

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 11, NUMÉROS 2-3, DÉCEMBRE 2006

La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 – Examen basé sur les données

Environ les trois quarts des ressources de la Stratégie canadienne antidrogue sont consacrés à des efforts d'application de la loi, en dépit du manque de données scientifiques à l'appui de cette approche et de la rareté, voire de l'absence, d'évaluations des retombées de cet investissement. Dans le présent article de fond, Kora DeBeck, Evan Wood, Julio Montaner et Thomas Kerr font état d'une étude des dépenses et activités liées à la Stratégie antidrogue telle que renouvelée en 2003. Ils y examinent l'efficacité de la Stratégie à la lumière des données scientifiques actuelles sur la réduction des méfaits associés aux drogues. Les auteurs constatent que, bien qu'on ait promis que la Stratégie antidrogue demeure souple et que l'on fasse régulièrement état de ses progrès, l'information sur l'évaluation de son efficacité demeure limitée. Par ailleurs, la Stratégie n'a pas saisi l'occasion de promouvoir une norme nationale de soins pour réduire les préjudices les plus mortels de l'usage de drogue illicite. Les auteurs concluent que, d'un point de vue scientifique, la Stratégie canadienne antidrogue devrait mettre en priorité l'accent sur l'octroi de fonds fédéraux à des services efficaces, se fonder sur des données, aux chapitres de la prévention, du traitement et de la réduction des méfaits, et faire en sorte que ces services soient disponibles à tous les Canadiens.

Introduction

L'usage illicite de drogue est associé à une gamme de méfaits sociaux et sanitaires. En particulier, le risque de propagation du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang, lors d'un partage de seringues,

voir page 5



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



La publication de la *Revue VIH/sida, droit et politiques* est rendue possible en partie grâce à une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Nous remercions également le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et l'American Bar Association (ABA) pour leur contribution financière à la publication du présent numéro.

Supplément SIDA 2006

Les exposés sur des enjeux liés aux droits humains, lors du XVI^e Congrès international sur le sida, à Toronto (Canada) en août 2006, ont été plus nombreux que dans toutes les éditions précédentes de ce rassemblement.

Dans ce numéro de la *Revue VIH/sida, droit et politiques*, une section spéciale fait état des exposés les plus pertinents aux enjeux légaux, éthiques et de droits de la personne, présentés au Congrès et lors de ses rencontres satellites.

Voir page 67.



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR UNICEF ONJOC
PAM OIT UNESCO
PNUD PANGI OMS
UNEPA UNFPA BANQUE MONDIALE

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

publiée par le Réseau juridique canadien VIH/sida
1240 Bay Street, Suite 600
Toronto, Ontario
Canada M5R 2A7
Tél. : +1 (416) 595-1666
Télec. : +1 (416) 595-0094
Courriel : info@aidslaw.ca
www.aidslaw.ca

La *Revue VIH/sida, droit et politiques* offre des analyses et des sommaires de récents développements juridiques et des politiques, en lien avec le VIH/sida, afin de promouvoir l'éducation et l'échange d'information, d'idées et d'expériences, à l'échelle internationale.
La soumission d'articles, de commentaires et de reportages est appréciée.

Directeur de la rédaction et rédacteur en chef,
Développements au Canada :
David Garmaise, dgarmaise@rogers.com

Rédacteur en chef, Développements internationaux :
Richard Pearshouse, rpearshouse@aidslaw.ca

Rédacteur en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux – Canada :
Glenn Betteridge, gbetteridge@aidslaw.ca

Rédactrice en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux – International :
Alana Klein, aklein@aidslaw.ca

Coordonnateur : Vajdon Sohaili
Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault et
Johanne Forget
Mise en page : Liane Keightley, Taien Ng

La liste des membres du comité éditorial de la Revue VIH/sida, droit et politiques est accessible à www.aidslaw.ca/revue.

© Réseau juridique canadien VIH/sida 2006. Le Réseau encourage la diffusion de l'information contenue dans cette Revue et il permet d'en reproduire du matériel pour peu que l'origine et la source en soient mentionnées. La rédaction apprécierait que lui soit fourni un exemplaire des publications dans lesquelles des extraits de la Revue sont utilisés.

Circulation : 3000
ISSN 1712-624X

Abonnements

La *Revue VIH/sida, droit et politiques* est publiée trois fois l'an. Pour s'abonner, écrire aux coordonnées ci-dessus ou visiter la page www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin-abonnement.htm.

Abonnement annuel :
Au Canada : 75,00 \$ CAN
International : 125,00 \$ US (à payer en devise US)

Numéros individuels et antérieurs :
Au Canada : 12,00 \$ CAN
International : 12,00 \$ US (à payer en devise US)

La Revue est publiée depuis 1994. Les numéros 1(1) à 5(2/3) sont parus sous le nom de *Bulletin canadien VIH/sida et droit*; et les numéros 5(4) à 9(2), sous le nom de *Revue canadienne VIH/sida et droit*.

Tous les numéros sont accessibles sur Internet via www.aidslaw.ca/revue.

Pour information sur l'adhésion, écrire aux coordonnées ci-dessus ou visiter la page www.aidslaw.ca/devenezmembre.

La publication de la Revue VIH/sida, droit et politiques est rendue possible en partie grâce à une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Nous remercions également le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et l'American Bar Association (ABA) pour leur contribution financière à la publication du présent numéro.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs ou des chercheurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence de santé publique du Canada, de l'ONUSIDA ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Le contenu de cette publication ou d'autres documents ou déclarations du Réseau juridique canadien VIH/sida relève uniquement de ses auteurs, éditeurs et/ou du Réseau juridique; il ne devrait pas être interprété comme relevant de l'American Bar Association (ABA), à moins d'avis contraire. Aucun élément de la présente publication ne devrait tenir lieu d'avis juridique sur un cas particulier; un tel avis devrait être obtenu auprès d'un conseiller qualifié. La présente publication et tout formulaire et convention ci-inclus ont des fins exclusivement éducatives et informatives.

Au sujet du Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida (www.aidslaw.ca) œuvre à la promotion des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, au Canada et dans le monde, par ses travaux de recherche, d'analyse juridique et des politiques, d'éducation et de mobilisation communautaire. Le Réseau juridique est l'organisme chef de file au Canada sur les enjeux juridiques et de droits de la personne liés au VIH/sida.

Au sujet de l'American Bar Association

Comptant plus de 400 000 membres, l'American Bar Association (www.abanet.org) fournit des services d'accréditation de facultés de droit, de formation juridique continue et d'information sur le droit; des programmes d'assistance aux avocats et juges; et des initiatives d'amélioration du système juridique pour le grand public. Elle a pour mission d'agir comme représentante nationale de la profession juridique et de desservir les membres du public et de la profession en favorisant la justice, l'excellence professionnelle et le respect du droit.

Des commentaires?

Nous aimerions connaître vos idées et opinions. Les lettres à l'éditeur, les réactions à des articles publiés et les commentaires sur la formule de la Revue sont tous les bienvenus.

TABLE DES MATIÈRES

DOSSIERS

La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 – Examen basé sur les données	1
Propices à l'accès aux traitements? Les règles de l'OMC et la loi canadienne sur l'exportation de médicaments génériques	14
Les recommandations des CDC sur le test de routine pour le VIH : légalement, pas si routinières	19

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

Le LSI de Vancouver est prolongé pour une durée limitée	24
Les gardiens des prisons fédérales revendiquent un pouvoir de soumettre des détenus au test du VIH	26
Travail sexuel : un rapport va au delà de la décriminalisation	27
Marijuana médicinale : nouveau rapport de la SCS et abolition des fonds fédéraux à la recherche	29
En bref	30
Plainte de la BCPWA pour divulgation de la séropositivité par la police	
Toronto – Offensive contre les pipes à crack	
Peines d'emprisonnement avec sursis : abolition éventuelle pour certaines infractions liées à la drogue	
Les services de santé, dont l'échange de seringues : un enjeu majeur pour l'Enquêteur correctionnel	
Le SCC ferme les salons de tatouage sécuritaire	
Un organisme de travailleuses sexuelles est lauréat d'un Prix des droits humains	
Maintien de l'interdiction à vie aux hommes gais de donner du sang	
Des participants à SIDA 2006 demandent le statut de réfugié	

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

Cameroun – Un groupe onusien affirme que la détention d'hommes gais viole des droits humains	34
Fédération de Russie – La loi sur les ONG est problématique pour les organismes de droits humains	36
É.-U. – Le Bureau de la transparence gouvernementale critique le PEPFAR	37
Inde – Pression accrue sur le gouvernement pour décriminaliser l'homosexualité	38
Développements législatifs sur le VIH/sida	40
En bref	41
R.-U. – Examen législatif en matière de VIH et de droits humains	
É.-U. – Preuves de transmission du VIH en prison	
Europe et CEE – Mise à jour sur l'échange de seringues en prison	
Californie – Le gouverneur oppose son veto au projet de loi sur les condoms en prison	
Un activiste jamaïcain est lauréat d'un Prix des droits humains	
Inde – Retrait de la proposition de test prémarital obligatoire	
France – Restriction des visas de séjour des immigrants séropositifs au VIH	

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA

Une cour de C.-B. donne le feu vert à un service d'échange de seringues et de halte-accueil	45
Un autre détenu meurt du VIH dans un établissement du SCC – Libération conditionnelle pour des motifs d'ordre médical envisagée trop tard	47

.../4

La Cour fédérale accorde une nouvelle audience à la demande de statut de réfugié d'un homme séropositif originaire du Zimbabwe	48
La demande de statut de réfugié d'un Mexicain homosexuel séropositif est rejetée	49
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : 10 nouvelles affaires	50
En bref	54
La Cour suprême confirme le pouvoir du Tribunal de l'aide sociale de l'Ontario de tenir compte du <i>Code des droits de la personne</i>	
Un agent de police perd son action en négligence contre le SCC	
LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL	
Afrique du Sud – Une Cour ordonne au gouvernement de fournir des ARV à des détenus	56
É.-U. – Défendeur contraint de communiquer ses antécédents sexuels dans une poursuite pour transmission du VIH par négligence	58
Suisse – Femme séropositive obligée de livrer les noms de ses partenaires sexuels	60
É.-U. – Une restriction politique anti-prostitution, dans le financement de la lutte au sida, est jugée contraire au droit à la liberté d'expression	61
É.-U. – Candidat à l'emploi séropositif autorisé à poursuivre le Foreign Service pour discrimination	62
R.-U. – La Cour d'appel rejette la demande d'un détenu sur l'instauration d'un programme d'échange de seringues	64
En bref	65
Inde – La Haute Cour de l'Andhra Pradesh confirme le droit d'une personne séropositive à un emploi dans les forces policières	
Hong Kong – La Cour d'appel confirme que la criminalisation de la sodomie porte atteinte aux droits des gais	
Afrique du Sud – Une Cour d'appel annule la condamnation pour inconduite d'un médecin qui avait dénoncé l'inaction du ministre devant le VIH	
Afrique du Sud – Un adepte de la phytothérapie est contraint de cesser de diffamer les partisans des traitements	
SIDA 2006 : DROIT, ÉTHIQUE ET DROITS DE LA PERSONNE	
Avancement des droits des femmes : le rôle du litige	68
La réforme du droit et les droits fonciers des femmes en Tanzanie	71
« La deuxième à utiliser la seringue » : les droits humains des femmes qui utilisent des drogues	73
Le test de routine pour le VIH : trois points de vue	75
Le test de routine avec option de retrait : on n'en a pas encore démontré le bien-fondé	75
Le test du VIH à l'ère de l'accès rehaussé aux traitements : une perspective du Botswana sur les droits humains	78
L'offre routinière du counselling et du test du VIH : un droit humain	79
VIH et décriminalisation du travail sexuel en Nouvelle-Zélande	81
La provision d'aide juridique aux minorités vulnérables en Ukraine	82
Réflexions sur 25 ans de sida	84
Contrôle de la propagation du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection – La situation actuelle de la réduction des méfaits	86
Miser sur le droit des droits humains pour militer en faveur de programmes d'échange de seringues dans les prisons d'Europe	89
Traitement de la dépendance en Russie : pas de traitement de substitution	92
Déplacer la lutte sur leur terrain : le rôle des oppositions aux brevets, dans la lutte pour l'accès aux médicaments	94
Les négociations sur le libre-échange pourraient nuire à votre santé	96
Népal – Un environnement hostile à des populations vulnérables	97
La Convention relative aux droits de l'enfant dans un monde frappé par le VIH/sida	99
Le retrait de l'exigence d'auto-divulgence de la séropositivité au VIH, du formulaire canadien de demande de visa de résident temporaire	100
Attitudes communautaires à l'égard du rationnement des ARV : étude qualitative sur la justice et l'équité	102

La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 – Examen basé sur les données

de la page 1

demeure un important domaine de préoccupation.^{1,2} Au Canada, 269 000 personnes ont déclaré faire usage de seringues pour consommer des drogues, en 2004.³ Dans les six premiers mois de l'année 2005, plus de 20 % des nouveaux cas d'infection à VIH signalés au Canada étaient associés à l'injection de drogue; parmi les femmes nouvellement séropositives, l'injection de drogue était en cause dans 38 % des cas.⁴ La santé des personnes qui s'injectent des drogues est également menacée par le risque de contracter l'hépatite C, de développer des abcès, l'endocardite et d'autres infections liées à des pratiques d'injection, de même que par le risque de surdose.^{5, 6, 7, 8}

Les méfaits associés à l'usage de drogue impliquent également un fardeau économique considérable, pour les Canadiens. En 2004, les coûts médicaux liés à l'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection dans la ville de Vancouver étaient estimés à plus de 215 millions \$.⁹ À l'échelle nationale, les coûts de soins de santé attribuables à l'usage illicite de drogue ont été estimés à plus de 1,13 milliard \$ pour l'année 2002.¹⁰ La même année, il a été estimé que l'usage illicite de drogue avait contribué à plus de 215 000 journées d'absence du travail pour cause de maladie, résultant en des pertes de revenu de plus de 21 millions \$.¹¹

Au chapitre de l'application de la loi, il convient de noter que 23 % des accusations d'infractions

criminelles traitées en 2002 par les cours, au Canada, étaient rattachées à des drogues illicites. Le coût de ces affaires a été estimé à 330 millions \$, cette même année. De plus, toujours en 2002, les coûts en matière de police et de services correctionnels, en lien avec les drogues illicites, ont été estimés à 1,43 milliard \$ et à 573 millions \$ respectivement.¹² En dépit de ces efforts, l'*Enquête sur les toxicomanies au Canada* en 2002 a démontré que la consommation de drogues illicites avait atteint des taux records. En 1994, une part de 28,5 % des Canadiens avait déclaré avoir déjà fait usage de drogue illicite pendant leur vie; en 2004, cette proportion avait bondi à 45 %.¹³

De plus, l'application de la loi contribue au Canada à des taux d'incarcération qui dépassent ceux de la majorité des pays de l'Europe occidentale.¹⁴ Les communautés autochtones sont particulièrement affectées; les taux d'infection à VIH parmi les personnes autochtones qui font usage de drogue se révèlent plus élevés que parmi le reste de la population canadienne.¹⁵ De récentes études ont démontré que l'incarcération des utilisateurs de drogue par injection est associée de manière indépendante au partage de seringue¹⁶ ainsi qu'au fait de contracter le VIH.¹⁷ De fait, les estimés portent à croire qu'environ 20 % des infections par le VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection de Vancouver ont pu se produire en prison.¹⁸

Les politiques canadiennes en matière de drogue

Par des lois prohibant les stupéfiants, la Stratégie canadienne antidrogue cherche à répondre à des problèmes liés à l'usage de drogue en tentant de réduire la demande et la fourniture de drogues illicites. Les politiques canadiennes en matière de drogue sont dominées par l'approche fondée sur l'application de la loi depuis l'adoption, en 1908, de la *Loi sur l'opium*, qui a rendu illégales l'importation, la fabrication et la vente d'opium. Les efforts de contrôle des stupéfiants ont continué d'être fondés sur des lois – en l'occurrence la *Loi sur l'opium*, la *Loi sur les stupéfiants*, la *Loi sur les aliments et drogues*, et l'actuelle *Loi contrôlant certaines drogues et autres substances* – afin de bannir la production, la distribution et la consommation de drogues illicites.

La première stratégie canadienne en matière de drogue, introduite en 1987 sous le titre de « Stratégie nationale antidrogue », misait fortement sur une législation axée sur l'application des lois, criminalisant les personnes qui font usage de drogue, en donnant dans les faits un rôle majeur au système de justice pénale dans la réponse à l'usage de drogues illicites. Il convient toutefois de noter que la Stratégie nationale antidrogue reconnaissait que l'usage de drogue est principalement une question de santé.

En 1992, cette stratégie a été rebaptisée « Stratégie cana-

dienne antidrogue » et son budget quinquennal a été haussé de 210 à 270 millions \$. Notons qu'une part substantielle des fonds dévolus jusque-là à la réduction de la demande ont été détournés vers des efforts de réduction de l'approvisionnement.¹⁹ Par ailleurs, la Stratégie nationale de réduction de la conduite avec facultés affaiblies a été intégrée dans la Stratégie canadienne antidrogue, et un Bureau de la stratégie antidrogue a été mis sur pied pour coordonner cette dernière.

En 1997, la Stratégie canadienne antidrogue a été renouvelée, sans augmentation budgétaire. En 2001 et 2002, des inquiétudes quant à l'orientation et à l'efficacité de la stratégie ont été signalées dans plusieurs rapports gouvernementaux importants, dont le Rapport de la vérificatrice générale du Canada en 2001, le Rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites (2002) et le Rapport du Comité spécial [des Communes] sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments (2002).

En 2001, la vérificatrice générale du Canada a signalé que le gouvernement fédéral avait échoué à diriger et à coordonner efficacement une approche nationale pour aborder l'usage problématique de drogue. La vérificatrice générale a constaté que le gouvernement fédéral ne disposait pas d'information élémentaire quant au progrès de ses activités et ne savait pas même quelles sommes étaient investies par les provinces, territoires et municipalités dans des initiatives destinées à réduire l'approvisionnement et la demande de drogue.²⁰ Une analyse des dépenses recensées a révélé que les fonds investis par le gouvernement fédéral en lien avec les

drogues illicites étaient dirigés à 95 % vers des efforts de réduction de l'approvisionnement.²¹ La vérificatrice générale a signalé en revanche avoir été incapable de dénicher d'information sur l'étendue des problèmes d'abus de drogue au Canada.

À la suite du rapport de la vérificatrice générale, le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments a signalé lui aussi des préoccupations relatives à l'organisation et à la structure de la Stratégie canadienne antidrogue. Après avoir procédé à son examen approfondi, le Comité spécial a recommandé qu'« une Stratégie renouvelée inclue des buts et objectifs clairs et mesurables ainsi qu'un processus d'évaluation et d'imputabilité » [trad.].²²

Une part substantielle des fonds dévolus jusque-là à la réduction de la demande ont été détournés vers des efforts de réduction de l'approvisionnement.

Le Rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, rendu public la même année, contenait des critiques similaires. Le Comité du Sénat a écrit : « L'une des lacunes évidentes de la [stratégie antidrogue] est son incapacité – inévitable, en l'absence d'indicateurs clairs – de fournir une évaluation exhaustive de son succès au regard de ses objectifs » [trad.].²³ Après avoir

tenu compte de plusieurs des effets néfastes des politiques fondées sur l'application de la loi, le Comité du Sénat a conseillé au gouvernement canadien de s'orienter vers une approche de réglementation relative au contrôle du cannabis. Le rapport concluait que la prohibition du cannabis était infructueuse pour réduire la consommation ou l'usage problématique du cannabis, et que « la prohibition continue du cannabis compromet la santé et le bien-être des Canadiens » [trad.].²⁴

Ainsi, lors du renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue, en 2003, une attention particulière a été portée au développement d'une capacité de leadership; l'accroissement des capacités en matière de recherche, de suivi et de reddition de compte; et au soutien d'une modernisation des lois et politiques en matière de drogue.

Le but de notre analyse décrite dans le présent article était d'examiner de manière objective la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003. En particulier, nous faisons état de dépenses et activités liées à la stratégie renouvelée. De plus, nous évaluons ces activités et dépenses à la lumière des données scientifiques actuelles sur la réduction des méfaits liés à la drogue.

Méthodologie

Des renseignements au sujet des cadres de travail, des activités et des dépenses, en lien avec la Stratégie canadienne antidrogue, ont d'abord été collectés lors d'un examen exhaustif du site Internet du Gouvernement du Canada. Les expressions recherchées incluaient « drug strategy », « illicit drugs » et « drug policy ». Cette cueillette d'information a été suivie d'un exa-

men du site Internet de Santé Canada consacré à la Stratégie canadienne antidrogue (www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/index_e.html) ainsi que de rapport financiers pertinents du Conseil du Trésor du Canada (www.tbs-sct.gc.ca/common/us-nous_e.asp). Par la suite, les responsables de l'évaluation du rendement de la Stratégie canadienne antidrogue ont été contactés par écrit pour leur demander de nous fournir les rapports d'évaluation et renseignements pertinents aux dépenses projetées.

Des renseignements additionnels au sujet des dépenses de la stratégie antidrogue en lien avec le Fonds d'initiatives communautaires ont été obtenus à l'issue d'une demande d'accès à l'information. Un examen complet de tous les projets financés dans le cadre du volet Initiatives communautaires a été réalisé; les fonds octroyés aux projets ont été répartis en catégories, selon que le but principal du projet concernait la prévention des méfaits liés à l'alcool, le traitement de la toxicomanie, l'éducation et la prévention, le logement, la recherche et le développement, ou la réduction des méfaits. En outre, les dépenses pertinentes à des programmes de traitement de l'usage de drogue illicite ont été calculées au moyen de la formule employée précédemment par la vérificatrice générale du Canada. En l'espèce, la portion de fonds pour le traitement et la réhabilitation de personnes en lien avec l'usage de drogue illicite a été estimée à 45 % des dépenses totales dans le domaine du traitement.²⁵

La Stratégie canadienne antidrogue (2003)

Le but central de la Stratégie canadienne antidrogue (2003) est exprimé

comme suit : « offrir aux Canadiens et aux Canadiennes une société de plus en plus libre des méfaits associés à la consommation problématique de substances ». ²⁶ Il est par ailleurs affirmé dans la stratégie que, par une approche équilibrée pour réduire à la fois la demande de drogue et l'approvisionnement en drogue au moyen d'initiatives de prévention, de traitement, d'application de la loi et de réduction des méfaits, la Stratégie contribuera à « améliorer la santé et la sécurité au Canada ». ²⁷ Dans le cadre de travail pour l'évaluation de la Stratégie, il est affirmé que la Stratégie antidrogue a également pour objectifs de répondre à des critiques exprimées par le passé, quant à : un manque de leadership et de coordination de la part du gouvernement fédéral; un manque d'harmonisation aux divers paliers de gouvernement, et entre eux; la recherche, les connaissances et les cadres évaluatifs; un manque d'investissement dans des initiatives de réduction de la demande; et des approches désuètes aux chapitres du droit et des politiques. ²⁸

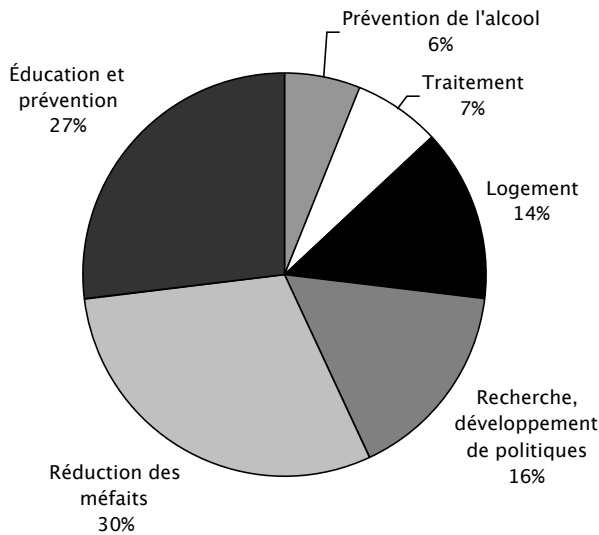
Les investissements en vertu de la Stratégie antidrogue ont été concentrés dans quatre domaines spécifiques. Le premier concerne les initiatives visant à rehausser la capacité de leadership et de coordination du gouvernement fédéral dans ce domaine. Un montant de 2,7 millions \$ a été alloué à Santé Canada, pour l'année 2003-2004, en vue du développement d'un Secrétariat de la Stratégie antidrogue, et 1,3 million \$ a été octroyé pour une conférence bisannuelle visant à rehausser la coordination et la clarification des agendas, priorités et buts nationaux. ²⁹

De nouvelles sommes monétaires ont également été octroyées à la

recherche et à la surveillance quant aux problèmes d'abus de drogue au Canada, par le biais du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Pour soutenir des initiatives de réduction de la demande, la stratégie renouvelée a mis l'emphase sur le développement de partenariats et d'interventions à l'appui de programmes communautaires d'éducation et de prévention. Cela a été fait principalement par le Fonds d'initiatives communautaires, qui a distribué un peu moins de 3 millions \$ dans l'année budgétaire 2004-2005 pour favoriser les approches communautaires en matière d'abus de drogue (voir le schéma 1 pour la répartition en catégories des dépenses de ce Fonds). ³⁰

Par le biais de la Stratégie antidrogue, le gouvernement fédéral a transféré 13 millions \$ aux provinces, en 2004-2005, pour des programmes de traitement de la toxicomanie et de réhabilitation. ³¹ D'après un document intitulé « Horizontal Logic Model in the Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy » [Modèle logique horizontal pour la gestion horizontale fondée sur les résultats et pour le cadre d'imputabilité de la Stratégie canadienne antidrogue], en 2004-2005, un fonds distinct d'environ 72 millions \$ a été octroyé à des programmes contre l'abus d'alcool et de drogue dans les Premières Nations; environ 3 millions \$ à des « tribunaux de traitement de la toxicomanie »; plus de 5 millions \$ à des services de sensibilisation aux drogues, y compris le programme nommé « Drug Abuse Resistance Education [D.A.R.E.] » [éducation à la résistance à l'abus de drogue]; et plus de 18 millions \$ à des services en matière d'abus d'alcool

Schéma 1 – Répartition du Fonds des initiatives communautaires en 2004-2005, par catégorie



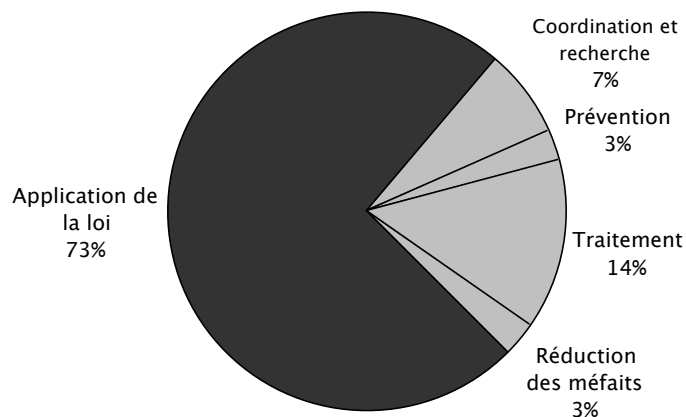
Source : Données reçues en vertu de la Loi sur l'accès à l'information (requête #A-2006-00249/ma).

et de drogue parmi les détenus de ressort fédéral, dont 8,8 millions \$ pour des programmes de traitement d'entretien à la méthadone.³² En outre, pendant l'année 2004-2005, une somme de 1,4 million \$ a été investie pour moderniser la législation et des politiques, y compris par des amendements aux mesures antérieures pour le contrôle des précurseurs.³³

Les documents comptables du Conseil du Trésor indiquent que, des 368 millions \$ dépensés en 2004-2005 en ce qui a trait à la lutte aux drogues illicites, 73 % (soit 271 millions \$) ont été dirigés vers les initiatives d'application de la loi (voir schéma 2). Ces mesures de réduction de l'approvisionnement financées par le gouvernement fédéral incluaient : les programmes de contrôle aux frontières (plus de 80 millions \$), les enquêtes de la GRC liées à la drogue (environ 75 millions \$), les services d'analyse de drogue (environ 8 millions \$) et les services fédéraux de poursuites judiciaires (environ

90 millions \$).^{34, 35} Les autres 26 % (soit 97 millions \$) sont allés à la coordination et au suivi de la stratégie renouvelée, et à la génération de recherches et de connaissances sur l'usage de drogue (7 %, soit 51 mil-

Schéma 2 – Portion des dépenses liées aux substances illicites, dans le cadre de l'actuelle Stratégie canadienne antidrogue pour 2004-2005, par catégorie



Source : Dépenses en réduction des méfaits, calculées à partir de documents fournis par le Gouvernement du Canada, *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy: Final Report*, 19 octobre 2004; et de données obtenues en vertu de la Loi sur l'accès à l'information (requête #A-2006-00249/ma; 24 juillet 2006). Autres calculs dérivés de *Plans, dépenses et résultats pour 2004/2005* (secrétariat du Conseil du Trésor du Canada).

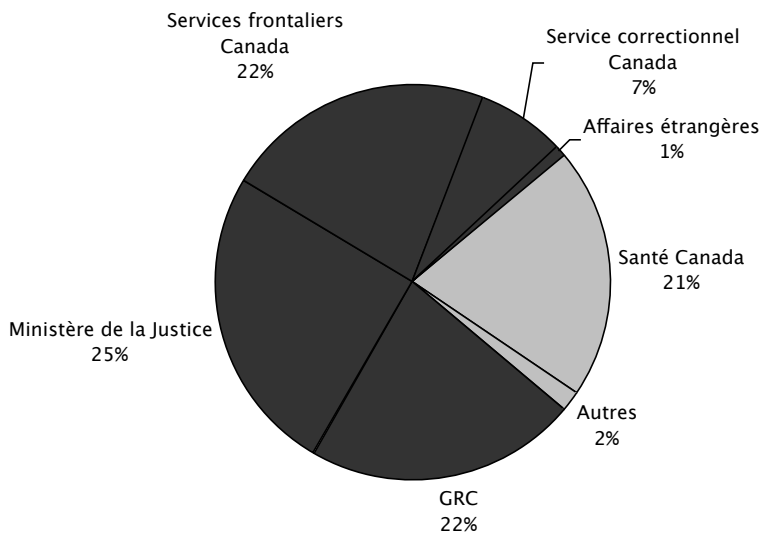
lions \$); et, finalement, à la prévention (2,6 %, soit 10 millions \$), au traitement (14 %, soit 51 millions \$) et à des programmes de réduction des méfaits (2,6 %, soit 10 millions \$).³⁶

D'autres analyses de la répartition des fonds de 2004-2005 de la Stratégie antidrogue, en ce qui a trait aux drogues illicites, révèlent que les départements liés à l'application de la loi en ont reçu une part de 77 % (soit 286,2 millions \$) (voir schéma 3). Notamment, la GRC a reçu 22 % (soit 82 millions \$), le ministère de la Justice 25 % (soit 92,4 millions \$), l'Agence des services frontaliers du Canada 22 % (soit 82 millions \$), le Service correctionnel du Canada 7 % (soit 27 millions \$) et Affaires étrangères 1 % (soit 2,9 millions \$).³⁷

Discussion

Notre analyse des données disponibles démontre que la structure de financement de la Stratégie canadienne antidrogue (2003) continue de concentrer les investissements

Schéma 3 – Portion des dépenses liées aux substances illicites, dans le cadre de l'actuelle Stratégie canadienne antidrogue pour 2004-2005, par ministère/agence



Source : *Plans, dépenses et résultats pour 2004/2005* (secrétariat du Conseil du Trésor du Canada).

dans les activités liées à l'application de la loi. Bien que la proportion des fonds alloués à ce type d'initiatives ait diminué de 95 % en 2001 à 73 % en 2005, la stratégie ne réagit pas rapidement au corpus croissant de données scientifiques qui démontrent que plusieurs des méfaits associés aux stupéfiants sont dus à des pratiques et politiques fondées sur l'application de la loi.^{38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46} Par exemple, en termes de pratique, il a été démontré que les stratégies d'intensification de l'activité policière ont pour effet de déstabiliser les marchés de drogue et de disperser vers des régions avoisinantes des zones d'intense activité associée à la drogue, des effets qui éloignent les utilisateurs des services de santé et de prévention qui leur sont destinés, comme les services d'échange de seringues et les programmes de traitement.^{47, 48}

Par ailleurs, la déstabilisation des marchés qui résulte de l'activité policière accrue entraîne des effets comme : une hausse de

la violence, des vols et des crimes contre la propriété; et chez certains utilisateurs qui jusque-là fumaient la drogue, un virage vers l'usage par injection.⁴⁹ Des comportements d'injection à risque élevé ont aussi été associés maintes fois à des pratiques d'application de la loi.^{50, 51, 52, 53} Lorsque la pression policière est intensifiée, lors d'efforts de réduction de l'approvisionnement, certains utilisateurs sont réticents à se procurer ou porter sur eux du matériel d'injection stérile.^{54, 55} Lorsque stressées, les personnes qui consomment par injection sont plus susceptibles d'escamoter d'importantes mesures de sécurité du processus d'injection.⁵⁶ En particulier, on a constaté que les utilisateurs de drogue par injection sont : moins susceptibles de prendre le temps de mesurer leur dose, ou de « tester » la concentration de la drogue, avant de se l'injecter;^{57, 58} moins susceptibles de désinfecter le matériel d'injection avant de l'utiliser;⁵⁹ et plus suscep-

tibles d'endommager leurs veines ou de s'infliger d'autres dommages aux tissus mous en raison de l'injection.⁶⁰

Cependant, alors que des données existent quant à des politiques policières de promotion de la santé, comme à Vancouver où la police a mis en œuvre des politiques fondées sur les données en matière de réponses aux surdoses⁶¹ et réfère en outre activement des utilisateurs de drogue au site d'injection supervisée, il n'est pas dit clairement si la Stratégie antidrogue actuelle appuie de telles initiatives ou partenariats, entre la police et le public, qui sont novateurs et favorables à la santé.

Pareillement, le maintien de lourds investissements dans des efforts de réduction de l'approvisionnement va à l'encontre du vaste corpus de données démontrant que de telles approches échouent constamment à réduire l'approvisionnement en drogue. Par exemple, un rapport publié en 2001 par l'Organisation mondiale des douanes signalait que, même après les événements du 11 septembre 2001, les mesures de sécurité aux frontières n'avaient qu'un effet négligeable sur l'entrée de drogues illicites aux États-Unis;⁶² et une récente étude canadienne a démontré que la plus grande saisie d'héroïne dans l'histoire canadienne n'avait pas eu d'impact sur l'utilisation, le prix et la concentration de l'héroïne, au palier local.⁶³ Par ailleurs, au lieu de guider les utilisateurs de drogue illicite vers des services de santé et de traitement, les pratiques fondées sur l'application de la loi entraînent souvent une augmentation du nombre d'utilisateurs de drogue placés dans des établissements de détention, en dépit de preuves que l'incarcération est associée à l'infection par le VIH, parmi les utilisateurs de drogue

par injection.^{64, 65, 66} De fait, comme nous l'avons mentionné, une récente évaluation indépendante au sujet de la transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection à Vancouver a conclu que 20 % des cas d'infection par le VIH parmi ces personnes ont pu se produire en prison.⁶⁷

Il est maintenant largement connu que, pour plusieurs individus, l'abstinence de drogue n'est pas un but réaliste.⁶⁸ L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a affirmé que « un point de mire exclusivement sur l'abstinence de drogue, comme but immédiat pour tous les patients, peut compromettre l'atteinte d'autres objectifs importants, comme la prévention du VIH » [trad.].⁶⁹ De fait, plusieurs programmes de traitement à critères souples et initiatives de réduction des méfaits qui fournissent des services à des personnes qui ne peuvent pas ou ne cherchent pas à arriver à l'abstinence de drogue illécite sont entravés par des politiques et pratiques d'application de la loi.⁷⁰ De plus, des coûts d'opportunité s'associent à des investissements aussi lourds dans l'application de la loi, car plusieurs programmes à critères souples manquent de financement et ne sont pas disponibles pour des populations d'utilisateurs de drogue par injection à risque élevé, en dépit de leurs effets bénéfiques démontrés pour la santé.^{72, 73}

La vérificatrice générale, le comité du Sénat et le comité spécial des Communes ont tous identifié la nécessité de comptes-rendus publics quant au rendement de la Stratégie canadienne antidrogue. Lorsque la stratégie a été renouvelée, en 2003, elle a été accompagnée d'un engagement à « utiliser des indicateurs de rendement mesurables et à présenter, tous les deux ans, un rap-

port au Parlement et aux Canadiens et Canadiennes sur les progrès de cette stratégie ». ⁷⁴ Cependant, aucun rapport ou évaluation de la stratégie renouvelée n'a encore été rendu public, et dans l'ensemble, on dénote un manque de reddition de comptes sur l'efficacité des ressources investies.⁷⁵ Par exemple, le programme de prévention dans les écoles, D.A.R.E., est un des principaux éléments financés du volet des Services de sensibilisation aux drogues.⁷⁶ En 2004-2005, D.A.R.E. a été déployé dans plus de 1 300 écoles, joignant plus de 50 000 élèves à travers le pays,⁷⁷ en dépit des preuves de son manque d'efficacité.^{78, 79, 80, 81, 82}

De fait, dans un document publié en 2001 par Santé Canada pour le compte de la Stratégie canadienne antidrogue, il est signalé que « des études parues dans des publications approuvées par les pairs, y compris une étude prospective sur cinq ans et une méta-analyse des évaluations des résultats de D.A.R.E., ont constamment révélé que le programme ne permet pas de prévenir ou de retarder la consommation de drogues, ni d'influer sur les intentions d'en consommer ». ⁸³ Ce document, intitulé *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes – Un compendium des meilleures pratiques*, recommande le développement de programmes qui intègrent des méthodes interactives d'enseignement et qui transmettent une information juste et équilibrée au sujet des drogues – des caractéristiques que le programme D.A.R.E. a échoué à intégrer efficacement.⁸⁴ D'un point de vue scientifique, plutôt que de continuer à financer des programmes D.A.R.E., la Stratégie canadienne antidrogue devrait inve-

stir dans des programmes plus novateurs d'éducation à la prévention. Néanmoins, en 2004-2005, des fonds de la Stratégie antidrogue ont été utilisés pour le renouvellement de la certification des 550 agents D.A.R.E. en poste et pour le recrutement et la formation de 150 autres.⁸⁵

Pareillement, 3,28 millions \$ ont été octroyés pendant l'année 2004-2005 à des tribunaux de traitement de la toxicomanie,⁸⁶ en dépit de l'absence de données scientifiques solides pour appuyer cette approche.⁸⁷ En effet, la Stratégie canadienne antidrogue continue de promouvoir et de financer de tels tribunaux à un degré plus élevé que des programmes de traitement volontaire qui ont un taux de succès établi et qui sont en manque perpétuel de financement.^{88, 89, 90}

Une autre lacune critique de la Stratégie canadienne antidrogue concerne le manque d'action résolue pour assurer que des services de santé publique vitaux existent partout au pays. Les soins de santé étant au Canada un domaine de compétence provinciale, la majorité des mesures de prévention, de traitement et de réduction des méfaits est laissée à la responsabilité des provinces. Cependant, aucune instance fédérale ne s'est occupée de vérifier si les provinces fournissent ces services et, le cas échéant, comment.⁹¹ Par exemple, en Colombie-Britannique, des programmes d'échange de seringues sont offerts dans seulement 14 villes et communautés.⁹² Cette situation persiste, en dépit d'évaluations rigoureuses à l'effet que les services d'échange de seringues sont efficaces à réduire les risques de transmission du VIH et du VHC parmi les utilisateurs de drogue par injection.^{93, 94}

L'OMS signale que « la provision d'accès à du matériel sté-

rile d'injection, aux utilisateurs de drogue par injection, et l'incitation à l'utiliser, sont des composantes essentielles des programmes de prévention du VIH, et elle devrait être considérée comme un élément de stratégies complètes pour réduire la demande de drogue illicites » [trad.].⁹⁵ Or la Stratégie canadienne antidrogue, qui se revendique d'un but d'ensemble consistant à réduire les méfaits associés à l'usage de drogue, ne prévoit aucun élément pour assurer la disponibilité de services élémentaires comme l'échange de seringues, à l'échelle nationale.

L'examen des dépenses effectuées jusqu'ici en vertu de la Stratégie canadienne antidrogue met aussi en relief d'importantes occasions qui ont été ratées alors qu'elles auraient pu servir à inciter et à soutenir efficacement le développement de services de santé publique nouveaux et novateurs qui auraient contribué au progrès de la réduction des méfaits associés à l'usage de drogue. En vertu de la Stratégie canadienne antidrogue actuelle, des interventions sanitaires novatrices, comme le lieu sécuritaire pour l'injection de Vancouver (InSite) et l'Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés (NAOMI), sont limitées à de modestes études pilotes et les exigences opérationnelles qui leur sont imposées sont très différentes de celles appliquées aux autres programmes liés à la drogue.

Dans le cas de l'InSite, ces exigences incluaient la condition que le département de police locale accorde son approbation à l'initiative, en dépit du statut d'intervention médicale de santé publique. Il est intéressant de voir que l'InSite et la NAOMI sont astreints à une norme d'évaluation extraordinairement élevée, alors que des projets comme le programme de

prévention D.A.R.E. dans les écoles, sous l'égide de la GRC, continuent d'être financés par la Stratégie canadienne antidrogue en dépit de l'absence de preuves d'efficacité. À l'inverse, l'évaluation scientifique officielle du site pour l'injection sécuritaire à Vancouver a documenté de manière objective une vaste gamme de retombées positives pour l'ordre public et la santé publique.^{96, 97, 98, 99, 100, 101}

Or, même en présence de résultats probants comme une augmentation du recours à des programmes de désintoxication parmi les clients de l'InSite,¹⁰² une réduction du partage de seringues¹⁰³ et une amélioration générale de l'ordre public dans le voisinage de l'établissement,¹⁰⁴ le gouvernement fédéral a récemment refusé de prolonger le permis d'opération du site pour une autre période de trois ans, en prétendant un manque de compréhension de l'impact de cette initiative.¹⁰⁵ (Voir « Le LSI de Vancouver est prolongé pour une durée limitée », à la rubrique Développements canadiens dans le présent numéro.) Le gouvernement a également placé un embargo sur l'ouverture de tout nouveau lieu sécuritaire pour l'injection. La décision du gouvernement fédéral et les commentaires du ministre de la Santé, en septembre 2006, à l'effet que « [p]our l'instant, la seule chose que la recherche a prouv[e] de façon concluante est que les toxicomanes ont besoin d'aide supplémentaire pour cesser de consommer »,¹⁰⁶ démontrent une compréhension lacunaire des données scientifiques issues de l'évaluation de l'InSite.

Conclusions

Bien que la Stratégie canadienne antidrogue eût été renouvelée en 2003 à la suite de critiques visant la réparti-

tion des fonds, les activités, le leadership et des lacunes dans le suivi et l'évaluation, plusieurs des problèmes persistent. Par cette Stratégie, le gouvernement fédéral continue d'investir lourdement dans des politiques et pratiques dont l'inefficacité ou les effets néfastes ont maintes fois été démontrés dans la littérature scientifique. En particulier, alors que le but déclaré de la Stratégie est de réduire les méfaits associés à l'usage de drogue, les données obtenues dans le cadre de la présente analyse mettent en relief que l'emphase principale demeure sur les approches conventionnelles fondées sur l'application de la loi, qui sont coûteuses et qui ont souvent pour effet d'exacerber les méfaits plutôt que de les atténuer. Par ailleurs, la Stratégie échoue à promouvoir une norme nationale de soins quant à la réduction des méfaits les plus mortels de l'usage de drogues illicites.

En ce qui touche la répartition des fonds, les conclusions de cette analyse indiquent que les investissements fédéraux actuels dans des initiatives de réduction des méfaits en lien avec le VIH/sida, et d'autres enjeux, sont minimes en comparaison avec l'argent versé aux sphères du traitement, et en particulier de l'application de la loi. Cela contraste fortement avec les récents commentaires de divers dépositaires d'enjeux ayant affirmé que l'on investit de manière disproportionnée dans des programmes de réduction des méfaits.¹⁰⁷

Nos constats indiquent que la Stratégie canadienne antidrogue souffre encore d'un manque d'évaluation appropriée. En dépit de promesses de comptes-rendus réguliers, l'information issue d'évaluations de la Stratégie est limitée, ce qui rend

difficile d'évaluer l'utilité des investissements.

L'exception à ce chapitre est le domaine de la Stratégie qui a permis d'innover en matière de réduction des méfaits, comme le projet pilote du lieu sécuritaire pour l'injection à Vancouver, qui a produit plusieurs études scientifiques dont les résultats ont été publiés. Cependant, il semble qu'alors que les interventions controversées que soutient la Stratégie antidrogue sont astreintes à des exigences extraordinaires en matière de preuve, les interventions soutenues à plus grands renforts monétaires demeurent sous-évaluées. Jusqu'à maintenant, la Stratégie canadienne antidrogue n'a pas mis de l'avant des normes nationales pour les soins aux Canadiens affectés par des problèmes d'usage de drogue.

En somme, nos constats indiquent que des défis persistent, en lien avec la Stratégie canadienne antidrogue, quant aux dépenses, aux activités, au leadership, au suivi et à l'évaluation. Une préoccupation plus vive découle du constat que des fonds continuent d'être octroyés à des programmes inefficaces. D'importance peut-être encore plus grande est le fait que, si le Canada entend accomplir sa mission de réduire les préjudices les plus graves qui s'associent à l'usage de drogue illicite, des mesures doivent être entreprises dès maintenant pour mettre en œuvre une stratégie nationale en matière de drogue qui soit réellement fondée sur les données.

– Kora DeBeck, Evan Wood,
Julio Montaner et Thomas Kerr

Les quatre auteurs sont du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS.

Kora DeBeck est également au Graduate Public Policy Program de la Simon Fraser University. Evan Wood et Thomas Kerr travaillent aussi à la Faculté de médecine de l'University of British Columbia. La correspondance devrait être communiquée à Thomas Kerr (tkerr@cfenet.ubc.ca).

Les auteurs remercient Gerald Thomas, Kenneth Tupper et Lindsey Richardson, pour leurs conseils initiaux sur l'approche cette analyse des ressources.

¹ Agence de santé publique du Canada, *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance au 30 juin 2005*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 2005.

² J. Buxton, *Vancouver Drug Use Epidemiology*, Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanes, 2005.

³ J. Rehm et coll., *Les coûts de l'abus de substances au Canada, 2002*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, mars 2006.

⁴ Agence de santé publique du Canada.

⁵ E. Adlaf, P. Begin et E. Sawka, *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : La prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.

⁶ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel 2005 : L'état du phénomène de la drogue en Europe*. Accessible via <http://ar2005.emcdda.europa.eu/en/home-en.html>.

⁷ J.S. Millar, *HIV, Hepatitis C, and Injection Drug Use in British Columbia: Pay Now or Pay Later?*, British Columbia Provincial Health Officer, juin 1998.

⁸ J.V. Cain, *Report of the Task Force into Illicit Narcotic Overdose Deaths in British Columbia, Province of British Columbia*, Office of the Chief Coroner, 1994.

⁹ L.M. Kuyper et coll., « The cost of inaction on HIV transmission among injection drug users and the potential for effective interventions », *Journal of Urban Health* 81, 4 (2004) : 655-660.

¹⁰ J. Rehm et coll.

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

¹³ E. Adlaf et coll.

¹⁴ Service correctionnel du Canada, *Guide de l'orateur*, Section 7 – Statistiques (http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/guideorateur/sec7_f.shtml).

¹⁵ K.J. Craib et coll., « Risk factors for elevated HIV

incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne* 168, 1 (2003) : 19-24.

¹⁶ E. Wood et coll., « Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users », *Public Health Reporter* 120, 2 (2005) : 150-156.

¹⁷ M. W. Tyndall et coll., « Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic », *AIDS* 17, 6 (2003) : 887-893.

¹⁸ H. Hagan, « The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning », *AIDS* 17, 6 (2003) : 911-913.

¹⁹ Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments, *Politique pour le nouveau millénaire – Redéfinir ensemble la stratégie canadienne antidrogue*, Chambre des communes, Gouvernement du Canada, décembre 2002.

²⁰ Bureau du vérificateur général du Canada, *Rapport 2001 de la vérificatrice générale du Canada*, chapitre 11 : « Les drogues illicites : le rôle du gouvernement fédéral », 2001.

²¹ *Ibid.*

²² Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments.

²³ Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, *Rapport final : Le cannabis – Positions pour le nouveau régime de politique publique pour le Canada*, (abridged version ed. University of Toronto), 2003.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Bureau du vérificateur général du Canada.

²⁶ Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue : de quoi s'agit-il?* Cat. H 128-1/05-443-1. 2005.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Gouvernement du Canada, *Horizontal Risk-Based Audit Framework: Strategic Risk Management of Canada's Drug Strategy Renewed. Final Report*, document reçu du Bureau du Secrétaire de la Stratégie antidrogue, 2004 [en filière auprès des auteurs].

²⁹ Gouvernement du Canada, *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy. Final Report*, document reçu du Bureau du Secrétaire de la Stratégie antidrogue, 2004 [en filière auprès des auteurs].

³⁰ Santé Canada, *Records Released Under the Access to Information Act*, requête #A-2006-00249/ma, Division de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels, 2006 [en filière auprès des auteurs].

³¹ *Ibid.*

³² Gouvernement du Canada, *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy. Final Report*.

³³ Secrétaire du Conseil du Trésor du Canada, *Canada's Drug Strategy – Plans, Spending and Results 2004/2005*, Gouvernement du Canada [base de données en-ligne]. Accessible via http://www.tbs-sct.gc.ca/proxy.lib.sfu.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/cds-sca/2004-2005-bd_e.htm#s7. [consulté le 6 juin 2006].

³⁴ Gouvernement du Canada, *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy. Final Report*.

³⁵ Secrétaire du Conseil du Trésor du Canada.

³⁶ Sources de données pour les calculs : *Plans, Spending*

- and Results for 2004-2005 (Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada), [disponible en-ligne]; *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy. Final Report* (Gouvernement du Canada) [en filière auprès des auteurs]; et informations livrées par Santé Canada, comme suite à une requête en vertu de la Loi sur l'accès à l'information [aussi en filière auprès des auteurs]. Pour cette analyse, la portion des fonds pour le traitement et la réhabilitation en lien avec les drogues illicites a été estimée à 45 % du total des dépenses au chapitre des traitements; cette proportion est fondée sur l'estimation faite en 2001 par la vérificatrice générale du Canada, à cet effet.
- ³⁷ Ibid.
- ³⁸ E. Wood et coll., « The impact of a police presence on access to needle exchange programs », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 34, 1 (2003) : 116-118.
- ³⁹ D. Dixon et P. Coffin, « Zero tolerance policing of illegal drug markets », *Drug and Alcohol Review*, 18 : 477-486.
- ⁴⁰ J. Csete et J. Cohen, « Abusing the user: police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver », *Human Rights Watch* 15, 2B (2003) : 1-28.
- ⁴¹ H. Cooper et coll., « Characterizing perceived police violence: implications for public health », *American Journal of Public Health* 94, 7 (2004) : 1109-1118.
- ⁴² T. Kerr, W. Small et E. Wood, « The public health and social impacts of drug market enforcement: a review of the evidence », *International Journal of Drug Policy* 16, 4 (2005) : 210-220.
- ⁴³ J. Fitzgerald, « Policing as public health menace in the policy struggles over public injecting », *International Journal of Drug Policy* 16, 4 (2005) : 203-206.
- ⁴⁴ S. Friedman et coll., « Relationship of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas », *AIDS* 20, 1 (2006) : 93-99.
- ⁴⁵ H. Cooper, D. Wypij et N. Krieger, « Police drug crackdowns and hospitalization rates for illicit-injection-related infections in New York City », *International Journal of Drug Policy* 16, 3 (2005) : 150-160.
- ⁴⁶ D. Dixon et L. Maher, « Anh Hai: policing, culture and social exclusion in a street heroin market », *Policing & Society* 12, 2 (2002) : 93-110.
- ⁴⁷ E. Wood et coll., « Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown », *Journal de l'Association médicale canadienne* 170 (2004) : 1551-1556.
- ⁴⁸ L. Maher et D. Dixon, « Policing and public health: law enforcement and harm minimization in a street-level drug market », *British Journal of Criminology* 39, 4 (1999) : 488-512.
- ⁴⁹ Ibid.
- ⁵⁰ Ibid.
- ⁵¹ T. Kerr, W. Small et E. Wood.
- ⁵² W. Small et coll., « Impacts of intensified police activity on injection drug users: evidence from an ethnographic investigation », *International Journal of Drug Policy* 17, 2 (2006) : 85-95.
- ⁵³ C. Aitken et coll., « The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street », *International Journal of Drug Policy* 13 (2002) : 189-198.
- ⁵⁴ L. Maher et D. Dixon.
- ⁵⁵ K. Blankenship et S. Koester, « Criminal law, policing policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 30, 4 (2002) : 548-559.
- ⁵⁶ H. Cooper et coll., « The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: a qualitative study », *Social Science & Medicine* 61,3 (2005) : 673-684.
- ⁵⁷ L. Maher et D. Dixon.
- ⁵⁸ W. Small et coll.
- ⁵⁹ H. Cooper et coll.
- ⁶⁰ L. Maher et D. Dixon.
- ⁶¹ D. Wiebe, Inspector I 162, *Vancouver Police Department Planning and Research Section Policy Report*, vol. 0648, Vancouver Police Department, 2006.
- ⁶² Organisation mondiale des douanes, *Rapport annuel de 2001*.
- ⁶³ E. Wood et coll., « Impact of supply-side policies for control of illicit drugs in the face of the AIDS and overdose epidemics: investigation of a massive heroin seizure », *Journal de l'Association médicale canadienne* 168, 2 (2003) : 165-169.
- ⁶⁴ W. Small et coll.
- ⁶⁵ E. Wood, J. Montaner et T. Kerr, « HIV risks in incarcerated injection-drug users », *The Lancet* 366, 9500 (2005) : 1834-1835.
- ⁶⁶ E. Wood et coll., « Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users ».
- ⁶⁷ H. Hagan.
- ⁶⁸ Health Officers Council of British Columbia, *A Public Health Approach to Drug Control in Canada – Discussion Paper*, octobre 2005.
- ⁶⁹ Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *WHO/UNODC/UNAIDS Position Paper: Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention*, 2004.
- ⁷⁰ E. Wood et coll., « The impact of a police presence on access to needle exchange programs ».
- ⁷¹ W. Small et coll.
- ⁷² Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission Through Drug-Dependence Treatment*, 2004.
- ⁷³ Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission Through Outreach*, 2004.
- ⁷⁴ Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue – Imputabilité et rapport*, Cat. H128-1/05-443-4, 2005.
- ⁷⁵ Analyste en évaluation, Secrétariat du Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada, correspondance personnelle [avec K. DeBeck], 17 mai 2006.
- ⁷⁶ Gouvernement du Canada, *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy. Final Report*.
- ⁷⁷ Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada.
- ⁷⁸ H. Becker, M. Agopian et S. Yeh, « Impact evaluation of drug abuse resistance education (DARE) », *Journal of Drug Education*, 22, 4 : 283-291.
- ⁷⁹ R. Clayton, A. Cattarello et B. Johnstone, « The effectiveness of drug abuse resistance education (Project DARE): 5-year follow-up results », *Preventive Medicine* 25, 3 (1996) : 307-318.
- ⁸⁰ S. Ennett et coll., « How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations », *American Journal of Public Health* 84, 9 (1994) : 1394-1401.
- ⁸¹ D. Rosenbaum et coll., « Cops in the classroom: a longitudinal evaluation of drug abuse resistance education (DARE) », *Journal of Research in Crime and Delinquency* 31, 1 (1994) : 3-31.
- ⁸² D. Rosenbaum et G. Hanson, « Assessing the effects of school-based drug education: a six-year multilevel analysis of Project D.A.R.E. », *Journal of Research in Crime and Delinquency* 35, 4 (1998) : 381-412.
- ⁸³ G. Roberts et coll., « Prévention des problèmes attribuables la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes – Un compendium des meilleures pratiques », Gouvernement du Canada, 2001.
- ⁸⁴ S. Ennett et coll.
- ⁸⁵ Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada.
- ⁸⁶ Gouvernement du Canada, *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy. Final Report*.
- ⁸⁷ J. Anderson, « What to do about 'much ado' about drug courts? », *International Journal of Drug Policy* 12, 5-6 (2001) : 469-475.
- ⁸⁸ E. Wood et coll., « Inability to access addiction treatment and risk of HIV infection among injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 36, 2 (2004) : 750-754.
- ⁸⁹ D. MacPherson, *A Framework for Action – A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*, édition révisée d'avril, Drug Policy Program, 2001.
- ⁹⁰ J.S. Millar.
- ⁹¹ Agent de programmes, Bureau de la réduction de la demande, Santé Canada, correspondance personnelle [avec K. DeBeck], 22 juin 2006.
- ⁹² Government of British Columbia, Ministry of Health, *HIV/AIDS and Problematic Substance Use: Needle Exchanges*, 21 juillet 2005. Disponible via www.healthservices.gov.bc.ca/hiv/needle.html.
- ⁹³ Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *WHO/UNODC/UNAIDS Position Paper: Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention*.
- ⁹⁴ Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission*, 2004.
- ⁹⁵ Ibid.
- ⁹⁶ M. Tyndall et coll., « Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility », *Drug and Alcohol Dependence* 83, 3 (2006) : 193-198.
- ⁹⁷ E. Wood et coll., « Service uptake and characteristics of injection drug users utilizing North America's first medically supervised safer injecting facility », *American Journal of Public Health* 96, 5 (2006) : 770-773.
- ⁹⁸ T. Kerr et coll., « Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility », *International*

Journal of Drug Policy, sous presse, version finalisée, (2006).

⁹⁹ E. Wood et coll., « Safer injecting education for HIV prevention within a medically supervised safer injecting facility », *International Journal of Drug Policy* 16, 4 (2005) : 281-284.

¹⁰⁰ T. Kerr et coll., « Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study », *British Medical Journal* 332, 7535 (2006) : 220.

¹⁰¹ E. Wood et coll., « Do supervised injecting facilities

attract higher-risk injection drug users? », *American Journal of Preventive Medicine* 29, 2 (2005) : 126-130.

¹⁰² E. Wood et coll., « Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services », *New England Journal of Medicine* 354 (2006) : 2512-2514.

¹⁰³ Kerr, T., et coll., « Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users », *The Lancet* 366, 9482 (2005) : 316-318.

¹⁰⁴ E. Wood et coll., « Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users », *Journal de l'Association*

médicale canadienne 171 (2004) : 731-734.

¹⁰⁵ Santé Canada, « Pas de nouveau site d'injection supervisé pour les toxicomanes tant qu'il n'y aura pas de réponse aux questions posées, déclare le min[ist]re Clement » (communiqué), Ottawa, 1^{er} septembre 2006.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ B. Cleverley, « Tories say no decision on drug injection site until end of 2007 », CanWest News Service, 2 septembre 2006. Disponible via www.canada.com/topics/news/politics/story.html?id=9a8e3301-ee1e-47ab-b52b-351d6537a474&k=12244.