des utilisateurs de services. Elle a ensuite envoyé une ébauche de son rapport aux personnes avec qui elle a parlé pour être certaine qu'elle avait bien compris ce qu'ils disaient.

Pour ma part, depuis le début des années 1990, je vais souvent visiter la Suisse pour des raisons de travail. J'ai visité, déjà en 1994, une prison suisse, dans le cadre de programmes d'échange de seringues et d'entretien à l'héroïne. Entre autres, j'ai largement visité les centres d'injection supervisée en Suisse. Enfin, j'ai vécu dans ce pays en 2010.

Donc, quelle a été la réponse de la Suisse au début de l'épidémie de narcotiques qu'elle a connue dans les années 1970? Elle a fait ce que beaucoup de pays ont fait : elle a révisé sa loi fédérale sur les drogues en 1975. Cette loi est ainsi devenue très sévère; elle rejetait même la mise à disposition de seringues, et elle imposait des critères très stricts pour la prescription de la méthadone. Puis, pendant très longtemps, cette loi n'a pas changé. Jusqu'à la fin des années 1980, on pourrait dire que la Suisse avait une politique prohibitionniste. Cela ne devrait pas surprendre, parce qu'en visitant ce pays, on a l'impression que les Suisses sont souvent remarquablement pragmatiques, mais aussi remarquablement conservateurs dans plusieurs de leurs positions. La loi sur les drogues reflétait donc ce conservatisme suisse que l'on connaît.

Malgré cette approche prohibitionniste, à la fin des années 1970, la Suisse a vécu une époque où un nombre grandissant de personnes utilisaient des drogues, et s'injectaient des drogues. Certains lieux dans le pays sont devenus de grands foyers de consommation de drogues à ciel ouvert. La police a souvent dispersé les usagers de ces lieux puis, en 1987, Zurich a permis à des usagers de se rassembler dans un lieu déterminé. Plusieurs images

ont été diffusées de cet endroit, qui s'appelait le Platzspitz; c'est un parc dans le centre de Zurich, très près de la gare principale. On l'a ensuite appelé le parc aux seringues. À peu près 1000 personnes s'y rassemblaient chaque jour. Naturellement, cela irritait la population de Zurich ainsi que la police, et des études montraient qu'il y avait beaucoup de risques pour la santé publique, notamment des risques de contracter le VIH, à cet endroit.

En 1992, le Platzspitz était fermé. Beaucoup d'usagers n'étaient pas des gens de Zurich et venaient des cantons avoisinants, de petits cantons avec de petites villes. On a essayé de rapatrier ces usagers dans leur ville d'origine, mais en raison d'un manque de services dans ces lieux, beaucoup de gens sont revenus à Zurich. Un lieu dédié à la consommation de drogue s'est donc reconstitué autour d'une gare abandonnée et finalement, ce deuxième endroit a à son tour été fermé, en 1995.

C'est vraiment le VIH qui a été le catalyseur des réformes des politiques, du moins au début. Le taux de VIH était plus élevé en Suisse qu'à peu près partout en Europe. Cela a duré jusqu'en 1995, alors que les réformes ont commencé à porter des fruits et que le taux de VIH en Suisse a baissé. Il y avait naturellement beaucoup de criminalité liée aux drogues dans ces endroits, c'était très apparent dans les villes; les personnes étaient visiblement malades et cela créait beaucoup d'inconfort chez la population. Les villes ont fini par demander au gouvernement fédéral de les aider à régler cette situation.

Mais finalement, ce sont les professionnels de la santé qui ont commencé à agir. Ils ont reçu, par la Ville de Zurich, l'autorisation d'établir des services tels que l'échange de seringues et d'autres services médicaux pour les utilisateurs de drogue. Il faut rappeler qu'à ce moment, les lois ne permettaient pas la distribution des seringues. La Ville de Zurich a autorisé les professionnels de la santé à faire cette distribution de seringues, même si la loi fédérale sur les drogues ne l'autorisait pas. Il semble d'ailleurs que cela ne soit pas extraordinaire : des cas semblables se sont produits dans d'autres pays, y compris au Canada où les premiers échanges de seringues se sont effectués sans qu'on sache vraiment si c'était légal.

La Ville de Berne a même installé une salle d'injection supervisée, qui a été active surtout au moment où le Platzspitz, le parc à seringues, a été fermé. Un groupe de médecins a commencé à offrir un service de distribution de la méthadone « à bas seuil », un service qui très vite a rejoint 800 personnes, tout cela à un moment où la loi ne permettait pas la distribution de la méthadone. Cela a pris du temps, mais les décideurs politiques ont tiré des leçons de ce qui s'est passé : ils ont vu les effets positifs des efforts faits par les services d'urgence qui avaient été établis. La méthadone qui, jusqu'à ce moment-là, nécessitait une autorisation gouvernementale au cas par cas, est ensuite devenue accessible en Suisse facilement (ce que signifie l'expression « à bas seuil »). Et les échanges de seringues sont devenus possibles, à partir de ce moment, non seulement dans les lieux ouverts de consommation de drogue, mais aussi dans beaucoup de villes.

Il s'est donc produit une augmentation très rapide de l'accès à la méthadone en Suisse, de la fin des années 1980 jusqu'à l'an 2000. Ensuite, cela s'est stabilisé. Mentionnons que les assurances de santé privées sont tenues de couvrir le maintien à la méthadone.

Une autre initiative, c'était d'offrir une thérapie assistée à l'héroïne. Les discussions là-dessus ont commencé dès 1990 en Suisse, quand des experts ont manifesté un intérêt pour la possibilité d'administrer, sous surveillance, de l'héroïne. Les premiers essais ont été autorisés en 1992; 1 000 personnes dans quatre villes et dans quelques prisons ont participé à ces essais. Ce programme visait des personnes dépendantes depuis longtemps et qui avaient échoué à un programme de maintien à la méthadone. Il faut dire que, même sans tenir compte des résultats positifs qui ont été obtenus, le simple fait que la Suisse a commencé ce programme a servi de paratonnerre politique; ce fut le principal paratonnerre politique. En effet, ni les programmes d'échange de seringues (qui n'existaient pas encore ou qui venaient d'être introduits dans les villes) ni l'augmentation rapide de l'accès à la méthadone n'ont attiré l'attention du public. L'attention était fixée sur la thérapie assistée à l'héroïne.

Mais finalement, après des années, les évaluations rigoureuses ont toutes démontré les effets bénéfiques de ce programme d'entretien à l'héroïne. On a vu, et c'était très important pour les citoyens et la police, une baisse de la criminalité liée aux drogues et de meilleurs résultats dans le domaine de la santé. On n'observa pas de signes d'augmentation de l'amorce de la consommation d'héroïne, on vit une stabilisation rapide de la dose et il n'y eut pas de baisse de la demande du programme de méthadone. Et ces données scientifiques très rigoureuses, qui ont été recueillies non seulement par des experts suisses, mais aussi dans une évaluation par l'Organisation mondiale de la Santé, ont aidé les Suisses à répondre aux objections avancées dans le pays même, mais aussi par les Nations Unies et les États-Unis.

Alors même que le programme d'entretien à l'héroïne était introduit et qu'on voyait les autres services offerts dans plusieurs villes en Suisse, la politique « à quatre piliers » est devenue la politique officielle du gouvernement suisse. Ce développement a eu lieu en 1994.

Qu'est-ce que la politique à quatre piliers? C'est une politique que d'autres pays ont ensuite adoptée. Elle se base sur le contrôle policier, la prévention, le traitement et la réduction des méfaits.

En Suisse, comme dans tous les pays, la police reçoit la majeure partie des fonds, mais les services sociaux et de santé sont solidement représentés à la table des décideurs politiques. On a vu, dans certaines parties de la Suisse, qu'au début, la police n'était pas en faveur de l'approche à quatre piliers et résistait au programme de réduction des méfaits, mais dans l'ensemble, elle a reconnu que les objectifs des nouvelles mesures de santé publique incluaient l'amélioration de l'ordre public. Et cela était très important pour elle.

Il faut aussi dire qu'en Suisse, qui est un état fédéral, la politique fédérale a mis l'accent sur le fait que les différents cantons, les différentes parties du pays avaient une certaine marge de manœuvre dans l'application du droit criminel. Un exemple : un des premiers cantons qui a adopté une approche moins dure contre les usagers des drogues, c'est le canton de Saint-Gall. Il a annoncé qu'il adopterait une politique consistant à traiter toute infraction liée aux drogues, à défaut de preuve de trafic, comme passible seulement d'une amende administrative.

Je l'ai mentionné, beaucoup d'énergie a été investie dans le volet de la recherche. Non seulement le programme de maintien à l'héroïne, mais aussi les autres programmes innovateurs qui ont été introduits en Suisse ont toujours été accompagnés de recherches très rigoureuses. Le but en était de fonder les politiques sur des données probantes.

J'ai déjà parlé de l'échange et de la vente de seringues, de la prescription à bas seuil de méthadone et de la thérapie assistée à l'héroïne, mais dans plusieurs villes de la Suisse, des centres d'injection supervisée ont été établis et, comme je l'ai déjà mentionné, il y a aussi eu des services complets de prévention des méfaits qui ont été établis dans les prisons.

Mme Dreifuss, ancienne présidente de la Suisse, a dit dans les entretiens avec Joanne Csete : « On n'a réussi à réagir adéquatement à la présence de VIH en prison qu'après avoir reconnu l'échec des efforts pour y éliminer l'injection de drogue ».

Les programmes d'échange de seringues en prison en Suisse ont démontré de bons résultats : il n'y a pas eu de conséquences négatives, mais plutôt une hausse du nombre de recours au traitement de la dépendance aux drogues. Les prisonniers qui ont commencé à utiliser les services d'échange de seringues se sont intéressés ensuite à d'autres programmes offerts en prisons; les gens qui travaillaient dans les prisons, quant à eux, trouvaient que leur sécurité était accrue parce que des seringues propres y étaient disponibles. Quand j'ai visité la première prison, en Suisse, où un tel programme a été ouvert en 1992, j'ai beaucoup parlé avec les gardiens. Je leur ai demandé : « Mais qu'est-ce que vous en pensez? » Ils ont répondu : « Avant, quand nous faisions des fouilles dans les cellules, nous avions toujours peur de nous piquer avec une seringue utilisée. Aujourd'hui, nous n'avons plus besoin de penser à cela, parce que nous avons trouvé une méthode pour que les prisonniers gardent leur matériel à certains endroits et parce qu'ils savent que nous, nous n'allons pas leur enlever leur matériel s'ils le gardent à ces endroits. » Il y a eu d'autres bénéfices, mais en général, les bénéfices les plus importants, c'est, comme l'ont montré toutes les évaluations faites en Suisse ou dans d'autres pays, qu'il s'est produit une réduction de l'incidence du VIH et de l'hépatite C et une diminution du partage de seringues. De plus, ni l'usage de drogue ni l'injection n'ont augmenté.

Un facteur très important pour comprendre la Suisse, c'est que c'est une démocratie directe. Cela signifie qu'il y a souvent des référendums qui sont tenus sur plusieurs sujets : beaucoup ont porté sur la politique des drogues. Le gouvernement doit travailler très fort pour convaincre les citoyens du bien-fondé de sa politique. Ces référendums ont démontré aussi qu'il est tout à fait possible de bien expliquer à une population pourquoi on adopte une approche plus souple, une approche basée sur la réduction des méfaits. On a vu qu'en 1997, les citoyens suisses ont rejeté, avec 70 % des votes, une proposition introduite par un organisme qui s'appelle Jeunesse sans drogue et qui visait l'adoption de politiques sur les drogues plus restrictives. Cette proposition aurait causé la fermeture du programme d'entretien à l'héroïne, aurait réintroduit les barrières pour le maintien à la méthadone et n'aurait pas permis les centres d'injection sécuritaire.

Soixante-dix pour cent des Suisses ont donc rejeté un retour à ce qu'était la situation avant l'établissement de ces services. Mais en même temps, les Suisses ont aussi rejeté une proposition visant la légalisation du cannabis. On peut donc dire que l'approche suisse est

plutôt pragmatique et très médicale, au lieu d'être progressiste ou basée sur les droits des personnes qui utilisent des drogues.

En 1999, les citoyens ont été interpellés une autre fois. Cette fois-ci, une proposition visait précisément la fermeture du programme d'entretien à l'héroïne. Encore une fois, ils ont rejeté la fermeture de ce service.

Puis il y a eu un changement de politique. Le parti populaire de droite qui s'opposait à l'approche des quatre piliers a connu une hausse spectaculaire de sa popularité et ceci a mené à un retard de la promulgation de la nouvelle loi sur les stupéfiants. C'est seulement en 2008 que la loi a finalement été adoptée. Et encore une fois, un référendum s'est tenu : 68 % des Suisses ont appuyé la nouvelle loi. Maintenant, l'approche des quatre piliers est incluse dans la loi. Pourtant, les Suisses ont encore rejeté la dépénalisation du cannabis à ce même moment.

Est-ce qu'on peut tirer des leçons de cette expérience en Suisse? Premièrement, redisons-le, cela montre qu'il est possible de faire certaines choses même avant que les lois changent. La politique en Suisse a évolué de façon très prudente, cela a été très long, mais on a vu que dans un pays très conservateur, des changements pragmatiques sont possibles. L'expérience suisse démontre aussi qu'il est très important de greffer à tout nouveau service un volet d'évaluation et de recherche afin que les décisions politiques et le débat public soient éclairés par des données probantes.

Les experts de la santé et les médecins ont joué un rôle central dans les décisions politiques sur la drogue. De son côté, la police est demeurée un élément important, mais elle n'a pas été l'unique intervenante. Et finalement, il est très important d'investir dans l'information du grand public sur les questions touchant les drogues, comme on l'a dit : il est possible de donner une bonne information au public pour qu'il soutienne les mesures des réductions des méfaits.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

