



Jugement déficient :

Évaluation de l'opportunité des tribunaux de traitement de la toxicomanie, en réponse à l'usage de drogue au Canada



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



Canadian HIV/AIDS Legal Network	Réseau juridique canadien VIH/sida
--	---



**Jugement déficient :
Évaluation de l'opportunité des tribunaux de
traitement de la toxicomanie, en réponse à l'usage
de drogue au Canada**

Réseau juridique canadien VIH/sida
Octobre 2011



Jugement déficient : Évaluation de l'opportunité des tribunaux de traitement de la toxicomanie, en réponse à l'usage de drogue au Canada

© 2011 Réseau juridique canadien VIH/sida

Ce document est téléchargeable à www.aidslaw.ca/drogues.

Données de catalogage avant publication (Canada)

Allard P., T. Lyons et R. Elliott (2011). Jugement déficient : Évaluation de l'opportunité des tribunaux de traitement de la toxicomanie, en réponse à l'usage de drogue au Canada. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida.

ISBN 978-1-926789-07-1

Note sur le document

Ce rapport a été documenté et rédigé par Patricia Allard, Tara Lyons et Richard Elliott.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles de ses auteurs/chercheurs.

Le genre grammatical masculin est utilisé pour désigner femmes et hommes, sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Remerciements

De précieuses recherches ont été effectuées par Eli Arkin, Milton Castelen, Tara McElroy et Scott Toshiaki Tanaka.

Les auteurs remercient sincèrement les individus qui ont généreusement révisé des ébauches du rapport et fourni des commentaires utiles : Shelly Addley, Katheryne Schult, Benedikt Fischer, Dan Werb, Donald MacPherson, Zoë Dodd, Ann Livingston, Tucker Gordon, Alison Symington et Raffi Balian. Merci aussi à ceux et celles qui ont partagé leurs réflexions et leur expertise sur les tribunaux de traitement de la toxicomanie : Graham Murray, la juge Mary L. Hogan, le juge Kofi Barnes, Joanne Prince, Tina Tom, Robin Cuff, Kevin Wilson, Doug Brady, Judie Birns et Soja Sinclair.

Merci à Vajdon Sohaili pour la révision et la mise en page.
La traduction française est de Jean Dussault et Josée Dussault.

Illustration : Conny Schwindel

Le Réseau juridique ne fournit pas d'avis juridique, ni de représentation légale aux individus ou groupes. L'information contenue dans cette publication n'est pas un avis juridique et ne devrait pas être considérée ainsi. Si vous avez besoin d'un avis juridique, prière de communiquer avec un avocat ou avec une clinique d'aide juridique qui connaît les lois en vigueur dans votre ressort.

Cette publication a été financée par la Fondation Levi Strauss.
Les opinions qui y sont exprimées sont celles des auteurs/chercheurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de la Fondation Levi Strauss.

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 et d'analyse, de plaidoyer et d'action en justice, d'éducation du public et de mobilisation communautaire. Il est l'organisme de plaidoyer chef de file au Canada sur les enjeux juridiques et de droits de la personne liés au VIH/sida.

Réseau juridique canadien VIH/sida

1240, rue Bay, bureau 600, Toronto (Ontario) Canada M5R 2A7
Téléphone : +1 416 595-1666 | Télécopie : +1 416 595-0094
Courriel : info@aidslaw.ca | Site Internet : www.aidslaw.ca



Table des matières

Introduction _____	1
Les tribunaux de traitement de la toxicomanie dans le contexte canadien _____	2
Contexte de la santé publique : usage de drogue, VIH et hépatite C	2
Évolution des politiques en matière de drogue	4
Usage de drogue et approches au traitement de la toxicomanie	6
Les tribunaux canadiens de traitement de la toxicomanie : aperçu et objectifs ____	9
Bref historique et situation actuelle des tribunaux de traitement de la toxicomanie	9
Principales caractéristiques communes des tribunaux de traitement de la toxicomanie	11
Objectifs et philosophie des tribunaux de traitement de la toxicomanie	12
Les tribunaux de traitement de la toxicomanie, un traitement quasi imposé	15
Les tribunaux de traitement de la toxicomanie, en action _____	17
Le traitement de la toxicomanie dans le processus traditionnel de la justice criminelle	17
Les peines d'emprisonnement avec sursis	17
La déjudiciarisation avant le procès	19
Les tribunaux de traitement de la toxicomanie : combinaison de châtiment et de traitement	20
Pénalités et récompenses : la jurisprudence thérapeutique en action	20
Les principaux intervenants des tribunaux de traitement de la toxicomanie	22
Réunions préalables à la comparution	24
Admission à un tribunal de traitement de la toxicomanie	25
Évaluation de l'efficacité des tribunaux de traitement de la toxicomanie _____	31
Problèmes de méthode dans les évaluations de tribunaux de traitement de la toxicomanie	32
Les groupes témoins/comparatifs	32
Des taux élevés d'attrition	34
Un manque d'évaluation des résultats à long terme	34
Problèmes méthodologiques : conclusion	35
Les taux de graduation	35
Participant·es de sexe féminin	36
Participant·es autochtones	37
La réduction de la récidive	39
L'évitement de coûts	39
Conclusion	40
Conclusion et recommandations _____	41
Des politiques centrées sur la santé, afin de prévenir et de réduire les méfaits individuels et sociaux associés à l'usage de drogue	41
Avenues appropriées pour la déjudiciarisation	43
Occasions d'améliorer le fonctionnement des tribunaux de traitement de la toxicomanie	43



Introduction

Ces vingt dernières années, les tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT) sont devenus, au Canada, une avenue répandue de rechange à l'emprisonnement. Les TTT sont des tribunaux spécialisés qui ont pour buts de réduire la criminalité associée à la drogue et d'améliorer la sécurité publique en fournissant un traitement intensif et supervisé, à l'extérieur du système carcéral, à des personnes aux prises avec la dépendance à une drogue. Ces tribunaux spécialisés sont souvent présentés comme une approche plus efficace et plus humaine par laquelle le système judiciaire peut aider des personnes pour lesquelles l'usage de drogue est un facteur de leurs démêlés avec le système de justice pénale, tout en allégeant la tâche des autres tribunaux et les méfaits pour l'ensemble de la communauté.

L'évaluation de l'efficacité des TTT mène cependant à une conclusion mitigée. Le présent rapport vise à effectuer un examen critique des TTT canadiens à l'aide des données disponibles, ce qui inclut des documents d'évaluation du processus et des résultats de TTT, des éléments de documentation parallèle et des travaux de recherche universitaire. Notre évaluation met à profit, par ailleurs, des entrevues avec un certain nombre d'informateurs clés qui ont diverses interactions avec des TTT. Outre la question de l'efficacité, nous abordons dans le présent rapport certaines préoccupations ayant trait aux politiques plus générales. Le développement des TTT en tant que mesure de rechange à l'incarcération (celle-ci conduisant à une situation où l'accès à la gamme souhaitable d'options pour le traitement de la toxicomanie est souvent limité) constitue une étape importante de la reconnaissance de l'importance du traitement pour répondre à la criminalité associée à la drogue. Cette évolution dans la réflexion — le souhait de répondre en amont à l'usage problématique de drogue en tant que question sous-jacente de santé dans bien des cas, plutôt qu'en imposant forcément des peines criminelles sévères — est louable. Néanmoins, il est important d'examiner si les mesures punitives qu'utilisent les TTT portent indûment atteinte aux droits de la personne et à une approche fermement ancrée dans la sphère de la santé publique. Nous devons aussi nous demander si certaines activités liées à la drogue ne pourraient pas être abordées strictement par les intervenants du domaine de la santé publique plutôt que par le biais du système judiciaire; si un éventail plus large de services de traitement de la toxicomanie pourrait et devrait être rendu disponible; et si des améliorations au système actuel des TTT sont possibles.

Les TTT sont fondés sur la prémisse qu'en éliminant ou en réduisant l'usage de drogues illicites, ils contribueraient du même coup à réduire la criminalité associée à la drogue, et ainsi à rehausser l'ordre et la sécurité publics. Toutefois, les caractéristiques coercitives du système des TTT entraînent un empiètement sur la sphère du traitement, et peuvent déformer les protections judiciaires des accusés au point d'affecter leurs intérêts en matière de santé et de porter atteinte à leurs droits de la personne. À l'aide des données probantes disponibles, ce rapport évalue l'efficacité des TTT en termes de coûts et de réduction de l'usage de drogue ainsi que de la récidive. Nous constatons que les données citées pour affirmer l'efficacité des TTT sont à tout le moins non concluantes. Par ailleurs, les besoins des populations vulnérables que les TTT ciblent, par un traitement intensif et supervisé, n'ont pas été adéquatement analysés ou pris en compte; par conséquent, ces populations pourraient être exposées de manière disproportionnée aux effets punitifs des TTT. En dépit de bonnes intentions, compte tenu des nombreuses lacunes du système de TTT ainsi que de son potentiel de nuire

au bien-être physique et mental et de porter atteinte à des droits de la personne, il est essentiel de prendre en considération des avenues de rechange qui seraient plus propices à respecter, protéger et réaliser comme il se doit les droits de la personne des individus qui ont une dépendance à une drogue, tout en atteignant les buts, soit réduire la criminalité associée à la drogue et ainsi améliorer la sécurité publique.

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie dans le contexte canadien

Contexte de la santé publique : usage de drogue, VIH et hépatite C

L'usage problématique de drogue est à la base une préoccupation de santé publique — intensifiée par le degré auquel les pratiques non sécuritaires de consommation de certaines drogues contribuent à la propagation d'infections transmissibles par le sang, notamment le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite C (VHC). Les personnes qui font usage de drogue sont parmi celles que ces épidémies affectent particulièrement. Or le fait que l'on ait abordé l'usage de drogue principalement par la prohibition en vertu du droit criminel n'a servi qu'à exacerber les épidémies de consommation à risque et de maladies infectieuses. Le taux élevé de démêlés avec le système de justice pénale, parmi les personnes qui font usage de drogue, et en particulier celles qui ont une dépendance, entraîne aussi des taux élevés de personnes vivant avec le VIH ou le VHC, parmi les individus visés par des mesures judiciaires. Le taux élevé d'incarcération de personnes qui font usage de drogue contribue aussi à la prévalence élevée et disproportionnée du VIH et du VHC en prison et, étant donné les conditions de détention, à des risques encore plus élevés de transmission de ces agents infectieux. Par conséquent, la réponse du système judiciaire à l'usage de drogue et à la criminalité qui s'y associe — y compris l'avènement des TTT — est également une préoccupation de santé publique et un enjeu pertinent à la réponse au VIH et au VHC.

Au début des années 90, des chercheurs canadiens ont signalé qu'une épidémie explosive de VIH était imminente parmi les personnes s'injectant des drogues.¹ Peu d'attention a été portée à cette crise de santé publique en son stade d'émergence. En conséquence, la transmission du VIH et du VHC associée à l'injection de drogue et les décès dus à des surdoses ont atteint des proportions épidémiques dans plusieurs municipalités, au cours de cette période. On a estimé que l'injection de drogue était la voie de transmission en cause dans approximativement 50 % des nouveaux cas de VIH diagnostiqués en 1996 à l'échelle du Canada.² Ce chiffre a diminué de moitié au cours de la décennie qui a suivi; en 2008, on estimait que 17 % des nouveaux cas d'infection étaient attribuables à l'utilisation de matériel d'injection non stérile.³ En dépit de ce développement positif, les pratiques d'injection non sécuritaires jouent encore un rôle important dans la propagation du VIH — et certaines populations demeurent affectées de manière disproportionnée. L'injection de drogue est un facteur d'importance particulièrement marquée dans l'épidémie du VIH parmi les peuples autochtones du Canada : « Entre 1998 et la fin de 2006, elle était signalée comme catégorie d'exposition dans 53,7 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les Autochtones de sexe masculin et 64,4 % des déclarations chez les Autochtones de sexe féminin. »⁴

Le taux général de prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues demeure élevé et inacceptable.⁵ L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a rapporté qu'entre 2005 et 2008, la prévalence du VIH parmi les 3 287 utilisateurs de drogue par injection (UDI) ayant participé à l'étude se situait

¹ R.S. Remis et D.W. Sutherland, « The epidemic of HIV and AIDS in Canada: current perspectives and future needs », *Revue canadienne de santé publique* 84 (1993) : 34–38.

² Santé Canada, *L'usage de drogues par injection et le VIH/sida : Réplique de Santé Canada au rapport du Réseau juridique canadien VIH/sida*, 2001.

³ Agence de la santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida — Juillet 2010*, Chapitre 10, 2010 (<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/10-fra.php>).

⁴ Agence de la santé publique du Canada, *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones*, 2010, p. 24.

⁵ Agence de la santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida — Juillet 2010*, Chapitre 10, 2010 (<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/10-fra.php>).

entre 3 et 21 %.⁶ La prévalence du VHC est encore plus élevée. Une étude nationale réalisée par l'ASPC a observé qu'entre 2003 et 2005, près des deux tiers (65,7 %) des participants qui avaient déclaré s'injecter des drogues étaient séropositifs au VHC.⁷ La prévalence de coïnfection à VIH-VHC associée à l'injection de drogue est élevée, elle aussi : d'après un bulletin de 2008 des *Actualités en épidémiologie* publié par l'ASPC, parmi les utilisateurs de drogue par injection séropositifs au VHC, 21 % étaient aussi séropositifs au VIH; et de ceux qui étaient séropositifs au VIH, 91 % étaient aussi séropositifs au VHC.⁸

Outre le partage de matériel d'injection de drogue, qui représente une préoccupation majeure de santé publique, d'autres méthodes de consommation de drogue peuvent comporter des risques sérieux pour la santé. Le fait de fumer du crack a été identifié comme étant un facteur possible de risque de transmission du VIH et du VHC.⁹ Des recherches ont permis d'observer que l'infection à VHC est beaucoup plus prévalente parmi les personnes qui fument de l'héroïne, du crack ou de la cocaïne, mais qui déclarent ne s'en être jamais injecté, que dans l'ensemble de la population.¹⁰ Sans un accès facile à du matériel plus sûr et adéquat à cette activité, des pipes sont souvent fabriquées à partir d'objets présentant des rebords tranchants, comme des canettes de boissons gazeuses et de petites fioles de verre, ce qui augmente les risques de coupures aux lèvres et à la bouche ainsi que de brûlure sur un instrument trop chaud. Le partage de ce matériel comporte alors un risque plus élevé d'exposition des utilisateurs à du sang qui contient le VIH ou le VHC. En réponse aux données émergentes, plusieurs programmes à divers endroits au Canada ont élargi les services de réduction des méfaits par la distribution, non plus seulement de matériel stérile pour l'injection, mais aussi de matériel stérile pour fumer des drogues; cela a suscité une controverse, à certains endroits, en dépit de l'analogie avec les initiatives de distribution de matériel d'injection stérile, approuvées depuis longtemps, et de la conformité aux mêmes principes.¹¹

La transmission du VIH et du VHC est particulièrement problématique dans les prisons. La plupart des études estiment que le taux de prévalence du VIH dans les prisons canadiennes est d'au moins 10 fois celui de l'ensemble de la population du pays.¹² Quant à la prévalence du VHC dans la population carcérale canadienne, on estime qu'elle se situe entre 19,2 et 39,8 %, ¹³ soit au moins 20 fois le taux estimé de prévalence dans l'ensemble de la population du pays.¹⁴ Deux facteurs principaux expliquent cette situation : le taux élevé d'incarcération de personnes qui font usage de drogue et le risque plus élevé de transmission de ces infections dans le contexte des pénitenciers. Le Comité d'examen du Service correctionnel du Canada a estimé que 80 % des personnes condamnées à une peine d'incarcération arrivent à la prison avec un « grave problème de consommation ». ¹⁵ Bien que les personnes qui s'injectent des drogues le fassent peut-être moins fréquemment en prison, la rareté des seringues stériles en milieu carcéral entraîne qu'un nombre important d'entre elles y

⁶ Ibid.

⁷ Agence de la santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie – Infection au virus de l'hépatite C (VHC) chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) au Canada : Résultats d'I-Track (2003–2005)*, juin 2008 (<http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/epi/itrack-eng.php>). L'étude comptait sept sites : Victoria, Edmonton, Regina, Winnipeg, Sudbury, Toronto, et les sites de SurvUDI (Abitibi-Témiscamingue, Estrie, Maurice/Centre du Québec, Montérégie, Montréal, Ottawa, Outaouais, Québec, Sanguenay/Lac St-Jean).

⁸ Ibid.

⁹ A. Weber et coll., « Risk factors associated with HIV infection among young gay and bisexual men in Canada », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 28 (2001) : 81–88; S. Tortu et coll., « Sharing of Noninjection Drug-use Implements as a Risk Factor for Hepatitis C », *Substance Use and Misuse* 39(2) (2004) : 211–224.

¹⁰ Tortu et coll.

¹¹ Réseau juridique canadien VIH/sida, *La distribution de troussees pour un usage plus sécuritaire de crack, au Canada : questions et réponses*, septembre 2008.

¹² Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada et Service correctionnel du Canada (SCC), *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001* Ottawa, SCC, 2003; C. Poulin et coll., « Prevalence of HIV and Hepatitis C Virus Infections Among Inmates of Quebec Provincial Prisons », *Journal de l'Association médicale canadienne* 177(3) (2007) : 252–256.

¹³ S. Skoretz et coll., « Transmission du virus de l'hépatite C au sein de la population carcérale », *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 30(16) (2004) : 141–148; Poulin et coll.

¹⁴ R. Remis et coll., *Estimating the number of blood transfusion recipients infected by hepatitis C virus in Canada, 1960–1985 and 1990–92*, rapport à Canada, juin 1998.

¹⁵ Comité d'examen du Service correctionnel du Canada, *Feuille de route pour une sécurité publique accrue*, 2007, p. v.

utilisent du matériel d'injection non sécuritaire.¹⁶ Dans une étude réalisée dans sept établissements de détention provinciaux du Québec, 63 % des hommes et 50 % des femmes ayant déclaré s'injecter de la drogue en prison ont déclaré avoir aussi partagé du matériel d'injection.¹⁷ Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les taux de prévalence du VIH et du VHC parmi les personnes incarcérées dépassent grandement ceux observés dans le grand public. Outre la question de la prévention d'autres cas de transmission de ces infections, des inquiétudes persistent à propos des soins et traitements adéquats, pour les détenus au Canada, en matière de VIH, de VHC et/ou de dépendance à la drogue. Par conséquent, des politiques de santé publique judicieuses devraient encourager l'instauration, au sein du système de justice pénale, de mesures propices à réduire le recours à l'incarcération de personnes dépendantes de drogues, et à favoriser le traitement de la toxicomanie — un objectif que les TTT devraient, en théorie, contribuer à atteindre.

Évolution des politiques en matière de drogue

La Loi sur l'opium (1908) et la Loi sur l'opium et autres drogues (1911) ont jeté les bases des lois criminelles canadiennes actuelles relatives aux stupéfiants, en criminalisant les personnes qui en faisaient usage et en limitant les types de médicaments que les médecins pouvaient prescrire.¹⁸ Le racisme et des préjugés fondés sur la classe, en particulier à l'égard des immigrants chinois, sont des facteurs bien documentés comme ayant joué un rôle fondamental dans ces lois visant l'opium, en plus de la préoccupation qu'un nombre croissant de personnes de race blanche, en particulier des femmes, commençaient à consommer de l'opium.¹⁹ Ces lois ont donné lieu à des changements considérables au rôle du gouvernement dans la réponse aux drogues. Le ministère de la Santé a été établi en 1920, y compris sa Division des narcotiques qui avait pour mandat la supervision de la Loi sur l'opium et autres drogues. Cette Division travaillait en collaboration avec la Gendarmerie royale du Canada (GRC), elle aussi établie en 1920 (pour succéder à la Royal North West Mounted Police), et a influencé les modifications aux politiques fédérales en matière de drogue.²⁰ Certains chercheurs ont affirmé que l'application des lois et politiques sur la drogue a été la principale raison de la création de la GRC et que « dès le début des années 30, la police fédérale et les autorités de la lutte contre la drogue sont apparues comme les seuls experts canadiens en matière de drogue » [trad.].²¹ Ces lois ont instauré une approche à l'usage de drogue qui était fondée entièrement sur l'application des prohibitions à caractère criminel, une approche qui est demeurée pratiquement incontestée jusqu'à l'avènement du mouvement centré sur les traitements, au cours des années 50.²²

Les politiques canadiennes actuelles, relativement à la drogue, découlent d'un cadre conceptuel prohibitionniste et punitif, visant des drogues et les personnes qui en consomment. Au cours des deux dernières décennies, en raison particulière de l'émergence de l'épidémie du VIH, certains accommodements modestes ont été concédés afin d'instaurer des services visant à réduire des méfaits parfois associés à l'usage de drogue (comme l'infection par le VIH), en reconnaissant avec pragmatisme que l'usage de drogue se poursuit en dépit

¹⁶ E. Wood et coll., « Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users », *Public Health Reports* 120(2) (2005) : 150–156; W. Small et coll., « Incarceration, Addiction and Harm Reduction: Inmates Experience Injecting Drugs in Prison », *Substance Use and Misuse* 40(6) (2005) : 831–843; S. Chu et R. Elliott, *Pour changer net : argumentaire en faveur de programmes d'échange de seringues en prison au Canada* (Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2009); S. Chu et K. Peddle, *Sous la peau : témoignages individuels démontrant la nécessité de programmes d'échange de seringues en prison* (Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2010).

¹⁷ Poulin et coll., *supra* 12.

¹⁸ C. Carstairs, *Jailed for Possession: Illegal Drug Use, Regulation, and Power in Canada, 1920–1961* (Toronto : University of Toronto Press, 2006); R. Solomon et M. Green, « The First Century: The History of Non-Medical Opiate Use and Control Policies in Canada, 1870–1970 », dans C. McCormick et L. Green (éds.), *Crime and Deviance in Canada: Historical Perspectives* (Toronto : Canadian Scholars' Press, 2005), p. 353–365; G. Dias, « Canada's Drug Laws: Prohibition is not the Answer », dans *Perspectives on Canadian Drug Policy* (Kingston : The John Howard Society of Canada, 2003), vol. 1 : 10–24.

¹⁹ V. Berridge et G. Edwards, *Opium and the People: Opiate Use in Nineteenth Century England* (Londres : Allan Lane, 1981); Carstairs, *supra* 18; E. Comack, *Women in Trouble: Connecting women's law violations to their histories of abuse* (Halifax : Fernwood Publishing, 1996); Solomon et Green, *supra* 18; Dias, *supra* 18.

²⁰ Solomon et Green, *supra* 18.

²¹ Ibid.

²² Dias, *supra* 18.

de ces méfaits et de l'interdiction en vertu du droit criminel. Ces services incluent les programmes d'échange de seringues dans la collectivité (mais pas dans les prisons) et, à Vancouver, un site d'injection supervisée officiellement autorisé. Jusqu'en 2007, la Stratégie canadienne antidrogue incluait explicitement la réduction des méfaits en tant qu'élément central, affirmant qu'il s'agit « à long terme [de] réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes, dans les familles et dans les collectivités ».²³

Cependant, en 2007, le gouvernement fédéral a poussé d'un cran une approche de soi-disant « ligne dure contre le crime », dans les politiques relatives aux drogues, en abolissant de la stratégie nationale antidrogue le pilier de la réduction des méfaits (ne conservant que la prévention, le traitement et l'application de la loi — celle-ci recevant, de loin, la plus grande part des ressources)²⁴ et en déposant de nombreux projets de loi criminels, notamment des propositions de peines minimales obligatoires pour certaines infractions liées à la drogue. Il est pertinent de signaler que de telles propositions ont souvent été accompagnées par des affirmations selon lesquelles l'application intensifiée de pénalités plus sévères ne viserait que les « vendeurs » de drogue tout en faisant preuve de « compassion » à l'égard des personnes aux prises avec une dépendance — notamment par l'expansion du réseau de tribunaux de traitement de la toxicomanie. Comme d'aucuns l'ont fait valoir, toutefois, cette distinction est souvent artificielle, l'effet attendu est peu probable et le fardeau de l'application de peines plus sévères est susceptible de frapper plus lourdement les personnes aux prises avec une dépendance, en particulier celles qui s'adonnent à la vente à petite échelle afin d'assouvir leur dépendance.²⁵ Puisque les TTT sont présentés comme une mesure qui atténue l'impact de l'application de lois plus sévères, il est encore plus important de se pencher minutieusement sur les bienfaits qu'on leur attribue et sur leurs limites importantes.

« Notre gouvernement a déposé le Projet de loi S-10, qui établira des peines d'incarcération obligatoires pour les crimes graves liés à la drogue, visant particulièrement les trafiquants de drogue connectés au crime organisé, qui ont recours à la violence ou à des armes, les trafiquants qui vendent de la drogue à des jeunes ou qui fréquentent des lieux de rassemblement de jeunes, et les producteurs de drogues qui posent un danger pour la santé et la sécurité ou à la sûreté des quartiers résidentiels. » [trad.]²⁶

— Pamela Stephens, porte-parole du
ministre de la Justice, Rob Nicholson, février 2011



Cette approche, misant sur une répression plus agressive, a du même coup intensifié les appels à une réforme des politiques canadiennes en matière de drogue. De nouveaux organismes ont été fondés, afin de remettre en question les politiques néfastes, de stimuler le dialogue sur les enjeux touchant la drogue, dans les

²³ Gouvernement du Canada, *La Stratégie canadienne antidrogue* (Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 1998). La stratégie à quatre piliers, établie vers la fin des années 90, incluait la prévention, l'application de la loi, le traitement et la réduction des méfaits. C. Collin, *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada : I. La Stratégie canadienne antidrogue*. Bibliothèque du Parlement, 13 avril 2006.

²⁴ Gouvernement du Canada, *Stratégie nationale antidrogue* (2007), <http://www.strategienationaleantidrogue.gc.ca>.

²⁵ Réseau juridique canadien VIH/sida, « Les peines minimales obligatoires pour les infractions liées à la drogue : tout le monde y perd et voici pourquoi », document d'information, avril 2006; L. Lapidus et coll., *Caught in the Net: The Impact of Drug Policies on Women and Families* (American Civil Liberties Union, Break the Chains: Communities of Color and the War on Drugs, The Brennan Center at NYU School of Law, 2004); 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.

²⁶ G. Galloway, « Health researchers slam Tory mandatory-minimum-sentence proposal for drug crimes », *The Globe and Mail*, 7 février 2011.

communautés, et de proposer des politiques et approches de rechange qui s'écartent de l'approche punitive et se tournent vers une approche de santé publique. Un exemple récent de l'exhortation à repenser l'approche de la prohibition et du châtement est la Déclaration de Vienne — la déclaration officielle du Congrès international sur le sida de 2010, appuyée par des milliers d'experts et de fournisseurs de services ainsi que par des municipalités canadiennes — un énoncé qui met en relief la nécessité d'un modèle de santé publique et fondé sur des données probantes, pour répondre à l'usage et à la consommation problématique de drogue.²⁷ Au début de 2011, la Global Commission on Drug Policy [Commission mondiale sur les politiques en matière de drogues], dont font partie plusieurs anciens chefs d'État, a publié un rapport par lequel elle réclame un virage paradigmatique dans les politiques relatives à la drogue, afin de mettre l'accent sur la prévention et sur la réduction des méfaits, plutôt que de poursuivre une « guerre aux drogues » qui s'est avérée onéreuse, néfaste et inefficace.²⁸

Usage de drogue et approches au traitement de la toxicomanie

Les données de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada, publiées en 2005, indiquaient que 44,5 % des Canadiens ont déclaré avoir fait usage de cannabis et que 17 % des Canadiens ont déclaré avoir fait usage d'une substance illicite autre que le cannabis, au moins une fois dans leur vie. Seulement 23,8 % des personnes qui ont déjà utilisé une drogue au cours de leur vie, et 17,5 % de celles qui ont déclaré avoir consommé des drogues dans les douze mois précédant l'Enquête ont déclaré avoir subi des méfaits liés à leur usage de drogue.²⁹ Du mince pourcentage des personnes chez lesquelles une dépendance à une drogue se développe, la majorité arrive à réduire l'usage nocif de drogue ou à le cesser sans suivre un traitement formel.³⁰

Les programmes de traitement formel ont diverses philosophies et incluent un éventail de pratiques différentes. Cependant, tous les efforts se situent dans une approche générale de politiques en matière de drogue qui est d'orientation principalement punitive — ce qui n'est pas étonnant, puisque plusieurs personnes en traitement sont par conséquent en contact avec le système de justice pénale.³¹ Ce phénomène n'est pas nouveau. Avant la Deuxième Guerre mondiale, on portait peu d'attention à la dépendance, hormis l'alcoolisme, et les traitements de la toxicomanie qui existaient étaient souvent liés étroitement à des systèmes coercitifs. Par exemple, certains services de traitement étaient fournis dans des asiles privés³² et certaines personnes dépendantes de drogues étaient internées dans des établissements psychiatriques.³³

Avec l'avènement du mouvement thérapeutique des années 50, des militants ont commencé à mettre en question l'approche fondée sur la ligne dure et l'ordre public en matière de toxicomanie, et à faire valoir que les « criminels » et « toxicomanes » devraient « être réhabilités par des traitements, plutôt qu'aliénés par des

²⁷ « La déclaration a été rédigée par équipe de spécialistes internationaux et mise de l'avant par plusieurs des plus importants organismes scientifiques qui œuvrent en politiques sur le VIH et le sida à l'échelle mondiale: la Société internationale sur le sida, le Centre international pour la science dans les politiques sur les drogues et le Centre d'excellence de la C.-B. en VIH/sida. » (www.viennadeclaration.com).

²⁸ Global Commission on Drug Policy, *War on Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy* (juin 2011) (<http://www.globalcommissionondrugs.org/>).

²⁹ E. Adlaf et coll. (éds.), *Enquête sur les toxicomanies au Canada : une enquête nationale sur la consommation de d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens – La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, mars 2005.

³⁰ C. Winick, « Maturing Out of Narcotic Addiction », *Bulletin on Narcotics* 14 (1962) : 1–7; R. Granfield et W. Cloud, « Social Context and 'Natural Recovery': The Role of Social Capital in the Resolution of Drug-Associated Problems », *Substance Use & Misuse* 36 (11) (2001) : 1543–1570; R. Mariezcurrena, « Recovery from addictions without treatment: Literature review », *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 23(3–4) (1994) : 131–154; H. Klingemann et coll., « Continuities and changes in self-change research », *Addiction* 105(9) (2010) : 1510–1518.

³¹ A. Osborne et coll., « The treatment of drug-related problems in Canada: Controlling, caring and curing », dans G. Hunt et H. Klingemann (éds.), *Demons, Drugs and Democracy* (Thousand Oaks, CA : Sage, 1997), p. 20–32.

³² B. Rush et A. Osborne, « Alcoholism treatment in Canada: History, Current Status and Emerging Issues », dans H. Klingemann et G. Hunt (éds.), *Cure, Care and Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries* (Albany, NY : State University Press, 1992), p. 3.

³³ Carstairs, *supra* 18.

châtiments ».³⁴ Cette notion, la possibilité qu'un traitement puisse réhabiliter des personnes, a été valorisée par les « professionnels alliés » — en particulier des psychiatres, des travailleurs sociaux et des psychologues cliniques ».³⁵ De nouvelles méthodes de traitement ont été développées, à la fin des années 50 et au cours des années 60; de plus en plus de programmes de traitement de la dépendance ont vu le jour, dans les années 70.³⁶ Les services de traitement sont devenus plus spécialisés vers le milieu des années 80, en particulier pour les femmes, les personnes autochtones et les jeunes, comme suite à des recherches qui ont démontré que des types de traitements différents peuvent être plus bénéfiques pour des groupes différents.³⁷

De nos jours, la dépendance aux drogues est définie comme « un trouble de santé aux multiples facettes et qui suit souvent un parcours de maladie chronique récurrente et intermittente » [trad.].³⁸ Parmi les spécialistes du traitement de la dépendance, on observe de plus en plus une reconnaissance marquée d'un lien entre l'usage problématique de drogue et les expériences de violence ou de maltraitance, y compris le trouble résultant de stress post-traumatique.³⁹ Ces analyses remettent en question les hypothèses traditionnelles et simplistes de pathologie individuelle ou de lacunes morales, en proposant des approches au traitement qui sont plus sophistiquées et multidimensionnelles. Elles contredisent par ailleurs la notion voulant que les personnes qui font usage de drogue doivent être considérées essentiellement comme une menace à la sécurité publique et simplement contenues dans des établissements correctionnels ou psychiatriques. De plus, un vaste corpus d'études donne à croire que dans plusieurs cas, notamment parmi les femmes et les personnes autochtones et de minorités ethniques, la dépendance à une drogue s'apparente à une automédication en réponse à des symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) et aux conséquences émotionnelles et psychologiques résultant de la violence, de la pauvreté et du racisme vécus.⁴⁰ Cette perspective signale un virage profond, délaissant le positionnement des personnes atteintes de dépendance comme étant des criminels violents ou potentiellement violents ou des « junkies » de peu de morale. Les personnes qui ont une dépendance à une drogue sont en fait considérées comme des survivantes qui ont besoin d'assistance pour s'occuper de comportements par lesquels elles se portent préjudice, notamment la consommation problématique de drogue, et qui ont besoin de soutien en réponse au problème de pauvreté et d'expérience de violence. Ceci correspond à la perspective plus large de la santé, à l'effet qu'elle est favorisée ou affectée par un ensemble de facteurs : les déterminants sociaux. La réponse à des carences ou iniquités sociales et économiques devient alors un élément central de la réponse à la dépendance à la drogue, non seulement au niveau du traitement de l'individu, mais aussi pour ce qui concerne les politiques publiques en général — en remplacement d'un point de mire sur le contrôle ou la réforme des personnes qui ont une dépendance en recourant à des mesures explicitement ou implicitement punitives.

Malgré cette analyse plus large et une compréhension plus nuancée de la dépendance, l'accès à des traitements

³⁴ P.J. Giffen et coll., *Panic and Indifference: The Politics of Canada's Drug Laws: A Study on the Sociology of Law*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1991, p. 353; Solomon et Green, *supra* 18.

³⁵ Giffen et coll.

³⁶ Ogborne et coll., *supra* 31, p. 26.

³⁷ Roberts and Ogborne, *supra* 32.

³⁸ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et Organisation mondiale de la santé, *Principles of Drug Dependence Treatment*, document de travail, 2009, p. 1.

³⁹ K. Merikangas et D. Stevens, « Substance Abuse Among Women: Familial Factors and Comorbidity », dans C. Wetherington et A. Roman (éds.), *Drug Addiction Research and the Health of Women* (Rockville, Maryland : U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 1998) p. 245–270; D. Kilpatrick et coll., « Victimization, Posttraumatic Stress Disorder, and Substance Use and Abuse Among Women », dans Wetherington et Roman (éds.), p. 285–308; S. Wilsnack et coll., « Childhood Sexual Abuse and Women's Substance Abuse: National Survey Findings », *Journal of Studies on Alcohol* 58(3) (mai 1997) : 264–271.

⁴⁰ B. Richie, *Compelled to Crime: The gender entrapment of battered Black women* (New York : Routledge, 1996); M. Buchanan et coll., « Understanding Women's Perspectives on Substance Use: Catalysts, Reasons for Use, Consequences, and Desire for Change », *Journal of Offender Rehabilitation* 50(2) (2011) : 81–100; B. Dansky et coll., « Prevalence of Victimization and Posttraumatic Stress Disorder Among Women with Substance Use Disorders: Comparison of Telephone and In-Person Assessment Samples », *The International Journal of Addictions* 30(9) (1995) : 1079–1099; P. Fazzino et coll., *Substance Abuse Treatment and Domestic Violence, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 25*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), U.S. Department of Health and Human Services, 1997; National Household Survey on Drug Abuse, *NHSDA Report: Substance Use Among American Indians or Alaska Natives*, 16 mai 2003; Office of the Director, National Institutes of Health, *Women of Color Health Data Book*, 74 (2e éd.), 2002.

efficaces et humains accuse encore du retard. Par exemple, des données de l'Étude sur la santé en Ontario ont révélé que seulement 36 % des personnes diagnostiquées comme ayant une dépendance à l'alcool ou en faisant une consommation problématique recouraient à des services de traitement.⁴¹ Une étude réalisée à Vancouver auprès de personnes s'injectant des drogues a révélé que « les UDI les plus instables et les plus à risque étaient les plus susceptibles de tenter d'obtenir un traitement de leur dépendance, mais n'arrivaient pas à avoir accès à ces services, en raison d'un manque de disponibilité ». ⁴² Un système fragmentaire et inadéquatement financé, en matière de traitement, contribue à l'insuffisance d'accessibilité des programmes de traitement de la dépendance.⁴³ Dans son évaluation nationale des services et des mesures de soutien offerts aux Canadiens ayant des problèmes de consommation, en 2008, le Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement (GTSNT) a conclu que « [I]es services et les soutiens consacrés à ce genre de problèmes ne



Les programmes de traitement formel [au Canada] ont diverses philosophies et incluent un éventail de pratiques différentes. Cependant, tous les efforts se situent dans une approche générale de politiques en matière de drogue qui est d'orientation principalement punitive.

reçoivent pas de fonds suffisants et pourraient être mieux répartis ». ⁴⁴ Par ailleurs, son rapport d'évaluation signale que « [t]raditionnellement, il y a toujours eu peu d'intégration ou de communication efficace entre les systèmes et les autorités qui fournissent des services et des soutiens aux personnes qui souffrent de problèmes de consommation » ⁴⁵, ce qui réduit la possibilité que les gens trouvent accès aux services de traitement dont ils ont besoin. Un des facteurs qui contribuent au financement lacunaire du secteur du traitement de la dépendance à la drogue vient de « la position concurrentielle défavorable du secteur du traitement de la dépendance à la drogue, en comparaison avec d'autres priorités relevant des soins de santé et qui sont en meilleure position politique pour obtenir du financement accru et plus durable ». ⁴⁶ Le GTSNT a recommandé le développement d'un système national mieux coordonné, en matière de services et de mesures de soutien pour répondre à la consommation problématique de drogue.

En l'absence d'un tel effort national coordonné, l'accès aux traitements volontaires pourrait demeurer difficile, en particulier pour les personnes de communautés plus marginales, et par conséquent il demeurerait fréquent que les démêlés avec le système de justice criminelle soient la voie par laquelle des gens finiraient par avoir accès, tardivement, à un traitement. D'après un expert du domaine des tribunaux de traitement de la toxicomanie :

Ce qui fait encore défaut est un financement du système de traitement à un niveau adéquat pour satisfaire la demande de traitement volontaire. Il existe un désavantage définitif à ce que le système de justice criminelle devienne la voie privilégiée d'accès au système de traitement. Les récents efforts pour élargir l'accès au système de traitement volontaire pourraient être sabotés par le recours

⁴¹ J. Cunningham et F. Bresli, « Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment », *Addictive Behaviors* 29(1) (2004) : 221–223.

⁴² E. Wood et coll., « Inability to Access Addiction Treatment and Risk of HIV Infection Among Injection Drug Users », *Epidemiology and Social Science* 36(2) (2004) : 752.

⁴³ Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement, *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, octobre 2008; W. Skinner, « The need for policy alternatives to address alcohol and other drug problems: Developing a behavioural risk insurance model », *Contemporary Drug Problems* 34(4) (2007) : 715–727; G. Thomas, *Indicateurs de traitement des toxicomanies au Canada : survol de l'environnement*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005; Wood et coll., *supra* 42.

⁴⁴ Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement, p. 35.

⁴⁵ Ibid., p. 9.

⁴⁶ Skinner, *supra* 43, p. 719.

excessif au système de justice criminelle en tant que point d'entrée obligatoire.⁴⁷

Partant de cette compréhension plus sophistiquée de la dépendance, et du contexte d'un manque systémique d'accès adéquat à des services de traitement volontaire, il est important d'examiner les hypothèses sur lesquelles sont basés les TTT et d'analyser comment elles pourraient affecter les intervenants du système des TTT.

Les tribunaux canadiens de traitement de la toxicomanie : aperçu et objectifs

Bref historique et situation actuelle des tribunaux de traitement de la toxicomanie

Des tribunaux de traitement de la toxicomanie existent depuis plus longtemps et ont un rayon d'action beaucoup plus large aux États-Unis qu'au Canada.⁴⁸ Le premier TTT étatsunien⁴⁹ a vu le jour en Floride en 1989; à l'heure actuelle on recense plus de 2 100 TTT à l'échelle des États-Unis.⁵⁰ Le premier TTT au Canada a été établi à Toronto en 1998 et le pays compte aujourd'hui six de ces tribunaux, financés par le gouvernement fédéral (soit à Toronto, Vancouver, Edmonton, Winnipeg, Ottawa et Regina).

L'apparition de TTT aux États-Unis fut une réponse à la croissance ahurissante du nombre d'arrestations et d'incarcérations résultant de la poursuite continuellement vigoureuse de la « guerre aux drogues ».⁵¹ Au Canada, en revanche, l'instauration de TTT a eu lieu à une époque où l'on observe un déclin du taux général de criminalité et où le taux d'incarcération est relativement stable.⁵² Néanmoins, l'objectif affirmé des TTT, tant au Canada que chez son voisin du sud, est le même : rompre le cycle reliant l'usage de drogue et la récidive criminelle, et réduire le recours au système carcéral, qui s'avère excessif et coûteux.⁵³

Au début des années 2000, le gouvernement fédéral canadien a créé le Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie (PFTTT), un partenariat entre Justice Canada et Santé Canada. Les objectifs affirmés du programme se lisent comme suit :

- « promouvoir et renforcer le recours aux solutions de rechange à l'incarcération en mettant l'accent tout particulièrement sur les jeunes (application visée pour les 18-24 ans), les Autochtones (hommes et femmes), et les prostituées de la rue;
- faire connaître les tribunaux de traitement de la toxicomanie aux personnes qui œuvrent dans le domaine de la justice pénale et des services médicaux et sociaux, ainsi qu'au grand public;
- recueillir des renseignements et des données sur l'efficacité des TTT afin d'encourager les

⁴⁷ J. Anderson, « What to do about 'much ado' about drug courts? », *International Journal of Drug Policy* 12 (2001) : 469–475, à la p. 473.

⁴⁸ Pour des détails à propos du traitement quasi obligatoire en lien avec le système de justice criminelle dans certains pays européens, voir A. Stevens et coll., « Quasi-Compulsory Treatment of Drug-Dependent Offenders: An International Literature Review », *Substance Use & Misuse* 2005, 40(3) : 269–283.

⁴⁹ « Tribunaux de traitement de la toxicomanie » est l'expression utilisée au Canada; l'expression courante aux États-Unis est « tribunaux de la drogue » [« drug courts »].

⁵⁰ A. Bhati et coll., *To Treat or Not to Treat: Evidence on the Prospects of Expanding Treatment to Drug-Involved Offenders*, Justice Policy Center, The Urban Institute, avril 2008.

⁵¹ J. Rosenthal, « Therapeutic Jurisprudence and Drug Treatment Courts: Integrating Law and Science », dans J. Nolan (éd.), *Drug Courts in Theory and Practice* (New York : Aldine de Gruyter, 2002), p. 145–171.

⁵² B. Fischer, « Doing good with a vengeance: a critical assessment of the practices, effects and implications of drug treatment courts in North America », *Criminal Justice* 3(3) (2003) : 227–248, à la p. 239.

⁵³ La comparaison entre le système canadien des TTT et le système étatsunien des tribunaux de la drogue, ou celui d'autres ressorts, ne fait pas partie du point de mire du présent rapport, qui vise plutôt à examiner l'opportunité du recours aux TTT en réponse à la consommation problématique de drogue et à la criminalité liée à la drogue, au Canada. Pour information sur les tribunaux de la drogue aux É.-U., voir N. Walsh, *Addicted to Courts: How a growing dependence on drug courts impacts people and communities*, Justice Policy Institute, mars 2011; et Drug Policy Alliance, *Drug Courts are not the answer: toward a health-centered approach to drug use*, mars 2011.

pratiques exemplaires et de persévérer dans l'amélioration des approches ». ⁵⁴

Comme suite à un appel de propositions en décembre 2004, quatre TTT ont reçu du financement, s'ajoutant à ceux de Toronto et de Vancouver en activité depuis 1998 et 2001 respectivement. Il n'y a pas eu d'appel de propositions, depuis. À l'heure actuelle, le PFTTT finance six TTT et, en 2010, chacun a vu son financement renouvelé pour deux années, soit jusqu'au 31 mars 2012. Les TTT sont encore décrits comme constituant un « projet pilote », puisqu'ils ne disposent pas d'un financement à long terme. ⁵⁵ Ces TTT reçoivent approximativement 3,5 millions \$ par année, provenant du Plan d'action en matière de traitement de la Stratégie nationale antidrogue, amorcé en 2007. ⁵⁶



Dans le cadre de l'histoire des politiques canadiennes en matière de drogue, et du traitement, les TTT représentent un effort d'introduire une forme hybride de traitement et de châtiement, dans l'optique de mieux s'occuper des besoins sociaux et psychologiques des personnes dépendantes de drogues, tout en conservant le poids de l'appareil judiciaire.

Il existe par ailleurs quatre TTT que le PFTTT ne finance pas : Durham, Ontario; ⁵⁷ London, Ontario; Moose Jaw, Saskatchewan; et Calgary, Alberta. ⁵⁸ Le TTT de Calgary a reçu du financement de la Ville de Calgary, puis de la Province de l'Alberta par le biais du Safer Communities Fund pour l'année 2010. ⁵⁹ La Canadian Association of Drug Treatment Court Professionals (CADTCP) inclut ces quatre TTT sans financement fédéral, dans la liste des TTT canadiens ⁶⁰ et certains de ces quatre ont pris part au congrès de la CADTCP en 2010. Malheureusement, on trouve beaucoup moins d'information à propos de ces quatre TTT sans financement fédéral. Par exemple, en avril 2011, le TTT de London a publié un exposé en PowerPoint, intitulé « *London Drug Treatment Court: First Year Update and Plans for Year Two* ». ⁶¹ L'évaluation de la première année du programme est attendue le 30 septembre 2011. Il existe aussi une évaluation du TTT de Durham, mais les évaluateurs préviennent que leurs observations ne peuvent pas être généralisées, en raison de la taille très petite de l'échantillon (28 participants) et de l'absence de groupe témoin : « Puisque l'échantillon était de très petite taille, ces résultats devraient être considérés avec une extrême prudence, en gardant à l'esprit le fait que des changements même très mineurs peuvent avoir une forte influence sur ces chiffres. Le lecteur est incité à ne pas effectuer de généralisation à partir de ces résultats. » [trad.] ⁶² Ainsi, puisque l'information sur les TTT sans financement fédéral est très limitée, nous restreindrons notre analyse aux six TTT que finance le gouvernement fédéral, qui fournissent une information plus accessible et utile, à propos de la fonction des TTT

⁵⁴ Justice Canada, *Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie : Évaluation formative, Rapport final*, mars 2009, p. 3.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Justice Canada, « Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie » (www.justice.gc.ca/fra/pi/dgp-pb/prog/ttt-dtc/index.html).

⁵⁷ Le TTT de Durham s'est vu refuser le soutien financier fédéral en raison de sa proximité de Toronto.

⁵⁸ Communication par courriel entre P. Allard et Margaret Trottier, analyste principale, Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie, Direction des programmes, Justice Canada, 3 mars 2011.

⁵⁹ C. Cooper et coll., « Establishing Drug Treatment Courts: Strategies, Experiences and Preliminary Outcomes, Volume One: Overview and Survey Results », Justice Programs Office, School of Public Affairs, American University, document rédigé pour le Drug Summit: European, Latin American and Caribbean Mayors and Cities, avril 2010.

⁶⁰ Le ministère de la Justice finance aussi les réunions et congrès de la Canadian Association of Drug Treatment Courts (CADTC).

⁶¹ *London Drug Treatment Court: First Year Update and Plans for Year Two — A community Collaboration*, présentation PowerPoint, avril 2011 (http://www.adstv.on.ca/london_drug_treatment_court.htm).

⁶² Angela Heagle et Hannah Scott, *Durham Drug Treatment Court (DDTC) Evaluation: A Literature Review and Analysis of Drug Treatment Courts*, Faculty of Criminology, Justice and Policy Studies, University of Ontario Institute of Technology, octobre 2010, p. 6.

au Canada.

Principales caractéristiques communes des tribunaux de traitement de la toxicomanie

Une discussion plus détaillée du fonctionnement des TTT est présentée plus loin dans le présent document (voir « Les tribunaux de traitement de la toxicomanie, en action », p. 17), mais il est utile de signaler ici certaines des caractéristiques communes à tous les TTT financés par le gouvernement canadien, pour offrir une compréhension de l'approche fondamentale.⁶³ Pour être admissibles à un programme de TTT, les candidats doivent plaider coupable aux accusations déposées au TTT et s'engager à respecter les diverses conditions de mise en liberté sous caution et d'un rigoureux programme de traitement. Les processus légaux et les programmes de traitement de la plupart des TTT sont passablement similaires, mais des différences s'observent étant donné la latitude dont ils disposent pour développer des programmes de traitement particularisés et dans la tenue des audiences du tribunal. Certaines des principales similitudes incluent l'exigence que les participants :

- se présentent au tribunal au moins une fois ou deux par semaine;
- se soumettent à des analyses d'urine randomisées, au moins une fois par semaine (parfois plus); et
- participent à des séances de counselling de groupe et individuel.⁶⁴

De plus, un certain nombre de conditions de liberté conditionnelle — dont certaines sont particulièrement difficiles à respecter — sont imposées par certains TTT; notamment :

- l'observance de couvre-feu;
- le maintien ou l'obtention d'un logis sûr et stable; et
- le respect d'une interdiction d'aller dans des secteurs désignés (« zones rouges »).⁶⁵

Les TTT ont différents critères pour la « graduation »; ils exigent toutefois généralement :

- une durée minimale de participation au programme;
- une période d'abstinence documentée de consommation de drogue; et
- certaines preuves d'une stabilité (i.e., logement stable; emploi ou études).⁶⁶

Cependant, certains TTT autoriseront, sur une base individuelle, un autre type de « graduation », appelé « conformité substantielle ».⁶⁷ Notamment, une personne pourrait être jugée comme respectant considérablement les exigences du programme si elle arrive à s'abstenir de consommer de manière problématique certaines drogues qui constituaient la cible de son traitement, alors qu'elle a utilisé une autre drogue et que la consommation de celle-ci n'est pas considérée problématique (p. ex., une personne inscrite à un programme de TTT en réponse à sa dépendance à la cocaïne pourrait satisfaire les critères d'une conformité substantielle même si elle a fait usage de marijuana).

⁶³ Vu l'information limitée au sujet des TTT sans financement fédéral, au moment de la rédaction du présent rapport, notre examen et évaluation se limite aux six TTT qui sont financés par le gouvernement fédéral.

⁶⁴ Justice Canada, *supra* 54.

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ Ibid; K. Gorkoff et M. Weinrath, *Winnipeg Drug Treatment Court: Outcome Evaluation: Final Report*, janvier 2009.

⁶⁷ La conformité substantielle peut être traitée différemment d'un TTT à l'autre. Pour celui de Toronto, par exemple, la graduation liée à la conformité substantielle signifie qu'une personne recevrait les mêmes récompenses que le participant dont la graduation est complète, à l'exception qu'elle ne participerait pas à la cérémonie de graduation.

Objectifs et philosophie des tribunaux de traitement de la toxicomanie

Le fondement conceptuel du système des TTT est celui de la *jurisprudence thérapeutique*. Dans le cadre de l'histoire des politiques canadiennes en matière de drogue, et du traitement, dont l'orientation punitive est prédominante, les TTT représentent un effort d'introduire une forme hybride de traitement et de châtement, dans l'optique de mieux s'occuper des besoins sociaux et psychologiques des personnes dépendantes de drogues,⁶⁸ tout en conservant le poids de l'appareil judiciaire — considéré comme nécessaire pour s'attaquer à la dépendance aux drogues chez des personnes considérées avoir un risque plus élevé (p. ex., plus susceptibles de ne pas respecter des règles et de continuer leur consommation de drogue et leurs activités criminelles). D'après feu le juge Paul Bentley,⁶⁹

Ces tribunaux peuvent fournir le traitement nécessaire de la toxicomanie à une portion de la société qui en a le plus grand besoin, mais qui est la moins susceptible de le recevoir. La combinaison de la supervision judiciaire et d'un traitement immédiat et intensif pour la toxicomanie offre le meilleur espoir, pour plusieurs toxicomanes, d'arriver à une réduction soutenue et à une éventuelle élimination de leur habitude de consommation.⁷⁰

Justice Canada a affirmé : « L'intention fondamentale du programme des TTT est de détourner du système correctionnel les contrevenants présentant une dépendance grave pour les diriger vers un programme de traitement conçu pour aider à rompre le cycle de la dépendance et le comportement criminel. Un autre élément au cœur du programme est le fait que les contrevenants ne doivent plus désormais constituer une menace pour la sécurité publique. »⁷¹ Bien que les TTT aient des politiques et des pratiques en matière de traitement qui puissent varier, il est clairement établi que leur but est de faire en sorte que les participants, qui sont des personnes dépendantes de drogues, cessent leur consommation, de manière à réduire la récidive et à améliorer la sécurité publique. En conséquence, il est un principe général des TTT à l'effet que les participants doivent établir, ou rétablir, leur vie en :

1. devenant et demeurant abstinents de certaines substances désignées;⁷² et en
2. devenant ou redevenant des membres de la communauté « productifs » et non criminels.

Ces objectifs se reflètent dans l'approche des TTT pour définir en quoi consistent des résultats probants. En général, à quelques exceptions près tel que nous le mentionnions (comme la possibilité de finir le programme de certains TTT avec un verdict de « conformité substantielle »), le seul résultat acceptable d'un traitement, pour les TTT canadiens, est l'abstinence complète de drogue.⁷³ Une période d'abstinence de toute drogue ou de certaines drogues désignées, d'une durée variant entre deux et quatre mois, est aussi une exigence de la graduation des programmes de TTT.⁷⁴ Une portion de la littérature révèle que peu de personnes demeurent abstinentes à long terme, à la suite d'un traitement de la dépendance;⁷⁵ or, en dépit d'un faible taux de réussite, l'abstinence demeure un principe central au système canadien des TTT. Les politiques des TTT ne prévoient pas de pénalités pour les rechutes dans la consommation de drogue, mais l'abstinence n'en demeure pas moins exigée pour graduer des TTT. Dans certains des programmes de TTT, les participants qui font plusieurs rechutes peuvent finir par recevoir une pénalité, comme du temps en détention, voire l'expulsion du programme; dans ce second cas, puisqu'ils ont initialement plaidé coupable afin d'être admissible au TTT, ils se retrouvent automatiquement devant le processus pénal traditionnel.

⁶⁸ C. Kirkby, « Drug treatment courts in Canada: who benefits? », *Perspectives on Canadian Drug Policy* 2 (2004) : 59–76; Fischer, 2003, *supra* 52.

⁶⁹ Le premier TTT au Canada a été établi par le juge Paul Bentley, en 1998.

⁷⁰ P. Bentley, « Canada's First Drug Treatment Court », *Commonwealth Law Bulletin* 25(2) (1999) : 634–647, à la p. 643.

⁷¹ Justice Canada, *supra* 54, p. 34.

⁷² Certains TTT considèrent que l'alcool fait partie des substances psychotropes, en particulier en cas d'usage problématique.

⁷³ Cooper et coll., *supra* 59; Fischer, 2003, *supra* 52; J. Nolan, *Reinventing Justice: The American drug court movement* (New Jersey : Princeton University Press, 2001).

⁷⁴ Justice Canada, *supra* 54.

⁷⁵ D. Sellman, « The 10 most important things known about addiction », *Addiction* 105 (2009) : 6–13; C. O'Brien et A. McLellan, « Myths about the treatment of addiction », *The Lancet* 347(8996) (1996) : 237–240.

L'usage de substances contrôlées et reconnues médicalement, dans le contexte des TTT



Il est à noter que l'usage de certaines substances contrôlées et reconnues médicalement est accepté par certains TTT, mais pas tous. Par exemple, à l'Edmonton Drug Treatment and Community Restoration Court (EDTCRC), les participants qui sont autorisés en vertu du Règlement sur l'accès à la marijuana médicale (RAMM) à faire usage de cette drogue peuvent réussir le programme, nonobstant cette consommation.⁷⁶ Cependant, en mars 2011, la Toronto Drug Treatment Court n'avait encore décrété la réussite d'aucun participant utilisateur de marijuana autorisé par le RAMM, et les discussions à ce sujet se poursuivaient.⁷⁷

L'approche à l'égard du traitement d'entretien à la méthadone (TEM) varie aussi d'un TTT à l'autre.⁷⁸ Certains permettent la poursuite d'un TEM déjà entamé mais n'autorisent pas l'amorce d'un tel traitement en cours de programme; d'autres, comme le TTT de Toronto, permettent aux participants d'amorcer un TEM pendant le programme.⁷⁹

Les alliés du TTT de Toronto qui appuient la distinction entre l'usage autorisé de méthadone et l'usage (jusqu'ici) interdit de marijuana à des fins médicales signalent que la marijuana n'est pas une drogue approuvée, dotée d'un numéro d'identification de médicament (DIN) de Santé Canada et pouvant être prescrite par un médecin. En vertu du RAMM, un individu peut être autorisé à posséder une certaine quantité de marijuana à des fins médicales. Toutefois, le médecin ne prescrit pas la marijuana; la demande d'autorisation du patient est accompagnée d'une déclaration du médecin, affirmant que la marijuana serait médicalement bénéfique au demandeur.⁸⁰ Puisque les deux substances peuvent être possédées légalement à des fins médicales reconnues, cette distinction technique est arbitraire et insoutenable. Refuser à des participants de TTT l'usage de la marijuana à des fins médicales, s'il est bénéfique sur le plan thérapeutique, interfère avec le traitement médical, est contraire à l'éthique et pourrait avoir des conséquences néfastes sur la santé de l'individu et son bien-être général.

⁷⁶ Communication par courriel entre P. Allard et Doug Brady, directeur, Edmonton Drug Treatment and Community Restoration Court, 4 mars 2011.

⁷⁷ Les autres tribunaux n'ont pas encore rencontré la question et aucune décision n'a été prise à savoir si l'usage de la marijuana à des fins médicales serait accepté dans le cadre du programme.

⁷⁸ La méthadone est un agoniste opioïde synthétique à action prolongée, prescrit pour traiter la dépendance aux opioïdes. Au Canada et dans plusieurs régions du monde, le traitement d'entretien à la méthadone est une forme appropriée de traitement de la dépendance aux opioïdes.

⁷⁹ P. Bentley, « Problem solving courts as agents of change », *Journal of the Commonwealth Magistrates' and Judges' Association* 15(3) (2004) : 7-15; communication par courriel entre P. Allard et Shellie Addley, superviseuse des avocats de service (criminel) à la Cour de justice de l'Ontario, palais de justice Old City Hall, 16 mars 2011; communication par courriel entre P. Allard et J. Birns, de la Regina Drug Treatment Court, 16 mars 2011; communication par courriel entre P. Allard et D. Brady, de la Edmonton Drug Treatment and Community Restoration Court, 4 mars 2011.

⁸⁰ Communication par courriel entre P. Allard et Shellie Addley, superviseuse des avocats de service (criminel) à la Cour de justice de l'Ontario, palais de justice Old City Hall, 3 mars 2011.

Un fonctionnement basé sur un modèle d'abstinence complète laisse peu d'espace à une consommation réduite ou modérée de drogue, en tant que mesure acceptable d'un progrès. Des TTT tentent d'intégrer dans leurs programmes certaines formes de réduction des méfaits, mais leurs définitions et pratiques peuvent être en contradiction avec les approches de longue date de la réduction des méfaits, fondées sur un modèle qui se préoccupe de la santé avant tout. Par exemple, le TTT de Winnipeg « recourt à une approche de “réduction des méfaits” qui reconnaît que les participants peuvent avoir des rechutes à divers moments, dans leur combat contre la dépendance » [trad.], mais il demeure centré sur l'abstinence comme condition d'une graduation réussie.⁸¹ Le but de la « jurisprudence thérapeutique » des TTT est de réduire l'activité criminelle en aidant des personnes à cesser de consommer de la drogue. À la différence d'un modèle de traitement centré davantage sur la santé, et où le but consiste à améliorer la santé de l'individu, les TTT ne considèrent généralement pas qu'une diminution ou modération de l'usage de drogue est satisfaisante pour leur mandat. En contrepartie, dans le cadre d'un modèle centré sur la santé, la réduction de la consommation nocive de drogue serait considérée comme une atteinte du but d'amélioration à la santé de l'individu, et une consommation qui se poursuit n'entraînerait alors pas de pénalité.



Il est passablement fréquent que des personnes marginalisées qui ont une dépendance à une drogue ne trouvent pas d'accès à un programme de traitement de la dépendance avant d'être en contact avec le système judiciaire.

Il est important de signaler que certains TTT reconnaissent la nécessité d'aider leurs participants à résoudre des enjeux liés aux déterminants sociaux de la santé (comme l'emploi et le logement), dans la tentative d'atteindre les buts de l'abstinence et d'une réduction de la récidive. Mais le fait d'insister sur l'abstinence comme but ultime, que ce soit par l'approche traditionnelle de punir l'usage de drogue, ou par le modèle hybride du châtement/traitement que prévoit la « jurisprudence thérapeutique » des TTT, risque de détourner l'attention de la priorité et de la mise en œuvre d'initiatives sexospécifiques, adaptées à la culture, ou conviviales aux jeunes, que nécessite la réponse aux déterminants sociaux de la santé, dans la vie des personnes qui font usage de drogue. Dans le cas de femmes qui prennent une automédication de substances illicites parce qu'elles ont vécu des agressions sexuelles, vivent dans la pauvreté et doivent s'occuper de problèmes médicaux en raison du trauma qu'elles ont vécu, par exemple, la sobriété ne constitue qu'une étape dans un long continuum d'efforts.

L'élément le plus puissant à la disposition des TTT, afin de contraindre les participants à cesser leur usage de drogue et à se rendre au bout de leur traitement, est la menace d'incarcération. La notion sous-jacente est celle voulant que les personnes dépendantes d'une drogue ne peuvent être pleinement capables de vaincre leur dépendance que si elles risquent des conséquences réellement négatives en cas d'échec (c.-à-d. usage de drogue, non-respect des conditions de libération). Cette approche passe outre à une autre notion sous-jacente, à savoir que la dépendance à une drogue découle chez plusieurs personnes de problèmes non résolus qui touchent des déterminants sociaux de la santé, entraînant une tendance chronique à la rechute. Dans un cadre punitif, les personnes qui ne peuvent réussir à être abstinentes en permanence sont considérées comme des cas d'échec méritant un châtement. Leur échec leur est attribué à titre individuel et n'est considéré ni comme une conséquence de facteurs « environnementaux » (p. ex., manque de logement, trauma non résolu) avec lesquels des gens sont aux prises dans leur vie, ni comme un résultat d'un traitement inapproprié ou inefficace. Bien que certains TTT canadiens, sur une base individuelle, puissent répondre initialement à la rechute par des interventions thérapeutiques additionnelles, une consommation continue finira par entraîner des pénalités, et éventuellement l'expulsion. Cela en dépit du fait que « l'incarcération, utilisée pour punir une continuation de

⁸¹ K. Gorkoff et coll., « Winnipeg Drug Treatment Court Interim Evaluation », août 2007.

l'usage de drogue, ou une rechute, est en contradiction fondamentale avec une approche centrée sur la santé, en matière de drogue. Dans un milieu thérapeutique, la réponse à une rechute est une intensification de services. Dans les tribunaux de la drogue, la réponse à une rechute est souvent une révocation de services, de manière temporaire ou permanente. »⁸²

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie, un traitement quasi imposé

Le système de TTT est basé sur une prémisse affirmant que les participants s'engagent au programme de TTT de manière volontaire. Or il s'agit d'une notion plutôt élastique du caractère « volontaire », compte tenu du système de justice criminelle, assorti de pénalités, dans lequel les TTT s'inscrivent.

Un traitement peut être qualifié de *volontaire* si une personne a pris la décision, sans pression ni contrainte, d'entreprendre ce traitement.⁸³ (Sur le plan éthique, les décisions concernant les traitements devraient aussi être, à tout le moins, pleinement éclairées.) Le traitement peut, par ailleurs, n'être pas tout à fait *volontaire*, et ce à des degrés divers. À l'extrême, un traitement peut être *obligatoire*, signifiant que la personne n'a d'autre option que de se soumettre à un traitement prescrit. La contrainte physique, ou plus souvent la menace explicite ou implicite d'une telle contrainte, oblige l'individu à se soumettre au traitement, qui est complètement non volontaire. Cette coercition peut découler du droit, pénal ou civil.

Signalons, au plan terminologique, que certains observateurs utilisent de manière interchangeable les qualificatifs *requis* et *obligatoire*, bien qu'ils ne soient pas nécessairement des synonymes complets. Un traitement est véritablement *obligatoire* lorsque la personne n'a aucun choix. En contrepartie, un traitement peut être *requis* à titre de condition pour obtenir ou conserver un certain avantage ou statut (p. ex., un emploi), mais il reste à la personne, du moins théoriquement, un certain degré de choix — elle peut éviter le traitement en renonçant à l'avantage ou au statut dont il est une condition. En ce sens, les programmes de TTT pourraient être qualifiés de traitement *requis*, plutôt qu'*obligatoire*, puisqu'un accusé n'est pas forcé d'y prendre part, et doit effectivement « choisir » de faire une demande d'adhésion.

Il est évident que le « choix » d'une personne de suivre un traitement peut être fait sous la coercition de facteurs externes, dont le poids est variable. La menace économique de perdre un emploi peut effectivement limiter le choix. Il peut arriver que des parents soient en situation où ils doivent choisir entre l'option de suivre un traitement ou celle de perdre la garde, ou le droit de visite, de leurs enfants (une situation qui touche souvent, de manière disproportionnée, des femmes aux prises avec une dépendance à une drogue).⁸⁴

Dans le cas des TTT, la particularité est celle d'un traitement qu'il conviendrait de qualifier de *quasi obligatoire*, ou *quasi imposé*. Dans la plupart des cas, les personnes que l'on incite à faire une demande d'admission à un programme de TTT sont en détention; si elles sont acceptées par le programme, elles sont libérées de cette détention et obtiennent plus rapidement que d'autres personnes l'accès à un bassin limité de places accessibles en traitement. Une fois acceptés dans un TTT, les participants sont contraints de se soumettre à un régime de traitement très rigoureux, sous supervision judiciaire intrusive — et le défaut de respecter les conditions du programme peut, éventuellement (si ce n'est pas immédiatement) conduire à une perte de liberté. D'aucuns pourront affirmer que la participation est volontaire puisque les participants doivent consentir, techniquement, à participer à un TTT. Cependant, le « choix » qu'ont les individus, qui est souvent fait pendant leur détention en attente de procès, s'effectue entre l'incarcération probable ou la participation à un programme de traitement de la dépendance sur lequel ils n'ont que peu de contrôle, voire aucun, et dans le cadre duquel ils seront étroitement surveillés. Étant donné que le maintien ou l'imminence de la privation de liberté constitue l'alternative connue ou probable, en ce sens le « choix » de commencer un traitement de la dépendance dans le contexte d'un TTT est teinté d'un degré considérable de coercition venant de l'État.

⁸² Drug Policy Alliance, *supra* 53.

⁸³ R. Mugford et J. Weekes, *Traitement obligatoire et imposé*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006.

⁸⁴ A. Vaillancourt et B. Keith, « Substance Use among Women in 'The Sticks,' » dans N. Poole et L. Greaves (éds.), *Highs & Lows: Canadian Perspectives on Women and Substance Use* (Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2007), p. 37–50; S. Boyd, *Mothers and Illicit Drugs: Transcending the Myths* (Toronto : University of Toronto Press, 1999).

Le caractère quasi imposé du traitement de la dépendance, dans le cadre du programme de TTT, se situe dans un continuum en la matière, qui s'observe dans le système canadien de justice criminelle. Par exemple, dans le cadre d'une *peine avec sursis* (peine d'incarcération qui est purgée dans la communauté plutôt qu'en prison, et qui est disponible comme avenue de rechange préférable dans certaines circonstances), une personne déclarée coupable d'une infraction peut être contrainte par la cour à amorcer un programme de traitement de la dépendance, parmi les conditions de sa peine.⁸⁵ À l'autre extrême du continuum, une *ordonnance de probation* peut être assortie d'une condition qu'une personne « participe activement » à un programme de traitement de la dépendance, mais seulement si elle y consent.⁸⁶ (Une ordonnance de probation est fréquemment imposée après qu'une personne ait purgé le reste de sa peine. Cette mesure est par ailleurs fréquemment utilisée comme la seule peine imposée, dans le cas d'infractions moins graves, lorsqu'une personne qui a plaidé coupable ou a été déclarée coupable, et bénéficie d'une *absolution sous conditions* — et la personne est alors considérée légalement comme n'ayant pas commis l'infraction, se voit absoute, et n'aura pas de casier judiciaire, mais à des conditions qui sont établies dans ladite ordonnance de probation.⁸⁷)

En donnant accès à des traitements de la toxicomanie, les TTT offrent un service extrêmement important, que de nombreuses personnes marginalisées et à faible revenu ont des difficultés à obtenir en raison d'obstacles additionnels. Il est passablement fréquent que des personnes marginalisées qui ont une dépendance à une drogue ne trouvent pas d'accès à un programme de traitement de la dépendance avant d'être en contact avec le système judiciaire. Par exemple, d'après Shellie Addley, alors avocate de service (en 2003) à la Cour de justice de l'Ontario, tribunal Old City Hall,

Certains des participants au programme avaient déjà tenté par leurs propres moyens d'obtenir un traitement, sans y arriver. Je rencontre sans cesse des personnes qui me disent qu'une condition de leur probation était de suivre un traitement ou un counselling, mais que leur agent de probation n'avait pas réussi à leur dénicher une place pour le faire.⁸⁸

Il est profondément troublant que des personnes de communautés marginalisées puissent n'avoir accès à un traitement qu'après être entrées en contact avec le système de justice criminelle et avoir réussi à être admises dans le système de TTT. Ceci démontre une lacune systémique en amont, quant à l'accès à des services de santé qui sont nécessaires — et qui auraient pu contribuer à l'évitement des accusations criminelles.

Par ailleurs, le traitement préférentiel que reçoivent les participants aux TTT soulève des préoccupations d'éthique, notamment en ce qui a trait à l'enjeu fondamental de l'équité. Les personnes qui sont acceptées par un TTT « contournent la file d'attente » pour l'accès à un traitement⁸⁹ et à d'autres services sociaux, y compris le logement.⁹⁰ Des personnes qui sont inscrites volontairement à un traitement en résidence, par exemple, se voient repoussées vers le bas de la liste d'attente par des participants à des TTT. La participation au système de TTT peut non seulement permettre un accès plus rapide à un traitement, mais aussi l'obtention de services sociaux plus complets en accompagnement du traitement de la dépendance. Un informateur a expliqué que, dans son cas, le TTT « a été bénéfique parce qu'en présence d'un problème, on recevait un lit de manière plus prioritaire que les autres. On obtenait des choses. Ça fonctionnait rapidement. Ils avaient un genre de pouvoir pour nous faire accéder à une maison de transition ou à une place en “désintox”, pour deux ou trois jours, ou pour plus longtemps. Il n'y avait pas de période d'attente. »⁹¹

Par conséquent, il se peut que les TTT concourent à établir un système où certaines personnes (en particulier

⁸⁵ *Code criminel*, art. 742.3(2)(e).

⁸⁶ *Code criminel*, art. 732.1(3)(g).

⁸⁷ *Code criminel*, art. 730(1).

⁸⁸ D. Gardner, « Holistic Justice », *The Ottawa Citizen*, 13 mai 2003, p. C3.

⁸⁹ Kirkby, *supra* 68.

⁹⁰ Interview de P. Allard avec Tucker Gordon, agent de cas systémique en matière de toxicomanie, Empowerment Council, 24 février 2011; comme l'a expliqué M. Gordon, « les cas autoréférés au CAMHA ne reçoivent pas de prestations au logement, contrairement aux participants à un TTT ».

⁹¹ Tara Lyons, doctorante, Université Carleton, entrevue avec un participant au TTT d'Ottawa, lors de recherches sur le terrain, juin 2009.

celles qui sont marginales au chapitre socioéconomique, de diverses manières) doivent être accusées au criminel et aux prises avec un risque de conséquences pénales, afin d'avoir accès à un traitement de la dépendance à une drogue, et d'obtenir d'autres services sociaux. De plus, la participation aux TTT peut déterminer qui obtient l'accès aux insuffisantes ressources en matière de traitement. Ces deux dynamiques mettent très clairement en relief le manque d'accès adéquat, équitable et volontaire, à un traitement abordable de la dépendance; une conséquence est le fait que le système de justice criminelle devient un moyen ultime, et problématique, de contraindre des gens à suivre un traitement, sans données probantes pour démontrer que cette approche est efficace.

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie, en action

Le traitement de la toxicomanie dans le processus traditionnel de la justice criminelle

Avant de procéder à l'examen de l'étroite intégration du traitement de la dépendance et du châtiement (potentiel), de l'expérience de jurisprudence thérapeutique que constituent les tribunaux de traitement de la toxicomanie, il est utile de noter qu'il existe d'autres moyens, dans le cadre du système de justice criminelle, pouvant servir à fournir un traitement de la dépendance en milieu non carcéral. Certains cas peuvent aboutir à un programme de déjudiciarisation après jugement, orientant la personne ailleurs qu'en prison après une déclaration de culpabilité (p. ex., option de TTT post-plaidoyer et peine avec sursis). D'autres cas peuvent être traités avant le prononcé d'un jugement (p. ex., déjudiciarisation avant procès ou option antérieure de TTT pré-plaidoyer). Les peines avec sursis ou les programmes de déjudiciarisation avant procès démontrent qu'il existe des avenues, dans le cadre du système judiciaire traditionnel, afin de répondre à des infractions plus graves et aux infractions qui pourraient ne pas nécessiter des mesures aussi punitives que celles que prévoient les TTT.

Les peines d'emprisonnement avec sursis

En 1996, dans le cadre d'une réforme du régime des peines, les peines avec sursis — c.à-d. la possibilité d'autoriser qu'une peine d'incarcération soit purgée dans la communauté plutôt qu'en prison —, ont été introduites « afin de réduire le recours à l'incarcération comme sanction, et de mettre à la disposition des juges une disposition de rechange qui soit plus musclée que la probation ».⁹² Les tribunaux, y compris la Cour suprême du Canada, ont reconnu l'utilité des peines avec sursis en tant qu'option viable de peine sans incarcération, pour certains auteurs de délits, y compris ayant trait à la drogue.⁹³

Afin d'être admissible à une peine avec sursis, une personne déclarée coupable d'un délit doit satisfaire certains critères, comme celui de ne pas représenter un risque pour la sécurité publique. Toute personne déclarée coupable d'un délit qui est passible d'une peine d'incarcération de moins de deux ans est admissible à une condamnation à l'emprisonnement avec sursis.⁹⁴

Les personnes condamnées à l'emprisonnement avec sursis doivent respecter les conditions obligatoires suivantes, qui font partie de toute peine de ce type :

1. ne pas troubler l'ordre public;
2. répondre aux convocations du tribunal;
3. se présenter à l'agent de surveillance désigné par la cour;

⁹² B. Fischer et coll., « Compulsory Drug Treatment in Canada: Historical Origins and Recent Developments », *European Addiction Research* 8(2) (2002) : 61–68, à la p. 63.

⁹³ *R. v. Proulx*, [2000] 1 R.C.S. 61; *R. v. Cunningham* (1996), 27 O.R. (3d) 786 [La cour s'est penchée sur la question de savoir si un homme déclaré coupable de transport de drogue était un candidat approprié à une peine d'emprisonnement avec sursis]; *R. v. Wellington* (1999) 43 O.R. (3d) 534 (C.A.) [La cour a déterminé qu'une peine d'emprisonnement avec sursis peut être appropriée dans des affaires de trafic de drogue].

⁹⁴ *Code criminel*, art. 742.1.

4. rester dans le ressort du tribunal;
5. prévenir le tribunal de ses changements d'adresse ou de nom.⁹⁵

À la ressemblance des conditions de libération imposées dans le cadre des TTT, les juges peuvent imposer un vaste éventail de conditions lors de l'audience où est prononcée une peine d'emprisonnement avec sursis — et ils peuvent notamment ordonner au prévenu de suivre un traitement de la dépendance. De fait, dans une enquête nationale pour examiner le recours des juges à des peines avec sursis, « 88 % des juges ont déclaré qu'ils imposaient “souvent” un traitement en tant que condition d'une peine d'incarcération avec sursis ».⁹⁶ Par ailleurs, des dispositions du Code criminel, relativement aux condamnations d'emprisonnement avec sursis, pourraient aussi permettre à un juge d'exiger qu'un superviseur de peine avec sursis aide un individu purgeant une telle peine à trouver un emploi, un logement et/ou un programme communautaire d'éducation.⁹⁷ Le défaut de respecter les conditions énoncées peut entraîner que la personne doive purger le reste de sa peine en prison. Or, avec une forte ressemblance au cadre des TTT, la possibilité de purger du temps en prison constitue une incitation à respecter les exigences d'un programme de traitement.

L'expansion de la déjudiciarisation pré-plaidoyer à un bassin élargi de délits pourrait accroître l'accès des gens au traitement de la dépendance, sans leur imposer la conséquence d'un casier judiciaire pour le reste de leurs jours.



Lorsqu'ils prononcent une ordonnance de traitement de la dépendance en vertu des dispositions du Code criminel sur les peines d'emprisonnement avec sursis, les juges ne vont généralement pas jusqu'à s'impliquer dans le programme de traitement développé pour l'individu concerné. Ils se fient aux rapports présententiels et aux dossiers de progrès postsententiels préparés par les superviseurs et les fournisseurs de traitement, afin de déterminer si des conditions de la peine ont été enfreintes. Les exigences administratives pour l'amendement de conditions d'une peine avec sursis peuvent s'avérer plus onéreuses que l'amendement de conditions dans le cadre d'un programme de TTT. Cependant, une violation de conditions ne conduira pas nécessairement à l'emprisonnement. De fait, le juge a le pouvoir discrétionnaire de ne pas poser d'action, lorsqu'il y a eu violation d'une condition.⁹⁸ Un juge a la possibilité de prendre en considération la réalité de la rechute, et d'offrir la possibilité de continuer le traitement.

Les peines d'emprisonnement avec sursis et les TTT semblent concourir au même but, dans le cas de personnes visées par des accusations liées à la drogue. Les deux cadres constituent des occasions de ne pas placer un individu en prison lorsqu'il est en traitement et reçoit divers services s'y rattachant. D'aucuns ont affirmé que dans le système des TTT les personnes recourent volontairement au traitement alors que dans le cadre d'une peine d'emprisonnement avec sursis l'individu est tenu de suivre un traitement, mais nous l'avons mentionné : le caractère volontaire des TTT est de toute évidence discutable.

⁹⁵ *Code criminel*, alinéa 742.3(1).

⁹⁶ Fischer et coll., *supra* 92, p. 64.

⁹⁷ *Code criminel*, alinéa 742.3(2)(f).

⁹⁸ *Code criminel*, alinéa 742.6(9).

La déjudiciarisation avant le procès

La déjudiciarisation avant le procès permet en général à la défense et à la Couronne de suspendre les procédures de procès, pour une période convenue, au cours de laquelle l'accusé peut entreprendre certains types de démarches de réadaptation, comme un traitement de la dépendance. Lorsque l'accusé a complété un programme de réadaptation, la Couronne peut demander le retrait des accusations. La déjudiciarisation avant le procès permet à l'accusé d'éviter les conséquences d'une condamnation au criminel.

Les critères d'admissibilité établis, dans la plupart des programmes de déjudiciarisation avant le procès, cependant, limitent le bassin de participants possibles. La majorité des individus sélectionnés pour cette avenue sont l'objet d'accusations de délit mineur (p. ex., vol, possession de drogue), et souvent accusés pour la première fois. Dans plusieurs cas, ces délits mineurs sont passibles d'une peine d'incarcération qui est minime, ou d'une peine autre que l'incarcération. Par conséquent, plusieurs des personnes admissibles préfèrent ne pas opter pour un programme de déjudiciarisation, qui pourrait s'avérer plus intrusif ou entraîner un engagement de durée plus longue que la peine à purger dans le cadre de la procédure pénale régulière.⁹⁹ Cela dit, il semble exister une volonté d'étendre l'accessibilité de certains programmes de déjudiciarisation à des cas impliquant des délits plus « sérieux ». Au TTT Old City Hall de Toronto, par exemple, le projet de déjudiciarisation post-accusation,¹⁰⁰ tout en étant limité aux prévenus pour qui il s'agit d'une première accusation, rend le programme accessible à ceux qui sont accusés de possession de substances contrôlées ou de possession aux fins d'un trafic.¹⁰¹

L'option de déjudiciarisation avant le procès, offerte par le passé dans certains TTT, pourrait être réexaminée, afin de pallier certaines des limites actuelles du système de justice criminelle, en élargissant le registre des infractions liées à la drogue qui peuvent être prises en considération pour une avenue de déjudiciarisation. Certains TTT offraient, par le passé, une option pré-plaidoyer; c'était notamment le cas du TTT de Toronto. À ses débuts, ce tribunal avait un volet de déjudiciarisation pré-plaidoyer et un volet de déjudiciarisation post-plaidoyer. Le volet pré-plaidoyer a été abandonné au début des années 2000, en grande partie parce que des critères d'admissibilité trop exigeants ont fait en sorte qu'il n'a pratiquement pas été utilisé. L'adhésion au TTT sans devoir plaider coupable n'était accessible qu'à des personnes qui (i) étaient accusées de possession simple de cocaïne ou d'un opioïde, (ii) n'avaient pas d'antécédents judiciaires et (iii) ne recevraient probablement pas une peine d'incarcération même si un tribunal régulier les déclaraient coupables de l'accusation en l'espèce. Par conséquent, le TTT de Toronto n'a eu que très peu de cas dans son volet pré-plaidoyer. Ce volet étant à présent aboli, une personne sans casier judiciaire et accusée de possession simple ne peut accéder au programme de TTT qu'après avoir plaidé coupable. En tel cas, une fois que le participant a réussi le programme de TTT, la Couronne et la défense peuvent demander à la cour de radier le plaidoyer du prévenu, après que la Couronne ait demandé le retrait des accusations.¹⁰² Il semblerait que la possibilité d'une option pré-plaidoyer continue d'exister et puisse devenir plus viable si l'on en assouplissait les critères d'admissibilité.

Il est évident que les juges qui travaillent au sein du système traditionnel de justice criminelle ont déjà à leur disposition des possibilités de mesures judiciaires pour répondre à des délits liés à la drogue. Ils peuvent servir des peines avec sursis, dans des cas où la Couronne considère qu'il est nécessaire d'intenter des poursuites pénales en raison de la gravité du délit, mais abonde dans le sens de la défense à savoir que la sécurité de la collectivité ne serait pas mise en danger et qu'il serait dans le meilleur intérêt de l'accusé de prononcer une peine de réhabilitation avec traitement de la dépendance, à être purgée dans la communauté. Pourvu que le

⁹⁹ J. Nuffield, *Programmes de déjudiciarisation à l'intention des adultes*, ministère du Solliciteur général du Canada, mai 1997.

¹⁰⁰ Dans le cadre d'un programme de déjudiciarisation post-accusation en cour criminelle, les personnes accusées de délits mineurs, et qui rencontrent des critères stricts, voient leur cas détourné du processus judiciaire, à condition qu'elles rendent un service à la communauté.

¹⁰¹ T. Landau, « How to Put the Community on Community-based Justice: Some Views of Participants in Criminal Court Diversion », *The Howard Journal* 43(2), mai 2004.

¹⁰² Communication par courriel entre P. Allard et Shellie Addley, superviseure des avocats de service (criminel), à la Cour de justice de l'Ontario, tribunal Old City Hall, 3 mars 2011.

système judiciaire traditionnel soit aussi bien doté de ressources que le système de TTT pour fournir des services de traitement (c.à-d. du personnel pour superviser le progrès du traitement des individus), et qu'une part des lourdes exigences administratives est allégée —, l'avenue des peines avec sursis pourrait correspondre aux besoins des personnes qui sont accusées, ou plaident coupables à des accusations, de délits liés à la drogue et qui pourraient avoir des chances de tirer des bienfaits des services de traitement. À l'autre bout du spectre, la déjudiciarisation pré-plaidoyer offre une occasion d'éviter la conséquence d'un verdict de culpabilité criminelle, tout en offrant l'accès à un traitement de la dépendance. L'expansion de la déjudiciarisation pré-plaidoyer à un bassin élargi de délits, à condition que les personnes déjudiciarisées ne soient pas matière à inquiétude pour la sécurité du public, pourrait accroître l'accès des gens au traitement de la dépendance, sans leur imposer la conséquence d'un casier judiciaire pour le reste de leurs jours. Peut-être les TTT pourraient-ils servir à élargir l'option de déjudiciarisation pré-plaidoyer, pour les personnes accusées de délits liés à la drogue.

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie : combinaison de châtime et de traitement

Pénalités et récompenses : la jurisprudence thérapeutique en action

Comme nous l'avons souligné, une caractéristique fondamentale des TTT est l'intégration accrue du traitement dans le système de justice pénale et les tribunaux, souvent appelée « jurisprudence thérapeutique ».¹⁰³ Dans les TTT, la salle du tribunal sert de voie d'accès au traitement, où une équipe thérapeutique et une équipe juridique collaborent étroitement. Étant donné qu'une des prémisses des TTT est la notion que les personnes qui ont une dépendance à une drogue sont poussées à commettre des actes criminels en raison de leur dépendance, le traitement et l'application de la loi y sont nécessairement alignés de près. Par conséquent, le traitement dans le contexte d'un tribunal a une portée plus ample que de simples rencontres en 12 étapes et un counselling de groupe. Il fait partie d'une longue liste de conditions de libération que les participants à un TTT doivent respecter, comme habiter une résidence approuvée par le TTT, se soumettre sur demande à des analyses d'urine au hasard (habituellement au moins une fois par semaine, parfois plus), participer à des séances de counselling individuel et de groupe, et comparaître une ou deux fois par semaine, tout dépendant du tribunal. Par conséquent, les paramètres du traitement sont particuliers à chaque TTT et les limites entre les interventions thérapeutiques et d'application de la loi s'en trouvent facilement et constamment brouillées.

Le système de TTT est basé sur des pénalités pour non-respect et des récompenses pour progrès, censées servir d'incitatifs et de motivation.¹⁰⁴ Les pénalités peuvent inclure des réprimandes verbales, des ordonnances de service communautaire, l'envoi d'une lettre à la cour, la révocation de la libération (i.e., l'incarcération) ou l'expulsion du TTT (ce qui fait en sorte que l'individu est assujéti à une peine traditionnelle, ayant déjà plaidé coupable pour son admission au TTT). Les récompenses peuvent inclure des félicitations verbales, des cartes-cadeaux, des jetons et des privilèges comme une réduction des comparutions devant le tribunal. Des récompenses sont accordées lorsqu'un client n'utilise pas de drogue ou d'alcool, que ses conseillers confirment qu'il participe au traitement, qu'il n'enfreint aucune de ses conditions de libération et qu'il ne commet pas de nouvelle infraction criminelle.¹⁰⁵

Les juges et les fournisseurs de traitement imposent des pénalités comme moyen de « motiver » les clients à progresser vers leurs objectifs de traitement.¹⁰⁶ Bien que l'équipe du TTT puisse se prononcer sur la nécessité

¹⁰³ P. Hora et coll., « Therapeutic Jurisprudence and the Drug Treatment Court Movement: Revolutionizing the Criminal Justice System's Response to Drug Abuse and Crime in America », *Notre Dame Law Review* 74(2) (1999) : 439–537; L. Nored et P. Carlan, « Success of Drug Court Programs: Examination of the Perceptions of Drug Court Personnel », *Criminal Justice Review* 33(3) (2008) : 329–342; B. Wexler et B. Winick, « Therapeutic Jurisprudence as a New Approach to Mental Health: Law, Policy, Analysis, and Research », *University of Miami Law Review* 45 (1991) : 979–1004.

¹⁰⁴ G. Bourgon et S. Price, *Evaluation of the Drug Treatment Court of Ottawa: Year One: February 2006 to February 2007*, 2007; Justice Canada, 2009.

¹⁰⁵ Ibid; Rideauwood Addiction and Family Services, *Outcome evaluation of the Ottawa drug treatment court pilot project*, janvier 2009.

¹⁰⁶ S. Burns et M. Peyrot, « Tough love: Nurturing and coercing responsibility and recovery in California drug courts », *Social Problems* 50(3) (2003) : 416–438; Justice Canada, *supra* 54.

d'une pénalité et le type de pénalité requise, « le juge détient le pouvoir décisionnel final et unilatéral, et il l'exerce la plupart du temps en faveur de principes de justice comme la dissuasion ou le châtement. Par conséquent, entre les approches du châtement et de la réadaptation, "l'idéal de la réadaptation ne fait généralement pas le poids" ». ¹⁰⁷

Exemple d'une comparution devant un tribunal de traitement de la toxicomanie

Lors de chaque audience, le participant comparaît devant le juge. Le juge demande toujours au participant s'il a consommé des drogues ou de l'alcool ou s'il a rencontré des situations à risque élevé. Voici un exemple typique d'échange où le participant ne déclare aucun usage de drogue ni situation à risque élevé :

Juge : Avez-vous un usage de drogue ou d'alcool à déclarer?

Sam : Non.

Juge : Des situations à risque élevé?

Sam : On en rencontre partout.

Juge : Rien qui soit hors de l'ordinaire?

Sam : Non.

Le juge demande à voir le rapport de traitement.

Agent de liaison du traitement : Sam a eu plusieurs contacts avec l'équipe de traitement. [Nous sommes] très heureux d'apprendre qu'il n'a pas consommé d'alcool ni de drogue. Il a manqué un test d'urine mais il était en désintoxication, donc nous ne le considérons pas comme un raté... Il va rencontrer son gestionnaire de cas, après l'audience, pour des questions de logement.

Applaudissements des participants et des membres de l'équipe du TTT dans la salle du tribunal.

Dans les programmes de TTT, on insiste fortement sur l'honnêteté des participants. Lors de leurs comparutions hebdomadaires devant le tribunal, les participants sont encouragés à discuter ouvertement de tout usage de drogue récent ou situation à « risque élevé » ¹⁰⁸ et de leurs activités quotidiennes. Toute malhonnêteté à l'égard de l'équipe de traitement ou de l'équipe du tribunal emporte un avertissement et une pénalité.

Afin de favoriser l'honnêteté, les TTT reconnaissent qu'un facteur thérapeutique crucial est de ne pas punir automatiquement les participants qui admettent avoir fait usage de drogue. De façon générale, on s'efforce d'aider les individus qui ont de fréquentes rechutes. Toutefois, puisque le but des TTT est l'abstinence complète — une exigence pour la graduation — les participants qui continuent de faire usage de drogue ou qui rechutent fréquemment pourraient éventuellement se voir imposer des pénalités. Comme l'indique le directeur du TTT d'Edmonton, la cour reconnaît que « la rechute peut être un aspect important du rétablissement. Si un participant rechute à répétition, nous commencerons par lui fournir des services de traitement additionnels. Éventuellement, nous devons déterminer s'il est sérieux quant à sa désintoxication et aux efforts requis, ou

¹⁰⁷ Fischer, *supra* 52, p. 241.

¹⁰⁸ Les situations à risque élevé pourraient inclure de passer du temps avec des personnes qui font usage de drogue ou qui ont des activités criminelles, ou de fréquenter des lieux propices à l'usage de drogue ou à l'activité criminelle.

s'il ne veut pas changer son mode de vie ». ¹⁰⁹ Néanmoins, des pénalités immédiates seront imposées à un participant qui ne respecte pas les suggestions thérapeutiques, qui manque des séances de counselling, des rendez-vous médicaux ou un test d'urine, ou qui ne respecte pas son couvre-feu.

Les principaux intervenants des tribunaux de traitement de la toxicomanie

En plus de modifier considérablement la nature thérapeutique du traitement de la dépendance à la drogue, les TTT modifient aussi la dynamique de confrontation du système judiciaire traditionnel, en érodant plusieurs de ses garanties procédurales. Le système judiciaire canadien est basé sur un modèle d'opposition où les acteurs judiciaires représentent les intérêts des divers intervenants. La Couronne représente les intérêts de l'État, le procureur de la défense (un avocat de service ou du barreau privé) fait valoir et protège les intérêts du défendeur, et le juge agit comme arbitre neutre entre ces deux parties.

Dans le système des TTT, ce processus est habituellement suspendu et « [u]n élément procédural clé auquel cela s'applique est le rôle du procureur de la défense ». ¹¹⁰ Dans ce contexte, la représentation juridique du « meilleur intérêt » du défendeur pourrait changer. Le rôle traditionnel du procureur de la défense est de faire valoir l'intérêt de son client en minimisant l'impact positif de mesures punitives et en visant idéalement l'acquiescement des accusations criminelles. Dans le cadre des TTT, où les défendeurs sont soumis à un rigoureux traitement de la dépendance à la drogue et à des exigences juridiques pouvant entraîner des pénalités, il est courant que l'avocat de service représente un défendeur tout au long du processus du TTT, alors qu'un avocat privé qui serait embauché par le défendeur ne le représenterait qu'aux audiences de libération sous caution et de détermination de la peine. Le rôle de l'avocat de service ne diffère en rien de celui d'un avocat privé en droit criminel — tous deux prennent part au système judiciaire pour protéger les droits et intérêts juridiques du défendeur selon les normes d'un procès équitable (ce qui paraît bien nécessaire dans la structure procédurale informelle et discrétionnaire des TTT). Toutefois, en contexte de TTT, l'avocat de service est considéré comme un membre de l'« équipe du TTT »; ¹¹¹ à ce titre, sa perspective du meilleur intérêt du participant pourrait varier. ¹¹² Dans ce nouveau rôle, contrairement au rôle traditionnel de l'avocat de la défense de limiter la responsabilité et le châtement, plusieurs avocats de service pourraient accorder la priorité à l'objectif d'abstinence et de non-criminalité du TTT, en acceptant certaines pénalités et conditions de mise en liberté sous caution comme étant nécessaires au processus de traitement et en échouant potentiellement à protéger des participants au TTT contre des pénalités. ¹¹³ Des participants se trouveraient ainsi privés de leur droit à une défense juridique faisant valoir leur intérêt à ne pas subir de châtement, ce qui enfreindrait leur droit à un procès équitable.

Le directeur de l'Edmonton Drug Treatment and Community Restoration Court a affirmé, à propos du rôle des membres de l'équipe du TTT : « Un des aspects clés de tous les TTT est la collaboration entre tous les individus impliqués dans le processus du participant. Cela inclut l'équipe de traitement, la Couronne et la défense. Il est arrivé que des avocats de la défense demandent (parfois à notre grand étonnement) une courte période de détention en guise de sanction et d'avertissement pour leurs clients. » ¹¹⁴

¹⁰⁹ Communication par courriel entre P. Allard et Doug Brady, directeur de l'Edmonton Drug Treatment and Community Restoration Court, 4 mars 2011.

¹¹⁰ Fischer, *supra* 52, p. 239.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² R. Boldt, « Rehabilitative Punishment and the Drug Treatment Court Movement », *Washington University Law Quarterly* 76 (hiver 1998) : 1205–1306; Kirkby, *supra* 68.

¹¹³ D. Moore, « Translating Justice and Therapy: The Drug Treatment Court Networks », *British Journal of Criminology* 47 (2007) : 42–60.

¹¹⁴ Communication par courriel entre P. Allard et Doug Brady, directeur de l'Edmonton Drug Treatment and Community Restoration Court, 4 mars 2011.

Le modèle thérapeutique des TTT requiert une approche interdisciplinaire, alliant des professionnels du droit et des professionnels en matière de traitement. Chaque TTT dispose d'une équipe d'intervenants, qui forment les équipes du tribunal et du traitement, dont les membres demeurent généralement les mêmes à toutes les comparutions en cour. L'équipe du tribunal, pour chaque TTT, inclut un ou des juges, des procureurs du ministère public aux paliers provincial et fédéral,¹¹⁵ de même que des avocats de service. L'équipe de traitement se compose de conseillers en traitement (aussi appelés gestionnaires de cas) et, pour ce qui concerne trois des TTT (Toronto, Vancouver et Regina), de psychologues et d'infirmiers spécialisés en toxicomanie.¹¹⁶ Aux TTT de Vancouver et de Regina, les agents de probation sont considérés comme faisant partie de l'équipe de traitement, alors qu'aux autres TTT ils font partie de l'équipe du tribunal.¹¹⁷ L'équipe légale et l'équipe de traitement travaillent en étroite collaboration, mais « la portée de la pratique n'est pas clairement définie, et dans certaines zones, tend à se chevaucher, notamment lorsqu'il s'agit de définir les progrès réalisés par les participants, de déterminer les sanctions ou les récompenses, et de décider s'il convient de retenir les participants; des tensions peuvent alors se faire sentir ».¹¹⁸

Les membres de l'équipe du TTT ont des rôles et responsabilités qui sont particuliers au TTT et qui diffèrent de leurs fonctions traditionnelles. Dans le système accusatoire traditionnel, les juges sont habituellement des arbitres et n'ont pas nécessairement d'interaction directe avec les défendeurs.¹¹⁹ Dans un TTT, leur rôle central en salle d'audience est maintenu, mais ils ont à collaborer étroitement avec l'équipe légale et l'équipe de traitement, une pratique thérapeutique qui brouille les rôles de fournisseur de traitement et de juge. Les juges « président et dirigent activement l'entreprise du TTT, orientée vers le but de la réadaptation du prévenu ».¹²⁰ Ils délivrent des ordonnances thérapeutiques et tentent d'impliquer les participants dans la thérapie, mais n'ont pas de compétences ou de formation en la matière. Les participants au TTT sont appelés « clients » et reçoivent des juges des ordonnances thérapeutiques qui consistent par exemple à participer à des rencontres en 12 étapes. Il a été noté que la relation entre les juges et les participants aux TTT est « comparable à une alliance thérapeutique »¹²¹ et qu'elle est plus fructueuse si elle est positive. Cela concorde avec la littérature sur les traitements, qui met en relief que la confiance et des interactions positives entre les clients et les fournisseurs de services sont fondamentales à la réussite du traitement.¹²² Les juges des TTT appellent souvent les participants par leur prénom.

Parallèlement, les conseillers en traitement des TTT sont investis de pouvoirs d'exécution et de jugement. Ils peuvent recommander que des participants soient pénalisés s'ils ne respectent pas les suggestions thérapeutiques qui leur sont adressées.¹²³ Certains intervenants de TTT qui sont conscients du chevauchement des rôles et responsabilités « font référence à la relation entre les équipes du tribunal et de traitement comme “mal définie”, “manquant d'une collaboration efficace” et “non consultative” ».¹²⁴ Des équipes de traitement ont dit sentir que leur « jugement professionnel n'est pas dûment pris en compte »,¹²⁵ alors que les équipes du tribunal sont ancrées dans la réalité que le programme de traitement fait partie d'un processus judiciaire relevant du droit criminel du pays.

Les participants sont tenus de signer un formulaire de décharge de confidentialité, lors de leur admission au TTT. Par conséquent, le traitement individuel et de groupe de chaque participant est discuté avec toute

¹¹⁵ Les exceptions sont les TTT de Vancouver et de Winnipeg, qui n'ont pas de procureur de la couronne du palier provincial, et le TTT de Regina qui n'en a pas un fédéral.

¹¹⁶ Justice Canada, *supra* 54.

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Ibid., p. 43.

¹¹⁹ Nolan, *supra* 73.

¹²⁰ Fischer, *supra* 52, p. 239.

¹²¹ Bourgon et Price, *supra* 104, p. 35.

¹²² S. Ackerman et J. Hilsenrot, « A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance », *Clinical Psychology Review* 23 (2003) : 1–33; Sellman, *supra* 75.

¹²³ Tara Lyons, candidate au doctorat, Université Carleton, observations issues d'une étude de terrain au TTT d'Ottawa, de février 2006 à janvier 2008.

¹²⁴ Justice Canada, *supra* 54, p. 43.

¹²⁵ Ibid.

l'équipe du TTT lors des réunions pré-comparution, de même que devant le tribunal, qui est entièrement ouvert au public — ce qui soulève des préoccupations quant au droit à la confidentialité entre participants et thérapeutes.¹²⁶ Par exemple, le « formulaire de consentement et de décharge » du TTT d'Ottawa informe le signataire qu'il accepte que « toute déclaration faite lors des séances de counselling puisse être rapportée à la cour, qui surveille [s]es progrès dans le Programme ». ¹²⁷ Dans son évaluation formative des six TTT financés par le fédéral, le Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie a noté que « [c]ertains membres de l'équipe de traitement perçoivent l'équipe du tribunal comme exigeant davantage de renseignements qu'ils ne devraient partager lors des réunions sur la gestion des cas ». ¹²⁸ Des efforts ont été déployés pour rendre les TTT moins formels que le processus judiciaire traditionnel et pour créer un environnement plus positif. Ces efforts ont mené à un chevauchement des rôles professionnels; or, sans une solide équipe de gestion du traitement, la confidentialité des participants pourrait être compromise.



Le fait d'exiger le dévoilement de renseignements personnels en échange de la liberté est non seulement une atteinte à la dignité des participants au TTT, mais aussi une violation de leur droit à la confidentialité.

La confidentialité entre le thérapeute et son patient est le fondement d'une relation thérapeutique empreinte de confiance. Comme conséquence d'un rapport facilité entre les juges et les participants, la nature confidentielle que sous-tend habituellement la relation thérapeutique entre les conseillers en traitement et leurs clients pourrait être compromise par le processus du TTT, dissuadant des participants de dévoiler certains renseignements à leurs fournisseurs de traitement et/ou de risquer que des informations personnelles soient partagées avec toute l'équipe du TTT, devant la cour et/ou avec d'autres clients et employés. L'exigence que les participants dévoilent leurs renseignements les plus personnels à l'État et au public est très perturbante pour la relation thérapeutique, dont la base est la confiance et le non-jugement. Le fait d'exiger le dévoilement de renseignements personnels en échange de la liberté est non seulement une atteinte à la dignité des participants au TTT, mais aussi une violation de leur droit à la confidentialité.

Réunions préalables à la comparution

Le processus de réunions précédant les comparutions au tribunal est un autre exemple de manières par lesquelles le volet du traitement, dans le système des TTT, a le potentiel de miner certaines des mesures de protection qui font partie du système traditionnel de justice. Chaque séance du tribunal est précédée de rencontres pré-comparution. Les juges, agents de liaison pour l'aspect traitement, avocats de service et procureurs de la couronne y assistent tous, de même qu'à l'occasion les conseillers en matière de traitement et les avocats de la défense. Ces rencontres préalables aux comparutions remplissent deux fonctions : (1) l'examen des dossiers et des rapports sur les progrès de chaque participant en ce qui concerne le traitement ainsi que l'ensemble de son programme avec le TTT; (2) des discussions à propos de potentiels nouveaux participants. Les conseillers en traitement présentent, pour chaque participant, un rapport de progrès par écrit qui est examiné lors de ces réunions. Selon le second rapport d'évaluation du TTT d'Ottawa, « ces rapports tracent un suivi du progrès général des participants, dans leur traitement et leur respect des règles entre la séance précédente du tribunal et la présente; et ils constituent la base des discussions et des décisions de la cour

¹²⁶ Les questions très personnelles dont le partage avec l'équipe du TTT est considéré comme nécessaire pour que ses membres comprennent mieux les défis que rencontre un participant seront abordées lors des réunions pré-comparution, mais non devant la cour. Notons encore une fois que le participant n'est pas présent lors de ces discussions.

¹²⁷ « The Ottawa Drug Treatment Court Consent and Waiver form », p. 6.

¹²⁸ Justice Canada, *supra* 54, p. 43.

concernant chaque cas ». ¹²⁹ Autrement dit, les rapports de progrès du traitement servent à évaluer le progrès de l'individu afin de déterminer s'il sera récompensé pour avoir progressé de manière acceptable (p. ex. en s'étant abstenu de consommer de la drogue), ou s'il devrait recevoir une pénalité pour un échec à réaliser des progrès acceptables.

Dans le système de TTT, les participants renoncent au droit d'être présents à toutes les procédures liées à la cour — un droit qui est établi dans le système traditionnel de justice, où le prévenu peut entendre les allégations faites à son endroit, et ainsi conseiller par la suite son avocat sur les raisons pour lesquelles elles devraient être contestées, de manière à ce que l'avocat puisse défendre avec zèle les intérêts du participant. Par exemple, le formulaire de renonciation du TTT de Toronto stipule : « Je comprends que pendant ma participation au programme, les membres de l'équipe du tribunal de traitement de la toxicomanie ... discuteront de mon cas en mon absence, avant chaque comparution devant le tribunal. Je suis satisfait que l'avocat de service ou mon propre avocat représentera mes intérêts. Je consens à cette disposition afin de recevoir la plus grande aide possible du tribunal de traitement de la toxicomanie. » ¹³⁰ Les réunions préalables sont un exemple clair de l'affirmation du caractère thérapeutique des TTT comme étant une raison pour passer outre à des droits en matière de procédure légale équitable. Bien que l'avocat de la défense continue d'avoir la responsabilité de faire connaître au participant l'information partagée à son sujet pendant lesdites réunions, le participant doit néanmoins compter sur lui pour protéger ses intérêts avec ferveur, en dépit du fait que dans certains cas l'information de base soit insuffisante lors de ces réunions. Nous l'avons mentionné, dans certains cas le rôle de l'avocat de la défense peut être considérablement altéré, en comparaison avec son rôle dans le système judiciaire traditionnel, au point de compromettre les intérêts de son client lors de réunions préalables aux comparutions — en recommandant possiblement des pénalités pour son client —, par un détournement du rôle de l'avocat de la défense à un point tel qu'il peut être difficile de faire la différence entre celui-ci et le rôle de la couronne.

Admission à un tribunal de traitement de la toxicomanie

Admissibilité

Les participants éventuels soumettent généralement leurs demandes aux TTT pendant leur détention. Les demandes sont examinées par des procureurs de la Couronne qui disposent d'un large pouvoir discrétionnaire dans la sélection des candidats appropriés, sur la base de leurs accusations actuelles ou antérieures.

Pour être admissible à un TTT au Canada, le participant doit être l'objet d'une accusation, généralement pour une infraction criminelle non violente, et démontrer qu'il est aux prises avec une dépendance qui conduit à l'activité criminelle. Toutefois, les TTT de Toronto et de Vancouver ont commencé à assouplir leurs critères relatifs aux infractions violentes, reconnaissant que des antécédents de violence ne font pas nécessairement d'un participant une menace à la sécurité publique, et qu'il est inutile d'exclure des individus de la population cible des TTT. ¹³¹ Or, dans la plupart des cas, des infractions violentes et des accusations importantes de trafic entraînent l'inadmissibilité aux TTT — ce qui signifie que la plupart des participants sont l'objet d'accusations de possession de drogue ou de vols mineurs. Par exemple, bien que des infractions violentes n'entraînent pas systématiquement l'inadmissibilité, les types d'accusations les plus courants à l'admission au TTT de Toronto sont le trafic (58 %); les infractions à l'administration de la justice, comme le manquement à des conditions de probation ou le défaut de comparaître (50 %); les délits contre les biens (38 %); et la possession de drogue (27 %). Au TTT de Winnipeg, 57 % des accusations concernent le trafic, et au TTT d'Edmonton, « 74 % [des participants] présentaient au moins une infraction relevant de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ». ¹³² Par ailleurs, l'infraction ne doit pas impliquer d'enfants de moins de 18 ans ou avoir été commise à proximité d'un lieu fréquenté par des enfants ou en présence d'enfants. ¹³³ On examine aussi

¹²⁹ Rideauwood Addiction and Family Services, *supra* 105.

¹³⁰ Toronto Drug Treatment Court, « Program Waiver » (<http://www.tdtc.ca/courtprocess/forms>).

¹³¹ P. Gendreau et D. Andrews, *Report for the Ottawa drug treatment court: Correctional program assessment inventory — 2000 (CPAI — 2000)*, mars 2007; Justice Canada, *supra* 54.

¹³² Justice Canada, *supra* 54, p. 35.

¹³³ *Ibid.*, p. 75–76.

le dossier de probation des candidats, à la recherche de preuves de conformité ou de non-conformité à des ordonnances de tribunaux.

L'exclusion des individus accusés d'infractions commises en présence d'enfants ou à proximité de lieux fréquentés par ceux-ci¹³⁴ risque d'affecter de manière disproportionnée les femmes, en tant que principales responsables d'enfants de moins de 18 ans. Elle pourrait aussi affecter de manière disproportionnée les femmes à revenu faible, les femmes de couleur et les femmes autochtones qui sont moins susceptibles d'avoir la stabilité financière nécessaire à payer des services de garde sécuritaires, ce qui fait en sorte qu'elles sont généralement en présence d'enfants en tout temps. Par conséquent, les droits à l'égalité des participantes pourraient être en jeu, puisqu'une telle exigence aurait un impact discriminatoire systémique sur les candidats, sur la base du sexe. Bien que l'État ait un intérêt valide à protéger les enfants contre les préjudices, la règle générale pourrait échouer à reconnaître des circonstances particulières où les enfants ne seraient pas nécessairement exposés à des préjudices, entraînant que les femmes subissent de manière disproportionnée les conséquences d'un accès refusé aux TTT.

Le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDÉSC) oblige le Canada à prendre des mesures positives pour réaliser progressivement « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». ¹³⁵ Il énumère diverses mesures que les États devraient adopter afin d'assurer la réalisation complète du droit à la santé, notamment (1) « la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies »; et (2) « la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie ». ¹³⁶ En conséquence, la pratique d'exclure les individus accusés d'infractions commises en présence d'enfants ou à proximité de lieux fréquentés par ceux-ci fait obstacle à l'obligation du Canada d'adopter des mesures pour réaliser pleinement le droit à la santé des personnes qui font usage de drogue. Elle affecte particulièrement les parents, et plus précisément les mères.

De plus, les distinctions arbitraires que renferment les critères d'admissibilité des TTT pourraient enfreindre les droits à l'égalité des participants en vertu de l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (la *Charte*)¹³⁷ et au regard du PIDÉSC. L'article 2 du PIDÉSC stipule que le droit à la santé doit être exercé sans discrimination, et l'article 3 requiert explicitement du Canada qu'il s'engage « à assurer le droit égal qu'ont l'homme et la femme au bénéfice de tous les droits économiques, sociaux et culturels », y compris le droit à la santé protégé par l'article 12. L'article 15 de la *Charte* a pour objet de « remédier à la restriction inéquitable des possibilités, particulièrement en ce qui concerne les personnes et les groupes qui ont fait l'objet, au cours de l'histoire, de désavantages, de préjugés et de stéréotypes ». ¹³⁸ Tel qu'interprété par les cours, y compris la Cour suprême du Canada, il requiert que l'accès à un traitement ou service fourni par le gouvernement soit non discriminatoire; cela pourrait impliquer une obligation gouvernementale d'adopter des mesures positives pour que les groupes désavantagés aient un accès égal, ou de cesser d'entraver l'accès de ces groupes aux services offerts au grand public. ¹³⁹ La pratique d'exclusion des TTT pourrait imposer des limites injustes à la capacité d'accès des femmes à des services de traitement, ce qui porterait atteinte à leurs droits à l'égalité.

Plaidoyer de culpabilité

Une fois qu'un juge les a acceptés en vue de l'admission à un TTT, les demandeurs comparaissent devant la cour, où ils doivent plaider coupable à tous les délits dont ils sont actuellement accusés. De plus, ils doivent accepter une série de conditions de libération conditionnelle et s'engager à un programme de traitement

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 999 U.N.T.S. 3 (1966), articles 2 et 12.

¹³⁶ Ibid., article 12.

¹³⁷ Le droit à l'égalité des hommes et des femmes en vertu de l'article 28 de la *Charte* pourrait aussi être enfreint.

¹³⁸ *Law c. Canada*, [1999] 1 R.C.S. 497 (Cour suprême du Canada), par. 42. Dans *R. c. Kapp*, la Cour suprême du Canada a déclaré : « Il ne fait aucun doute que la dignité humaine est une valeur essentielle qui sous-tend le droit à l'égalité garanti par l'art. 15. En fait, la protection de tous les droits garantis par la *Charte* est guidée par la promotion de la dignité de l'être humain. » *R. c. Kapp*, [2008] 2 R.C.S. 483 (Cour suprême du Canada), par. 21.

¹³⁹ *Eldridge v. British Columbia* (Attorney General), [1997] 3 R.C.S. 624.

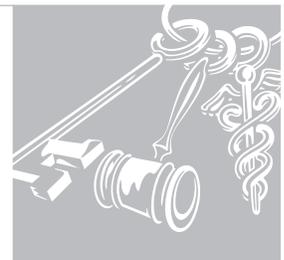
intensif, avant que le juge confirme leur admission officielle au TTT. Après le plaidoyer de culpabilité, certains TTT laissent au participant une période de 30 jours pour reconsidérer sa demande d'admission. Pendant ce sursis, le participant peut décider, sans préjudice, de se retirer du programme; en tel cas, son plaidoyer de culpabilité sera radié du dossier et la présomption d'innocence sera rétablie. Pareillement, pendant ces 30 jours initiaux, l'équipe du TTT peut aussi décider que l'individu n'est pas un candidat approprié pour le programme, et ainsi décider de le renvoyer du TTT, ce qui efface également le plaidoyer initial de culpabilité.¹⁴⁰ (Bien que l'avocat de service ou un autre avocat de la défense puisse présenter une argumentation au juge du TTT afin qu'un participant ne soit pas renvoyé après la période d'essai de 30 jours, il n'existe pas de processus formel d'appel pour contester cette décision du juge.) Dans ces deux cas, même si le plaidoyer de culpabilité du participant est effacé du dossier, il aura été exposé, pendant cette période, à des pénalités particulières qui n'auraient pas été possibles s'il avait pu plaider non coupable. Si, à n'importe quel moment au cours de la période d'essai de 30 jours, un participant quitte le programme du TTT ou en est expulsé, le plaidoyer de culpabilité demeure consigné au dossier et l'individu reçoit une peine du système traditionnel de justice criminelle, en conséquence de ce plaidoyer de culpabilité — et tout cela a lieu sans aucune exigence de dévoilement adéquat et complet, par la couronne, de la preuve dont elle dispose contre le participant.

L'obligation de plaider coupable afin d'avoir accès à un traitement de la toxicomanie est potentiellement une atteinte aux droits humains des participants. Par ailleurs, l'exigence de plaider coupable à un crime afin d'avoir accès à des services de santé et à un traitement médical peut aussi constituer une violation du droit des participants à la sécurité de la personne, qui est garanti par l'article 7 de la *Charte* et l'article 9 du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (PIRDPC), de même que du droit à la santé reconnu par l'article 12 du PIRDÉSC.

Le droit à la sécurité de la personne est violé lorsqu'une action de l'État risque de nuire sérieusement à la santé d'une personne.¹⁴¹ Des cours ont conclu que le fait de forcer une personne à faire un choix entre l'emprisonnement et la santé portait atteinte aux droits garantis par l'article 7 de la *Charte*. La Cour suprême de la Colombie-Britannique, dans l'affaire *PHS Community Services Society v. Attorney General of Canada*, a confirmé et résumé le principe qui se dégage de la décision de la Cour d'appel de l'Ontario dans *R. v. Parker*, comme suit :

La privation, au moyen d'une sanction criminelle, de l'accès à une médication qui est raisonnablement nécessaire pour le traitement d'une affection médicale qui menace la vie ou la santé constitue une privation de la sécurité de la personne, tout comme la privation de l'accès à un traitement médical en raison de la menace de sanction criminelle. [trad.]¹⁴²

« La dépendance à la drogue est une maladie. Un aspect de la maladie est l'état de manque ou de besoin persistant de consommer la substance en cause dans la dépendance. »
[trad.]¹⁴³



¹⁴⁰ Toronto Drug Treatment Court, « Eligibility Criteria and Application Procedure » (<http://www.tdtc.ca/courtprocess/eligibilitycriteria>).

¹⁴¹ La Cour suprême du Canada a statué que l'intégrité physique et psychologique est elle aussi protégée par le droit à la sécurité de la personne : *Rodriguez c. Colombie-Britannique (procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519.

¹⁴² *PHS Community Services Society v. Attorney General of Canada*, 302 DLR (4th) 740 (BCSC), au par. 134, citant en approbation *R. v. Parker* (2000), 49 O.R. (3d) 481 (Cour d'appel de l'Ontario), au par. 97.

¹⁴³ *PHS Community Services Society v. Attorney General of Canada*, 2008, BCSC 661 (British Columbia Supreme Court), au par. 87. Décision de la Cour d'appel de Colombie-Britannique, 15 janvier 2010. Au moment de la rédaction du présent document, cette décision était en attente de décision sur appel à la Cour suprême du Canada, dossier no 33556 de la CSC.

Il a été démontré par la recherche que le traitement de la toxicomanie peut aider à vaincre la dépendance,¹⁴⁴ ce qui, à terme, réduit ou élimine la probabilité de comportements à risque dans l'usage de drogue qui pourraient exposer la personne à diverses conséquences sérieuses pour sa santé — dans certains cas des répercussions qui peuvent mettre sa vie en danger —, y compris des blessures aux tissus mous, des infections par des virus transmissibles par le sang, et la surdose. Le fait de ne pas fournir l'accès à un traitement en temps opportun parce qu'il ne déclare pas coupable d'un délit criminel expose à de sérieuses conséquences de santé le prévenu qui est atteint d'une dépendance.¹⁴⁵ En érigeant cet obstacle superflu à l'accès à un traitement, par le biais des programmes de TTT, l'État contribue en l'essence à ce que des personnes atteintes d'une dépendance à une drogue continuent d'être confrontées à une probabilité accrue d'usage de drogue maintenu et potentiellement non sécuritaire, ce qui pourrait entraîner de graves répercussions sur leur santé. En soi, le droit à la sécurité de la personne peut être pertinent à l'analyse des exigences restrictives que posent les TTT pour procurer l'accès à un traitement de la toxicomanie. Ces préoccupations relatives aux droits de la personne mettent en relief la nécessité de rétablir l'accès pré-plaidoyer, aux TTT, avec des conditions assouplies pour l'admissibilité, permettant à un nombre accru de candidats potentiels d'obtenir l'accès à un traitement potentiellement bénéfique sans qu'ils doivent pour autant renoncer à leurs droits légaux.

Par surcroît, la voie la plus rapide qui existe actuellement dans le cadre du système judiciaire pour obtenir un traitement de la toxicomanie — en particulier pour les accusés qui n'ont que des ressources limitées — est le système de TTT. Les accusés qui choisissent d'affirmer leur innocence peuvent être confrontés à de longues périodes d'attente dans le cadre du système judiciaire traditionnel, avant d'avoir accès à un traitement, ou encore pourraient être condamnés à une peine en prison où leurs chances d'accès immédiat à un traitement sont encore plus limitées, voire nulles. Le traitement de la toxicomanie dans le contexte carcéral est miné d'entraves à l'accès. Par exemple, le financement limité pour les services aux détenus peut entraîner un manque de fonds pour le traitement de la toxicomanie.¹⁴⁶ Un autre obstacle répandu, pour les femmes, est que leurs besoins particuliers en matière de traitement n'ont pas encore été pris en compte dans des approches thérapeutiques ciblées.¹⁴⁷

Une fois qu'un agent du TTT a déterminé que l'accusé a une dépendance à une drogue et qu'il pourrait bénéficier d'un traitement médical reconnu, l'État a une obligation éthique et légale de ne pas faire obstacle à l'accès de cette personne à un traitement. Les TTT entravent clairement la « création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie », une obligation en vertu du droit international.¹⁴⁸ Les critères actuels d'admissibilité des TTT en ce qui concerne l'accès à un traitement de la toxicomanie conditionnel à un plaidoyer de culpabilité — exposant potentiellement des individus dépendants de drogues à de sérieuses conséquences pour la santé, en les forçant à s'en remettre au système judiciaire traditionnel, où les ressources sont insuffisantes pour fournir des traitements, dans la communauté ou en prison — peuvent aussi faire en sorte que le Canada ne respecte pas ses obligations en matière de droits de la personne, en ce qui concerne la tâche d'assurer que tous bénéficient de la norme de santé la plus élevée qui puisse être atteinte.

¹⁴⁴ M. Haden, *Program Evaluation Report: The Central Clinic*, Alcohol and Drug Services, Ministry for Children and Families, Province of British Columbia, 1997; R. Hubbard et coll., « Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS) », *Journal of Substance Abuse Treatment* 25(3) (2003).

¹⁴⁵ Les longues périodes d'attente d'un traitement de la dépendance, que les personnes risquent de rencontrer si elles ne renoncent pas à faire valoir leur innocence pourraient même constituer une violation du droit à la vie, en augmentant leur risque de décès. Voir *Chaoulli c. Québec (procureur général)*, [2005] 1 R.C.S. 791, 2005 CSC 35, où la Cour suprême du Canada a conclu que des périodes d'attente extrêmement longues pour recevoir un traitement dans les établissements publics de santé au Québec augmentent le risque de décès, et ainsi violent le droit à la vie.

¹⁴⁶ H. Kitchin, « Needing Treatment: A Snapshot of Provincially Incarcerated Adult Offenders in Nova Scotia with a View towards Substance Abuse and Population », *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice* 47(3) (2005) : 501–525.

¹⁴⁷ A. Van Den Broek. « The forgotten offender: Women in prison have unique substance use treatment needs », *CrossCurrents*, printemps 2006.

¹⁴⁸ PIRDÉSC, article 12.

« Formulaire de renonciation » d'un programme de tribunal de traitement de la toxicomanie

[...]

Si je décide de participer au programme et de le suivre en entier, je comprends que je renonce à mon droit de plaider « non coupable » aux accusations portées contre moi.

En prenant cette décision,

[CHOISIR UNE SEULE DE CES DEUX RÉPONSES, EN FAISANT UNE RAYURE SUR CELLE QUE VOUS NE CHOISISSEZ PAS]

j'ai eu l'occasion de consulter un avocat, concernant les preuves que la couronne a contre moi, et

OU

j'ai seulement pu consulter un avocat au sujet d'un résumé des preuves que la couronne a contre moi, mais quand même

je suis d'accord pour renoncer à mes droits de plaider « non coupable » et d'avoir un procès.

j'accepte de renoncer à ces droits pour essayer de bénéficier du Programme de traitement de la toxicomanie.

Communication de la preuve à la défense

Pour des raisons d'opportunité, des personnes contre lesquelles sont déposées des accusations « graves » en lien avec la drogue pourraient être tentées de plaider coupable et de renoncer au dévoilement par la couronne, afin d'avoir accès à un traitement de la toxicomanie. Lorsque emprisonnée, une personne peut décider de demander une libération conditionnelle par le biais du système judiciaire traditionnel et attendre le dévoilement par la couronne avant de décider de faire une demande d'admission à un TTT. Si la libération conditionnelle lui est refusée, la personne devra attendre son procès, en prison et sans accès à un traitement de la toxicomanie. Par conséquent, le renoncement au dévoilement adéquat par la couronne, le plaidoyer de culpabilité et la demande de participation à un TTT peuvent représenter la solution la plus pratique pour sortir de prison et obtenir accès plus rapidement à un traitement. Malheureusement, le plaidoyer de culpabilité afin de sortir de prison et d'obtenir un traitement de la toxicomanie médicalement nécessaire peut faire en sorte que l'avocat de la défense ne reçoive pas de la couronne un dévoilement adéquat pour son rôle de fournir au client un avis complètement éclairé, concernant le choix entre subir un procès ou plaider coupable. En général, un dévoilement adéquat et complet peut prendre quelques semaines. Dans la plupart des cas, l'accusé recevra probablement un synopsis de l'affaire, où l'information est limitée. Au TTT de Toronto, le formulaire de renonciation que l'accusé doit signer permet d'accepter de plaider coupable sur la base d'un synopsis de la preuve que détient la couronne.¹⁴⁹

Or, sans un dévoilement adéquat, l'avocat de la défense n'est pas capable de conseiller son client pour le choix entre un plaidoyer de culpabilité ou un procès. Une fois que l'accusé a déposé un plaidoyer de culpabilité, les obligations de dévoilement par la couronne n'existent plus.¹⁵⁰ Ainsi, le droit de l'accusé de formuler une réponse et une défense complètes, en vertu de l'article 7 de la *Charte* et de l'article 14 du PIRDC, est possiblement violé.¹⁵¹ Outre le renoncement au droit de formuler une réponse et une défense complètes, un

¹⁴⁹ Toronto Drug Treatment Court, « Program Waiver » (<http://www.tdtc.ca/courtprocess/forms>).

¹⁵⁰ Toronto Drug Treatment Court, « Eligibility Criteria and Application Procedure » (<http://www.tdtc.ca/courtprocess/forms>).

¹⁵¹ *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, 999 U.N.T.S. 171 (1966); K. Roach, *Criminal Law: Third Edition*

plaidoyer de culpabilité dans ces circonstances entraîne aussi le déni de quelques autres droits procéduraux, comme le droit de ne pas subir de fouilles et de saisies déraisonnables (p. ex., l'exigence de se soumettre régulièrement à des analyses d'urine).

Comme nous l'avons mentionné, la plupart des intervenants qui prônent le modèle des TTT soutiennent que l'individu s'y inscrit volontairement et consent de manière volontaire à renoncer à ses droits à un procès juste et aux protections que comportent les modalités thérapeutiques traditionnelles. Cependant, compte tenu de la difficulté d'avoir accès à un traitement de la toxicomanie et à des services sociaux sans passer par le système des TTT, on peut douter du caractère volontaire de l'inscription aux TTT. Afin d'assurer qu'une personne dispose d'un accès universel à un traitement, ces traitements et soins médicaux ne devraient jamais être placés en opposition avec sa présomption d'innocence, ce qui conduit à devoir choisir entre, d'une part, un plaidoyer de culpabilité criminelle et, d'autre part, le droit à des services de santé nécessaires à la gestion d'une maladie chronique, récurrente et débilitante. En conséquence, une personne se voit privée des droits fondamentaux à une juste procédure, à une peine d'emprisonnement au dessus de la tête et un éventuel casier judiciaire pour le reste de ses jours.

Limites des TTT en contradiction avec le bien-être général des participants

Les TTT posent de nombreuses limites dans la vie quotidienne des participants. Dans certains cas, ces limites peuvent être complètement incompatibles avec leurs besoins en matière de traitement, et nuire à la possibilité de réussite de celui-ci.

Des pénalités font parfois interférence au programme de traitement de la toxicomanie des participants. Par exemple, des observateurs signalent la crainte que les participants puissent être visés par tant d'ordonnances communautaires, à respecter à l'intérieur d'un bref délai, qu'ils pourraient être incapables de se conformer à la fois à leur traitement et aux ordonnances communautaires.¹⁵² Le TTT de Vancouver a toutefois cherché à résoudre le problème de certaines conditions de la libération conditionnelle qui font interférence aux efforts des participants au chapitre du traitement. Le TTT de Vancouver a récemment assoupli ses conditions de libération parce que des participants se voyaient retirer la libération conditionnelle en raison de violation de ses conditions (p. ex., couvre-feu non respecté) et, en conséquence, ils étaient incapables de suivre le traitement à cause de leur incarcération. Le TTT de Vancouver a signalé que l'assouplissement des conditions de la liberté conditionnelle, au fait de « se signaler au centre de traitement et de respecter ses conditions » a aidé à l'amélioration des résultats de traitement.¹⁵³ De plus, à l'opposé des autres TTT, celui de Vancouver n'a recours à des pénalités que « pour faire en sorte que le participant se réengage à son traitement ». En conséquence, si l'on constate que les participants suivent le traitement ils ne reçoivent pas de pénalité pour des violations de conditions, notamment le fait d'avoir manqué une analyse d'urine ou un rendez-vous — des actes qui sont punis automatiquement par d'autres TTT.¹⁵⁴

Par ailleurs, certaines exigences des TTT peuvent nuire au bien-être des participants, aux plans social et économique. Certains des tribunaux interdisent aux participants de travailler ou de faire des études pendant les quelques premiers mois de leur participation, dans l'esprit d'assurer que la priorité et le point de mire sont le traitement et le rétablissement. Les personnes qui ont de tels engagements sont tenues de démissionner, pour prévenir tout conflit avec les demandes de temps et d'énergie des TTT. Cependant, un nombre considérable de participants à des TTT ont un emploi au moment où ils entreprennent un programme de TTT. Par exemple, c'était le cas de 45 % des participants à Regina et de 31 % de ceux à Toronto, au moment de leur admission au TTT.¹⁵⁵

Fait ironique, l'emploi ou la participation à des études, en tant qu'indicateur de stabilité, est l'une des

(Toronto : Irwin Law, 2004), p. 39.

¹⁵² Entrevue de P. Allard avec Tucker Gordon, agent de cas systémique en matière de toxicomanie, Empowerment Council, 24 février 2011.

¹⁵³ Justice Canada, *supra* 54, p. 32.

¹⁵⁴ Ibid.

¹⁵⁵ Ibid., Tableau 7.

exigences pour graduer des TTT de Toronto, Vancouver, Winnipeg et Ottawa.¹⁵⁶ Donc, certains participants à des TTT peuvent avoir à quitter leur emploi ou leurs études afin d'avoir accès à un programme de TTT, et certains postulants à des TTT pourraient renoncer à entreprendre un programme de TTT puisqu'ils n'ont pas les moyens de quitter leur emploi. Or, les participants au TTT devront éventuellement trouver un emploi ou s'inscrire à des études, afin de graduer du programme. L'évaluation formative réalisée par le ministère de la Justice du Canada affirme que « certains membres des équipes des TTT ont reconnu que les exigences du programme de traitement peuvent rendre difficile l'accès des participants à d'autres objectifs durant le programme, notamment les objectifs d'éducation et de formation et les objectifs d'emploi. »¹⁵⁷ Interdire que les personnes travaillent ou étudient à temps plein, comme condition de l'accès à un traitement de la toxicomanie, puis exiger qu'elles soient ultérieurement employées ou aux études afin de graduer du TTT, semble contre-intuitif et improductif.

Afin d'assurer qu'une personne dispose d'un accès universel à un traitement, ces traitements et soins médicaux ne devraient jamais être placés en opposition avec sa présomption d'innocence, ce qui conduit à devoir choisir entre, d'une part, un plaidoyer de culpabilité criminelle et, d'autre part, le droit à des services de santé nécessaires à la gestion d'une maladie chronique, récurrente et débilitante.



Évaluation de l'efficacité des tribunaux de traitement de la toxicomanie

Le lien documenté entre l'usage de drogue et la criminalité est souvent cité, dans la littérature, comme la justification des TTT. Les tenants des TTT et de leur expansion fondent leur position sur les prémisses générales suivantes :

- les TTT sont efficaces à réduire les taux de consommation de drogue et de criminalité liés à la drogue; et
- les TTT sont efficaces à réduire les coûts de justice criminelle (p. ex. en réduisant le recours à l'incarcération).¹⁵⁸

La partie que nous amorçons ici aborde les prétentions voulant que les TTT soient efficaces à réduire l'usage de drogue et la criminalité qui s'y rattache, et qu'ils soient économiquement avantageux. Les taux de graduation signalés dans l'évaluation des TTT sont examinés, notamment en portant attention aux données qui concernent les femmes et les personnes autochtones qui ont participé à un TTT. La qualité de la recherche sur les TTT est variable et la majorité des études comportent des limites d'ordre méthodologique qui portent à remettre en question les affirmations à propos des bienfaits des TTT, renforçant du coup la nécessité de se demander s'ils constituent l'investissement de ressources le plus approprié. Le « coût d'opportunité » de consacrer des ressources à un traitement quasi imposé de la toxicomanie par l'entremise du système de justice criminelle, plutôt que de simplement accroître l'accès à un traitement volontaire et de bonne qualité, doit également être gardé à l'esprit.

¹⁵⁶ Ibid.

¹⁵⁷ Ibid., p. 40.

¹⁵⁸ N. Darbro, « Overview of issues related to coercion in substance abuse treatment: Part I », *Journal of Addictions Nursing* 20(1) (2009) : p. 16–23; Gendreau et Andrews, *supra* 131; D. Werb et coll., « Les tribunaux de traitement de la toxicomanie au Canada — Examen basé sur les données », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 12(2/3) (2007) : 13–19; J. Weekes et coll., *FAQ sur les tribunaux de traitement de la toxicomanie*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, mars 2007.

Problèmes de méthode dans les évaluations de tribunaux de traitement de la toxicomanie

La qualité scientifique des recherches sur les TTT est variable. La majorité des études effectuées comportent de sérieuses lacunes méthodologiques et, en conséquence, ne livrent pas des données dignes de confiance. Dans le cas de TTT canadiens, les évaluations sont réalisées par des parties impliquées, ce qui soulève une inquiétude que des biais possibles s'introduisent par inadvertance dans les évaluations. Par exemple, les évaluations des TTT de Toronto et d'Ottawa sont effectuées par les fournisseurs de traitement qui dirigent l'équipe et les programmes thérapeutiques, et qui ont un intérêt inhérent à ce que les TTT fassent état de résultats positifs. La méthodologie de la majorité des évaluations était problématique également parce que :

- on a souvent omis d'inclure un groupe comparatif;
- les études ne font pas état du cas des personnes qui ont abandonné le TTT; et
- les données pour évaluer l'impact à long terme des TTT sont extrêmement limitées et non concluantes.¹⁵⁹



Certains des tribunaux interdisent aux participants de travailler ou de faire des études pendant les quelques premiers mois de leur participation, dans l'esprit d'assurer que la priorité et le point de mire sont le traitement et le rétablissement.

Les groupes témoins/comparatifs

Les évaluations de TTT recourent fréquemment à une conception de recherche quasi expérimentale, qui n'assigne pas de participants de manière aléatoire à des groupes comparatifs.¹⁶⁰ Dans l'évaluation du TTT de Toronto, le groupe témoin était composé de personnes qui avaient fait une demande d'admission au TTT et avaient été déclarées admissibles mais ont fini par ne pas être inscrites au TTT.¹⁶¹ Ce groupe témoin a été documenté comme étant inapproprié parce qu'il était non apparié au groupe traité :

Certains des constats préliminaires à Toronto révèlent que le groupe expérimental et le groupe comparatif sont mal appariés relativement à plusieurs variables démographiques, d'usage de drogue ainsi que d'antécédents criminels, et que les membres du groupe comparatif ont un risque plus élevé de récidive. Le programme attire plus d'hommes que de femmes, et beaucoup plus de clients noirs que de clients autochtones, mais les clients caucasiens forment le plus grand groupe.¹⁶²

Le groupe comparatif dans l'évaluation du TTT de Vancouver était lui aussi mal apparié, comptant plus d'hommes, de personnes caucasiennes et de personnes plus âgées que dans le groupe expérimental composé

¹⁵⁹ Stevens et coll., *supra* 48; Fischer, *supra* 52; L. Gutierrez et G. Bourgon, *Tribunaux de traitement de la toxicomanie : Analyse quantitative de la qualité des études et du traitement*, Sécurité publique Canada, décembre 2009; Orbis Partners Incorporated, *Drug Treatment Court of Vancouver Program Evaluation Second Outcome Report: December 2001 — December 2004*, avril 2005; S. Belenko, *Research on Drug Courts: A Critical Review 2001 Update*, National Center on Addiction and Substance Abuse, Columbia University, juin 2001.

¹⁶⁰ Weekes, et coll., *supra* 158; Anderson, *supra* 47; Gutierrez et Bourgon, *supra* 159; S. Belenko, « The challenges of conducting research in drug treatment court settings », *Substance Use and Misuse* 37(12) (2002) : 1635–1664; Fischer, *supra* 52.

¹⁶¹ Anderson, *supra* 47; C. La Prairie et coll., « Drug Treatment Courts: A Viable Option for Canada? Sentencing Issues and Preliminary Findings from the Toronto Court », *Substance Use and Misuse* 37(12/13) (2002) : 1529–1566.

¹⁶² La Prairie et coll., p. 1589.

de participants au TTT.¹⁶³ L'appariement adéquat du groupe traité et du groupe comparatif est un élément essentiel à une conception de recherche appropriée des TTT : un mauvais appariement, comme le démontrent les évaluations réalisées à Toronto et à Vancouver, entraîne des biais de sélection et des données inexacts.¹⁶⁴ Les chercheurs ont souligné que « le processus d'assignation au hasard est essentiel à créer un groupe témoin qui peut être comparé de manière équitable avec un groupe en traitement. Sans une assignation au hasard, il y a un risque que les résultats reflètent des différences individuelles plutôt que l'efficacité du programme ». ¹⁶⁵ Il a de plus été affirmé que l'autosélection des participants des TTT entraîne un biais de sélection, en ce que les participants du groupe TTT pourraient être plus motivés que ceux des groupes comparatifs à suivre les programmes du TTT.¹⁶⁶ Cela a pu entraîner des résultats biaisés qui surestimeraient l'efficacité des TTT en comparaison avec les programmes contrôles, puisque les participants aux TTT ont plus de chances de s'engager à des traitements de la toxicomanie, en comparaison avec les participants du programme contrôle — qui, par autosélection, n'optent pas pour la voie du TTT. Un tel scénario, par conséquent, attribuerait à la participation à un TTT, à tort, des résultats qui seraient en fait particuliers aux participants (p. ex. une meilleure rétention au traitement). Bien que le biais résultant de l'absence de groupes comparatifs appropriés puisse être réglé par une conception de recherche qui utilise des techniques randomisées pour l'échantillon, les évaluations de TTT canadiens n'ont pas eu recours à ces modèles d'échantillonnage.¹⁶⁷

Lorsque des comparaisons sont effectuées, elles le sont entre les participants aux TTT et d'autres populations du système de justice criminelle. Par exemple, l'évaluation du TTT de Winnipeg compare les participants de celui-ci et des personnes qui ont reçu une peine avec sursis, de même que des personnes en probation sous juridiction provinciale au Manitoba.¹⁶⁸ Il a été affirmé qu'il serait plus approprié d'effectuer une comparaison entre des cohortes de programmes de TTT et des cohortes de programmes volontaires de traitement, afin d'examiner si les TTT sont aussi efficaces que le traitement volontaire,¹⁶⁹ et si l'élément coercitif inhérent au système des TTT rend ceux-ci plus efficaces.

Les évaluateurs du TTT de Toronto ont eu recours à cette approche, en incluant un groupe comparatif d'un programme de traitement. Le groupe comparatif d'un programme de traitement était composé de participants au programme en matière de cocaïne, au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), qui n'ont pas pris part au programme du TTT. Le but était que 200 individus participent au groupe comparatif; cependant, le nombre n'a été que de 26 personnes (23 hommes et 3 femmes). Le groupe comparatif du programme de traitement a été considéré inapproprié pour la comparaison au groupe de participants au TTT, en raison de ce faible nombre ainsi que d'importantes différences en termes d'âge, de logement, d'emploi et d'antécédents de criminalité.¹⁷⁰

Les tenants des TTT affirment que le caractère coercitif de leurs programmes de traitement est efficace, mais les données sont insuffisantes pour appuyer cette hypothèse. Certaines évaluations de TTT ont documenté que, selon les participants au traitement, les visites périodiques au tribunal ont fait en sorte qu'ils ont complété le programme.¹⁷¹ Malheureusement, ces évaluations n'offrent pas de comparaison avec d'autres formes d'approches et de programmes de traitement. Afin de déterminer quel protocole de traitement a les meilleures chances d'apporter des bienfaits à l'individu, ou à l'ensemble de la communauté, d'autres recherches qualitatives et quantitatives sont nécessaires. Des études des taux de rétention, de complétion réussie, de motivation à amorcer le programme et à le poursuivre, de même que de la réduction de l'usage de drogue et/ou de la récidive, pour ne mentionner que quelques questions, seraient nécessaires afin d'évaluer si les programmes de traitement à caractère volontaire ou les programmes moins volontaires sont les plus efficaces

¹⁶³ Werb et coll., *supra* 158.

¹⁶⁴ Fischer, *supra* 52.

¹⁶⁵ Gorkoff et coll., *supra* 81, p. xv.

¹⁶⁶ Werb et coll., *supra* 158; Gutierrez et Bourgon, *supra* 159; Belenko, *supra* 160; Fischer, *supra* 52.

¹⁶⁷ Fischer, *supra* 52.

¹⁶⁸ Gorkoff et Weinrath, *supra* 66.

¹⁶⁹ Anderson, *supra* 47.

¹⁷⁰ L. Gliksman et coll., *Toronto Drug Treatment Court Evaluation Project Final Report*, 30 novembre 2004, p. 93.

¹⁷¹ Justice Canada, *supra* 54.

pour traiter la dépendance.

À ce jour, peu de recherches ont procédé à une analyse comparative. Dans celles qui l'ont fait, il est clair que le traitement volontaire conduit à des résultats similaires à ceux du traitement requis ou quasi imposé. Par exemple, une étude européenne qui a comparé les résultats du traitement volontaire et du traitement quasi imposé a démontré que, après contrôle de divers facteurs, les programmes de traitement quasi imposé et les programmes de traitement volontaire étaient d'efficacité égale, en termes de réduction de l'usage de drogue ainsi que de la criminalité.¹⁷² Dans une autre étude, qui a examiné la motivation des participants au changement, dans les contextes de programmes à coercition légale et de programmes volontaires de traitement en résidence, on n'a pas observé de différence entre les participants des deux groupes, ni à l'admission au programme, ni aux étapes préliminaires du programme. Cependant, l'étude a conclu que « les clients sous coercition qui ont participé à cette étude ont quitté le traitement à un taux bien plus élevé que les clients volontaires, après les 5 à 6 premières semaines du traitement ».¹⁷³

D'autres recherches sont définitivement nécessaires avant que des conclusions claires puissent être tirées. Cependant, le peu de recherche disponible indique que le traitement volontaire est aussi bénéfique aux individus et pour la sécurité publique, que le traitement sous la coercition légale ou quasi obligatoire. Ceci donne à penser que l'on devrait de préférence appuyer des approches qui ne soulèvent pas les inquiétudes identifiées en lien avec les TTT, pour ce qui concerne l'éthique et les droits humains.

Des taux élevés d'attrition

De faibles taux de rétention et des taux élevés d'attrition affectent la validité des évaluations de TTT.¹⁷⁴ En 2006 par exemple, seulement six (19 %) des 31 participants se sont rendus au jalon de 6 mois, au TTT d'Ottawa.¹⁷⁵ Des 365 personnes admises au TTT de Toronto jusqu'en 2004, un nombre de 308 (84 %) a été renvoyé, dont près de la moitié (46,8 %) au cours de leurs deux premiers mois.¹⁷⁶ Avec un aussi faible taux de rétention, il est difficile non seulement de prétendre que les TTT sont efficaces, mais aussi d'affirmer que leurs évaluations sont valides et dignes de confiance. Par ailleurs, bien que dans certains cas les indicateurs de récidive et de consommation de drogue pendant la participation au programme démontrent une efficacité parmi les individus qui gradueront ultérieurement du programme de TTT, le faible nombre de gradués de TTT (qui est constamment faible, dans les diverses évaluations de TTT), donne fortement à croire que le degré d'efficacité de ces programmes est faible, parmi les sous-populations de personnes dépendantes à une drogue.

Un manque d'évaluation des résultats à long terme

Il est fréquemment affirmé que les TTT sont efficaces et appropriés.¹⁷⁷ Or ces affirmations sont affaiblies par l'échec à examiner les impacts des TTT à long terme. Bien que plusieurs évaluations de TTT aient été effectuées, il y a un sérieux manque de données concernant les résultats du suivi. De fait, bien que plusieurs évaluations de TTT évaluent les résultats concernant la consommation de drogue, la récidive et d'autres paramètres liés à la drogue, au cours de la participation au programme, peu d'évaluations de TTT au Canada incluent des données ultérieures au programme, pour ces indicateurs d'efficacité. Il est signalé dans l'évaluation du TTT de Toronto que « bien qu'à court terme il puisse sembler y avoir des résultats positifs, le réel test des programmes de tribunaux de la toxicomanie pourrait être la question de savoir si les clients sont capables de maintenir pour une période de temps prolongée les changements accomplis durant le programme. »¹⁷⁸ Il est absolument nécessaire d'évaluer l'efficacité à long terme des programmes de TTT, dans

¹⁷² M. Schaub et coll., « Comparing Outcomes of 'Voluntary' and 'Quasi-Compulsory' Treatment of Substance Dependence in Europe », *European Addiction Research* 16(1) (2010) : 53–60.

¹⁷³ J. Nolan et A.P. Thompson, « Psychological Change in Voluntary and Legally Coerced Clients of Residential Drug and Alcohol Treatment Programme », *Psychiatry, Psychology and Law* 16(3) (2009) : 458–472, à la p. 469.

¹⁷⁴ Weekes et coll., *supra* 158; Belenko, *supra* 160; Gutierrez et Bourgon, *supra* 159.

¹⁷⁵ Rideauwood Addiction and Family Services, *supra* 105.

¹⁷⁶ Gliksman et coll., *supra* 170, p. 84.

¹⁷⁷ Anderson, *supra* 47; Werb et coll., *supra* 158

¹⁷⁸ Gliksman et coll., *supra* 170, p. 32.

ce contexte. L'évaluation du TTT de Toronto incluait des données post-programme, au sujet de la récidive, qui ont démontré des baisses des niveaux de récidive semblables, entre les clients du TTT et les participants faisant partie du groupe comparatif judiciaire.¹⁷⁹ Toutefois, les indicateurs d'usage de drogue post-programme n'ont pas été évalués, ce qui constitue une tare importante pour une évaluation de l'efficacité de ce programme dans l'atteinte d'un de ses buts principaux.

Problèmes méthodologiques : conclusion

L'évaluation formative des TTT canadiens qu'a effectuée le ministère de la Justice du Canada se base sur : les évaluations lacunaires des tribunaux, fournies par ceux-ci; des entrevues avec des répondants clés; un sondage auprès d'intervenants; et des études de cas avec les participants aux TTT.¹⁸⁰ Le rapport d'évaluation n'explique pas comment on a échantillonné les répondants clés, les intervenants ni les études de cas. Il n'aborde pas non plus les lacunes de méthodologie et les biais de sélection que comportent les évaluations du processus et des résultats des TTT. En examinant la qualité des évaluations de TTT, certains chercheurs ont conclu :

En résumé, la présente étude a constaté que la qualité de la recherche et la qualité du traitement ont fortement influencé les résultats des évaluations des tribunaux de traitement de la toxicomanie. Des problèmes concernant les conceptions d'études quasi expérimentales, les groupes comparatifs, la gestion des taux élevés d'attrition, ainsi que d'examen et de contrôle inadéquats de différences entre les groupes, sont des problèmes de méthodologie qui ont souvent biaisé les évaluations en faveur du traitement [que concernait l'évaluation, soit le TTT].¹⁸¹

Par conséquent, puisque les évaluations actuelles des programmes de TTT canadiens ont été faites à partir de données qui ne sont pas dignes de confiance, il est impossible pour le moment de conclure que les TTT conduisent à des diminutions de la consommation de drogue ou de la récidive.¹⁸²

Les taux de graduation

En général, les taux de graduation des TTT au Canada sont faibles. La plus récente évaluation formative a conclu que les taux de graduation des TTT, à divers endroits, se situaient entre 6 % (Toronto) et 36 % (Winnipeg). À Ottawa et à Regina, ce taux était de 11 %.¹⁸³

- Au TTT de Vancouver, de 2001 à 2005, on a admis 322 personnes, dont seulement 34 ont fini par graduer (10,6 %).¹⁸⁴ Des participants qui n'ont pas gradué, 13,7 % se sont retirés de leur propre chef et ont reçu une peine criminelle; 43,8 % ont été renvoyés du programme sur demande de la couronne et/ou de l'équipe thérapeutique et ont été confiés au processus de détermination de la peine.¹⁸⁵
- Entre 1999 et 2003, 15,6% des personnes admises au TTT de Toronto ont gradué.¹⁸⁶ Seulement trois personnes (6 % des participants) ont gradué du TTT de Toronto entre avril 2007 et septembre 2008.¹⁸⁷
- Entre octobre 2006 et septembre 2008, seulement huit personnes (11 % des participants) ont gradué du TTT de Regina.¹⁸⁸

¹⁷⁹ Dans cette étude, les participants faisant partie d'un groupe comparatif du système judiciaire étaient des individus considérés admissibles au TTT de Toronto mais qui ne se sont pas inscrits au TTT après l'examen initial de leur demande.

¹⁸⁰ Justice Canada, *supra* 54, p. 25.

¹⁸¹ Gutierrez et Bourgon, *supra* 159, p. 12.

¹⁸² Stevens et coll., *supra* 48; Drug Policy Alliance, *supra* 53; Gutierrez et Bourgon, *supra* 159.

¹⁸³ Justice Canada, *supra* 54.

¹⁸⁴ Orbis Partners Incorporated, *supra* 159.

¹⁸⁵ Ibid.

¹⁸⁶ Glikzman et coll., *supra* 170.

¹⁸⁷ Justice Canada, *supra* 54.

¹⁸⁸ Ibid.

- Au TTT d'Ottawa, il n'y a eu aucun gradué entre février 2006 et février 2007.¹⁸⁹ Dans une évaluation en date de janvier 2009, le TTT d'Ottawa mentionne que huit de ses participants ont gradué depuis l'amorce du programme en 2006.¹⁹⁰

Bien que le Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie ait mandaté les TTT de cibler les individus de groupes aux besoins marqués, y compris « les hommes et les femmes des communautés autochtones et les individus aux prises avec le commerce du sexe, ainsi que les femmes en général »,¹⁹¹ les TTT tendent à réussir mieux à attirer et à retenir des hommes et des adultes plus âgés.¹⁹² Les TTT semblent avoir de la difficulté non seulement à attirer des travailleuses et travailleurs sexuels, de même que des femmes, y compris des femmes autochtones, mais aussi à retenir les hommes autochtones. En outre, le taux de graduation parmi ces groupes est remarquablement faible.

Participant·es de sexe féminin

Les femmes sont moins susceptibles de se porter candidates à un TTT, et si elles le font et qu'elles sont acceptées, elles sont beaucoup moins susceptibles de graduer à un niveau comparable aux participants de sexe masculin.¹⁹³ L'évaluation du ministère de la Justice confirme que le programme de TTT canadien « remporte son plus grand succès au niveau des hommes et des autres adultes plus âgés ». ¹⁹⁴

- Au TTT de Toronto, les femmes sont moins susceptibles que les hommes de se présenter à leur première audience au tribunal, après leur évaluation clinique.¹⁹⁵
- Les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'être acceptées au TTT de Toronto.¹⁹⁶
- À Vancouver, les femmes ont été moins susceptibles de compléter l'évaluation initiale et elles ont complété moins d'heures du programme de traitement.¹⁹⁷
- Les femmes ont été plus susceptibles de graduer du TTT d'Edmonton que des autres TTT, mais étaient aussi plus susceptibles d'abandonner le programme au cours des 28 jours suivant leur admission.¹⁹⁸

Ces résultats peuvent être une indication des lacunes concernant la sexospécificité des programmes des TTT canadiens. Certains TTT ont tenté de fournir des services mieux adaptés à la culture et à la sexospécificité. Par exemple, le TTT de Toronto a essayé de résoudre ses difficultés à attirer et retenir des femmes, par la création d'un sous-comité sur les femmes et enfants, dans le cadre de son Comité consultatif communautaire. Un des problèmes observés par les fournisseurs de services au TTT de Toronto était que « plusieurs des femmes du programme connaissent de nombreux hommes du programme, à cause de leur fréquentation de la rue. En situation de groupe mixte, ceci peut comporter des déclencheurs pour les femmes et leur rendre difficile de réussir ». ¹⁹⁹ Cette inquiétude a conduit le TTT de Toronto à offrir des programmes distincts pour les femmes. Or plusieurs des TTT « se heurtent à la difficulté de trouver le nombre d'employés nécessaires à ce type de prestation. »²⁰⁰

¹⁸⁹ Gendreau et Andrews, *supra* 131.

¹⁹⁰ Rideauwood Addiction and Family Services, *supra* 105.

¹⁹¹ Justice Canada, *supra* 54, p. iv.

¹⁹² Ibid.

¹⁹³ Ibid.; Glikzman et coll., *supra* 170; Gutierrez et Bourgon, *supra* 159.

¹⁹⁴ Justice Canada, *supra* 54, p. 25.

¹⁹⁵ Glikzman et coll., *supra* 170.

¹⁹⁶ Justice Canada, *supra* 54.

¹⁹⁷ Orbis Partners Incorporated, *supra* 159.

¹⁹⁸ Justice Canada, *supra* 54.

¹⁹⁹ Centre de toxicomanie et de santé mentale, « Drug Treatment Court Program adapting for women », communiqué, 15 novembre 2010 (<http://rffada.org/2010/12/new-drug-treatment-court-program-adapting-for-women/#more-212>).

²⁰⁰ Justice Canada, *supra* 54, p. iv.

Les méthodes des programmes de traitement de la toxicomanie offerts par les TTT peuvent être inappropriées à un nombre considérable de femmes. Par exemple, pour des femmes dont l'usage de drogue est relié à des antécédents de maltraitance physique, émotionnelle et/ou sexuelle, des programmes de traitement de la toxicomanie centrés sur un modèle masculin pourraient ne pas être appropriés. En conséquence, plusieurs femmes représentent possiblement des défis pour les méthodes de traitement du programme de TTT, sont considérées comme ne respectant pas les règles ou comme étant résistantes au traitement,²⁰¹ et finissent par être expulsées du programme ou par l'abandonner.

Les femmes sont moins susceptibles de se porter candidates à un TTT, et si elles le font et qu'elles sont acceptées, elles sont beaucoup moins susceptibles de graduer à un niveau comparable aux participants de sexe masculin.



En plus de programmes spécialisés, une plus grande souplesse du régime des TTT pourrait être nécessaire, puisque plusieurs femmes assument seules la garde et les soins de leurs enfants et, de plus en plus, de personnes âgées. L'exigence que les femmes déménagent dans une résidence choisie par le tribunal, ou abandonnent un travail à temps plein ou des études, constitue un fardeau injuste et déraisonnable, en particulier lorsque des personnes qui dépendent de ces femmes ont besoin de leur soutien émotionnel et financier.

Participants autochtones

Les participants autochtones, pour la plus grande part, sont moins susceptibles que les autres participants de graduer de TTT canadiens.

- Les participants autochtones sont moins susceptibles de réussir le programme, aux TTT de Toronto et de Regina, même si le bassin de participants de celui de Regina est à 67 % autochtone.
- À Winnipeg, les participants autochtones étaient moins susceptibles de graduer; et on a observé un lien fort entre le fait d'être caucasien et la graduation.²⁰²

Les hommes et les femmes autochtones, les personnes qui vivent dans la pauvreté ainsi que les personnes qui ont pour milieu de vie la rue et qui font usage de drogue sont déjà surreprésentés dans les établissements correctionnels et de détention, au Canada. Les personnes autochtones constituent un peu moins de 4 % de la population canadienne, mais elles représentent 20 % de la population incarcérée dans des établissements fédéraux.²⁰³ La situation est encore plus marquée pour ce qui concerne les femmes autochtones, qui comptent pour 33 % des détenues fédérales (ce chiffre représentant une augmentation de 90 % en dix ans).²⁰⁴ Par conséquent, les TTT tels qu'ils sont actuellement organisés, exacerbent possiblement les inégalités qui s'observent déjà dans le système de justice criminelle, vu les taux élevés de personnes autochtones, de même que de femmes, à ne pas participer à des programmes de TTT ou à ne pas les compléter. Bien que certains TTT ont tenté de fournir des services mieux appropriés à la culture, « en offrant directement des programmes spécifiques pour autochtones, ou en y référant les participants », il pourrait être nécessaire de poursuivre

²⁰¹ Lapidus et coll., *supra* 25.

²⁰² Les TTT d'Ottawa et de Toronto ne collectent pas de données concernant l'origine autochtone. Au TTT de Toronto, les deux catégories ethniques sont « caucasien » et « autre » (Justice Canada, *supra* 54).

²⁰³ H. Sapers, Enquêteur correctionnel du Canada, *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2009–2010*, Bureau de l'enquêteur correctionnel, 30 juin 2010.

²⁰⁴ Ibid.

le développement de services de traitements spécifiques pour les autochtones, en consultation avec leurs communautés.

Ces faibles taux de participation et de graduation doivent être examinés et abordés, et ce dans l'ensemble des TTT. Par exemple, une étude ayant porté sur le TTT de Winnipeg a démontré que les normes pour la graduation sont biaisées, au détriment des participants marginalisés :

Les normes de complétion des étapes conviennent mieux aux personnes moins marginalisées et qui ont des antécédents plus privilégiés et du soutien familial. Il est à craindre que les normes du tribunal en ce qui concerne la réussite et la graduation puissent être biaisées en faveur des clients plus nantis qui font partie de la majorité (p. ex., blancs, avantagés au plan socioéconomique et de sexe masculin).²⁰⁵



Le manque de programmes sexospécifiques et culturellement appropriés, dans les TTT, soulève des inquiétudes quant à l'efficacité des services de traitement à fournir un soutien approprié aux participants, au chapitre de la santé physique et mentale.

Jusqu'à présent, aucune évaluation n'a été effectuée afin de déterminer l'efficacité des très rares programmes sexospécifiques ou adaptés à la culture, pour répondre à la dépendance à la drogue. La faiblesse considérable des taux d'adhésion de personnes autochtones ainsi que de graduation parmi ces participants démontre que des efforts additionnels sont nécessaires afin de répondre à leurs besoins. Ceci constitue une importante lacune des TTT, car ils sont censés répondre aux besoins d'un groupe social important qui présente des taux disproportionnés de dépendance à la drogue et d'incarcération.

L'on assume fondamentalement que les programmes de TTT fournissent une aide efficace aux participants, pour vaincre leur toxicomanie et, qu'en soi ils sont appropriés aux participants et leur fournissent un traitement efficace. Or les taux d'adhésion, de rétention et de graduation, pour ce qui concerne les femmes ainsi que les personnes autochtones, portent à penser que les programmes actuels de TTT ne répondent peut-être pas aux besoins de traitement de ces deux populations cibles principales dans le mandat des TTT.

Il a été documenté, dans l'évaluation formative du ministère de la Justice du Canada, que des services de traitement qui tiennent compte de la sexospécificité ainsi que des différences raciales et culturelles, dans le cadre des programmes, sont nécessaires. En particulier, les populations vulnérables sont assujetties aux mêmes conditions de libération conditionnelle et aux mêmes pénalités que tous les autres participants, mais elles pourraient être placées en situation de désavantage puisqu'elles ne reçoivent pas des programmes de traitement culturellement appropriés et sexospécifiques. L'échec à leur fournir des services ainsi adaptés augmente leur vulnérabilité à des pénalités des TTT et à la possible expulsion. Il est nécessaire d'accommoder les besoins des personnes dépendantes à la drogue, en tenant compte de leur capacité, plutôt que de les punir. Le manque de programmes sexospécifiques et culturellement appropriés, dans les TTT, soulève des inquiétudes quant à l'efficacité des services de traitement à fournir un soutien approprié aux participants, au chapitre de la santé physique et mentale. Cela soulève, de plus, des préoccupations en matière d'égalité, pour ce qui concerne le traitement fourni, compte tenu notamment du rôle que joue l'État en exerçant une coercition sur ces personnes vers le traitement, par les TTT.

²⁰⁵ Gorkoff et coll., *supra* 81, p. 50–51.

La réduction de la récidive

Malgré les bienfaits prétendus qui sont attribués aux TTT, les évaluations réalisées au Canada à ce jour ne démontrent pas qu'ils réduisent le taux de récidive, à long terme.²⁰⁶ Or le but principal des TTT est la diminution de la récidive, et leurs tenants affirment souvent que les TTT y réussissent. Par exemple, dans le rapport d'évaluation formative du ministère de la Justice, on affirme que « [l]a majeure partie des répondants clés, des répondants de l'enquête et des participants à l'étude de cas *estiment* que le programme contribue à réduire la récidive »,²⁰⁷ alors qu'une simple minorité des évaluations de TTT fournit des données sur les taux de récidive parmi les participants au cours du programme. L'évaluation du TTT de Winnipeg contient des données sur la récidive, dans un suivi de courte durée. Il y est affirmé que « la documentation de la récidive manque de détail »²⁰⁸ et que les données sur le sujet étaient « très préliminaires ».²⁰⁹

L'évaluation des résultats du TTT de Toronto impliquait deux examens en suivi auprès des participants du TTT, six et 18 mois après leur admission. L'équipe d'évaluateurs a signalé la difficulté de compléter ce suivi avec les participants, citant cette réalité comme une limite des constats de l'évaluation.²¹⁰ On a constaté que la consommation de drogue avait diminué avec le temps, entre l'admission et le suivi à six mois, et encore ultérieurement au suivi à 12 mois, parmi les gradués du TTT et les personnes des groupes comparatifs qui ont été utilisés. Cependant, il est noté dans l'évaluation : « Bien qu'il soit tentant de tenir pour acquis que ces résultats indiquent que le simple fait de participer au TTT de Toronto, même brièvement, ait aidé les clients à réduire le nombre de jours où ils consomment de la drogue, cette inférence ne peut pas être tirée en l'absence d'un groupe comparatif n'ayant aucunement participé au TTT ».²¹¹ L'évaluation contenait aussi des données sur les condamnations au criminel après une, deux et trois années suivant l'abandon ou la graduation du TTT; et l'on a constaté qu'initialement les gradués des TTT étaient moins susceptibles que les individus des groupes comparatifs d'être déclarés coupables de délits. Les individus qui avaient passé le moins de temps au TTT étaient plus susceptibles d'être ultérieurement déclarés coupables de délits. Cependant, les évaluateurs ont aussi constaté que « trois ans après la sortie du programme, les résultats pour le groupe expérimental sont similaires à ceux du groupe comparatif du système judiciaire ».²¹² Ainsi, peu de données issues des évaluations de résultats livrent des preuves d'une réduction de la récidive par les TTT.

L'évitement de coûts

Les marqueurs de comparaison utilisés pour évaluer le rapport coût-efficacité des programmes de TTT sont inappropriés sur au moins deux plans. Premièrement, dans la plupart des évaluations on compare le coût d'une année au TTT et d'une année en prison. Toutefois, la majeure partie des personnes admissibles et admises aux TTT pour des accusations de délits liés à la drogue auraient probablement eu des peines d'incarcération de bien moins qu'une année.²¹³ Deuxièmement, le faible taux de complétion du programme fait augmenter le coût général du traitement par individu. Par exemple, il en a coûté 4 058 819 \$ pour le fonctionnement du TTT de Vancouver pour environ cinq ans. Pendant cette période, seulement 42 participants en ont gradué. Donc le coût par participant gradué a été de 96 639 \$.²¹⁴ Dans l'évaluation formative du ministère de la Justice du Canada, on conclut que :

dans l'hypothèse qu'un participant à un TTT achève le programme avec succès et ne commet pas de récidive, les coûts du TTT se révèlent 70 pour cent inférieurs à ceux correspondant à deux années d'incarcération. Toutefois, lorsqu'un contrevenant est condamné à un an de probation, les coûts du

²⁰⁶ Justice Canada, *supra* 54; Fischer, *supra* 52; Anderson, *supra* 47.

²⁰⁷ Justice Canada, *supra* 54, p. vi [italique ajouté]. N.d.t. : Dans le texte anglais, le verbe utilisé est « *believe* » [croient].

²⁰⁸ Gorkoff et coll., *supra* 81, p. 6.

²⁰⁹ Ibid., p. 8.

²¹⁰ Gliksman et coll., *supra* 170.

²¹¹ Ibid., p. 124.

²¹² Ibid., p. 128.

²¹³ Fischer, *supra* 52; Justice Canada, *supra* 54, p. 25.

²¹⁴ Werb et coll., *supra* 158

TTT sont alors 365 pour cent plus élevés que ceux du système traditionnel.²¹⁵

En outre, les paramètres utilisés pour calculer les coûts annuels liés à l’incarcération d’un individu ne concordent pas nécessairement avec ceux utilisés dans les analyses de coûts liés au traitement d’un individu dans le cadre d’un programme de TTT. Par exemple, les estimés des coûts des TTT inclus dans la plupart des évaluations canadiennes ne prennent pas en considération des dépenses comme les salaires des équipes de traitement et du tribunal, le logement et les coûts de fonctionnement.²¹⁶

Puisque la grande majorité des participants aux TTT n’en graduent pas, et que les données sont limitées au sujet des taux de récidive parmi les gradués et les participants qui n’ont pas gradué, il est difficile de conclure que les TTT sont efficaces au regard du coût, en comparaison avec d’autres approches de la justice criminelle. À la lecture des mesures de graduation et du rapport coût-efficacité, on ne peut pas conclure que les TTT constituent une intervention efficace du système de justice criminelle, en particulier pour ce qui concerne les communautés marginalisées et les femmes.

Conclusion

Il existe peu de données dignes de confiance, sur lesquelles baser une évaluation adéquate des TTT, y compris en ce qui concerne l’examen des affirmations des intervenants en faveur de cette voie. Les données disponibles sont tirées d’études limitées et lacunaires au plan de la méthode. Même en se basant sur ces données, qui sont possiblement empreintes d’un biais en faveur des TTT, on ne peut pas conclure à une efficacité particulière des TTT pour réduire la consommation de drogue et/ou la récidive,²¹⁷ et il n’est définitivement pas clair qu’ils soient plus efficaces que l’approche volontaire au traitement. Certaines données démontrent, par ailleurs, que les TTT actuels échouent particulièrement à joindre et aider les communautés marginalisées et les femmes. Vu le manque de données rigoureuses, il n’est pas possible de conclure à une comparabilité des TTT au chapitre du rapport coût-efficacité.

²¹⁵ Justice Canada, *supra* 54, p. vii.

²¹⁶ Fischer, *supra* 52.

²¹⁷ Stevens et coll., *supra* 48; Drug Policy Alliance, *supra* 53; Gutierrez et Bourgon, *supra* 159.

Conclusion et recommandations

La vision fondamentale du cadre de travail des tribunaux de traitement de la toxicomanie est louable — donner accès au traitement de la toxicomanie comme avenue de rechange à l’incarcération. Toutefois, l’approche actuelle soulève d’importantes préoccupations. Le modèle de la jurisprudence thérapeutique qui caractérise le système de TTT modifie grandement la nature thérapeutique et axée sur la santé, du traitement de la toxicomanie, en mettant l’accent sur l’abstinence en tant que principale (et parfois unique) mesure de succès. En l’absence de mesures adéquates de réduction des méfaits dans les programmes de TTT, ou d’avenues de rechange viables pour l’accès au traitement de la toxicomanie en marge du système judiciaire, il persiste un risque que des personnes qui font usage de drogue soient exposées au VIH et/ou au VHC. Par ailleurs, le processus judiciaire traditionnel est considérablement modifié en ce que l’avocat de service, la Couronne, le juge et les fournisseurs de traitement travaillent en équipe; ce modèle pourrait compromettre les protections de l’application régulière de la loi établies dans le processus judiciaire traditionnel. Il existe des occasions claires d’améliorer le mode de fonctionnement des TTT, qui permettraient de (1) mieux protéger les droits humains des participants aux TTT; (2) élargir les services requis en complément au traitement; (3) répondre aux besoins de services de traitement sexospécifiques et appropriés à la culture; et (4) mieux évaluer l’impact réel des TTT, notamment en comparaison avec d’autres approches visant à rehausser l’accès au traitement de la dépendance à la drogue tout en tenant compte des préoccupations liées à l’ordre public.

En l’absence de mesures adéquates de réduction des méfaits dans les programmes de TTT, ou d’avenues de rechange viables pour l’accès au traitement de la toxicomanie en marge du système judiciaire, il persiste un risque que des personnes qui font usage de drogue soient exposées au VIH et/ou au VHC.



En détournant des individus du système carcéral et en leur donnant une seconde chance de prendre leur vie en mains, les tribunaux de traitement de la toxicomanie sont une mesure cruciale au développement des politiques sur le traitement de la dépendance à la drogue. Toutefois, les responsables des politiques ont l’obligation d’évaluer non seulement l’efficacité des TTT, y compris leur impact sur diverses communautés marginalisées, mais aussi de considérer et d’évaluer la viabilité d’autres approches au sein du système de justice pénale et hors de celui-ci. Des mesures punitives dans le cadre du traitement de la toxicomanie, qui sont considérées comme essentielles au fonctionnement efficace du système de TTT, pourraient non seulement être inutiles pour certaines personnes, mais aussi réduire leurs chances de se défaire de leur dépendance à la drogue. Vu la possibilité que le système de TTT nuise au bien-être physique et mental des participants et compromette leurs droits humains, il est essentiel d’envisager des avenues de rechange qui respectent, protègent et réalisent les droits humains des personnes qui ont une dépendance à la drogue, tout en atteignant les objectifs visés de réduire la criminalité liée à la consommation de drogue et par conséquent d’améliorer la sécurité du public.

Des politiques centrées sur la santé, afin de prévenir et de réduire les méfaits individuels et sociaux associés à l’usage de drogue

Augmenter la viabilité du traitement volontaire

Le corpus actuel de la recherche démontre que le traitement sous la coercition ou quasi imposé ne produit pas de meilleurs résultats que le traitement volontaire. Le traitement volontaire est démontré comme ayant une efficacité semblable à celle des deux autres approches, pour réduire la consommation de drogue et la criminalité qui s’y rattache. Or, en raison d’un financement inadéquat, le système de fourniture de traitement est très fragmenté et il subit de fortes pressions, ce qui résulte en un piètre accès au traitement volontaire.

Un financement adéquat et l'avancement des priorités de politiques susceptibles d'accroître la disponibilité des options de traitement volontaire sont nécessaires, avant que l'on donne priorité à d'autres approches de traitement, comme les TTT, qui risquent davantage de porter atteinte aux droits humains des personnes qui font usage de drogue. De plus, des évaluations devraient être réalisées pour déterminer les raisons pour lesquelles les personnes de certaines communautés marginalisées sont moins susceptibles de recourir de manière volontaire à des programmes de traitement dans la communauté, et pour identifier des moyens d'accroître l'accès au traitement de la toxicomanie et son utilisation, dans ces communautés. « Le financement d'interventions de traitement imposé devrait être suspendu jusqu'à ce que le système de traitement volontaire arrive à devenir accessible à toute personne qui demande de l'assistance et qui est admissible et susceptible d'en bénéficier; du moins, jusqu'à ce que des données empiriques viennent à démontrer [le cas échéant] que le traitement imposé est supérieur aux options volontaires. »²¹⁸

Assurer l'accès à un plus grand nombre de programmes de réduction des méfaits

Dans un effort pour accroître le nombre de personnes qui reçoivent un traitement *avant* d'être aux prises avec le système de justice criminelle, il devrait être prioritaire de faciliter l'accès à un plus grand nombre de programmes de réduction des méfaits. Des programmes de santé fournissant l'accès à du matériel stérile pour l'injection de drogue (p. ex., des seringues neuves, des trousses pour un usage plus sécuritaire de crack, et des instruments connexes) et des services (p. ex., des sites d'injection supervisée) sont non seulement efficaces pour réduire les méfaits associés à la consommation risquée de drogue (p. ex. la transmission du VIH et du VHC, la surdose mortelle et non mortelle), mais aussi ils fournissent des occasions de relier les clients à des services de traitement de la toxicomanie si ces derniers ont une capacité d'accueil suffisante.²¹⁹ De plus, en élargissant l'accès au traitement d'entretien à la méthadone, et aux autres traitements de substitution aux opioïdes, on pourrait faire en sorte qu'un plus grand nombre de personnes arrivent à gérer leur dépendance et ainsi éviter ou réduire des activités problématiques et délits liés à la drogue. Le gouvernement fédéral devrait rétablir la réduction des méfaits en tant que quatrième pilier de la stratégie canadienne antidrogue, et cette approche devrait aussi faire partie intégrante de toutes les stratégies provinciales/territoriales et municipales en matière de drogue. En outre, des sites d'injection supervisée devraient être soutenus et, par l'entremise d'un processus consultatif national, un cadre national relatif à ces centres devrait être développé. Les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux pourraient aider à ce que divers programmes de réduction des méfaits qui correspondent aux besoins des diverses communautés soient faciles d'accès dans tous les ressorts du pays — en accordant une attention particulière à augmenter l'accessibilité de programmes de réduction des méfaits dans les communautés rurales et éloignées. Un financement adéquat des programmes de réduction des méfaits devrait être fourni par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux/territoriaux.

Décriminaliser certaines infractions liées à la drogue

Le gouvernement fédéral devrait abroger certaines dispositions criminelles actuelles concernant la drogue. Il incombe au gouvernement de procéder à des évaluations basées sur les données, à savoir quels délits liés à la drogue sont les moins susceptibles de constituer une menace pour la sécurité publique, et dont l'abrogation serait la plus susceptible de réduire les taux d'arrestations liées à la drogue, et d'encourager l'accès à des services de traitement volontaire de la toxicomanie. Les expériences de décriminalisation dans des pays comme le Portugal ont eu des résultats positifs pour la santé et l'ordre public et représentent une avenue importante pour tout effort de décriminalisation de certains délits liés à la drogue. En 2001, le Gouvernement du Portugal a adopté une loi nationale décriminalisant la possession et la consommation personnelles de toutes les drogues, y compris la cocaïne et l'héroïne. La possession de drogue pour usage personnel et « l'usage de drogue [sont] encore prohibés par le droit portugais » mais ces prohibitions sont « traitées strictement comme une infraction administrative, et non un crime ».²²⁰ De récentes évaluations de la nouvelle loi ont démontré que

²¹⁸ Anderson, *supra* 47, p. 474.

²¹⁹ A. Klein, *Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida, Toronto, 2007; R. Elliott et coll., *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*, Réseau juridique canadien VIH/sida, Toronto, 2002; Réseau juridique canadien VIH/sida, *La distribution de trousses pour un usage plus sécuritaire de crack, au Canada : questions et réponses*, Toronto, septembre 2008.

²²⁰ G. Greenwald, *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*, Cato Institute, Washington, D.C., 2009, p. 3.

l'usage de drogue dans le pays est demeuré au même niveau ou a diminué légèrement, en comparaison avec d'autres pays d'Europe, et que la loi a eu un impact considérable sur la santé publique, en réduisant de manière radicale la transmission du VIH et du VHC ainsi que les décès liés à la drogue.²²¹

Avenues appropriées pour la déjudiciarisation

Établir un programme de déjudiciarisation préalable à la décision judiciaire

L'option pré-plaidoyer jadis offerte par certains TTT et la plupart des programmes de déjudiciarisation pré-procès qui existent tendent à se concentrer sur les groupes de contrevenants qui sont les moins susceptibles de demander ou d'accepter une telle mesure. Des efforts devraient chercher à élargir les critères d'admissibilité, afin qu'un plus grand nombre de personnes bénéficient d'occasions de déjudiciarisation avant décision judiciaire. « Trop de programmes de déjudiciarisation finissent par s'appliquer à des délinquants qui, de toute façon, ne se seraient pas rendus très loin dans le système de justice. Le défi consiste à établir et à appliquer des critères d'admission qui tiennent compte des taux de non-lieu probables et qui mettent à l'épreuve les limites de ce qui peut et de ce qui doit être fait avec ceux qui ne feraient pas l'objet d'un non-lieu. Il n'y a pas grand-chose à faire pour améliorer le rendement des délinquants à faible risque, et les ressources du système peuvent être mieux utilisées à d'autres fins. »²²² On devrait procéder à des évaluations afin de déterminer quels types de délits pourraient être raisonnablement considérés comme donnant lieu à une possibilité de déjudiciarisation préalable à la décision judiciaire. Des projets appropriés en matière de déjudiciarisation pourraient être développés afin d'évaluer quels délits sélectionnés conviennent le mieux à cette avenue.

Occasions d'améliorer le fonctionnement des tribunaux de traitement de la toxicomanie

Instituer une pratique en matière de réduction des méfaits

La plupart des TTT adhèrent à un modèle d'abstinence complète, laissant peu de place à l'usage de drogue réduit ou modéré comme mesure acceptable de progrès. Bien que certains TTT aient intégré des formes de réduction des méfaits dans leurs programmes, leurs définitions et pratiques pourraient ne pas être conformes aux approches de réduction des méfaits longuement établies et axées sur la santé. L'objectif de jurisprudence thérapeutique des TTT est de réduire l'activité criminelle en aidant les individus à cesser leur usage de drogue. Contrairement à un modèle de traitement axé sur la santé, où la santé des individus est l'objectif clé, la réduction ou la modération de l'usage de drogue n'est généralement pas perçue comme répondant à l'objectif du TTT. En dépit des pratiques de réduction des méfaits adoptées par certains, une approche de réduction des méfaits plus uniforme et plus intégrée devrait être appliquée au mode de fonctionnement de tous les TTT. Tous les programmes de TTT devraient inclure une option d'observance substantielle pour le cas des personnes qui continuent de faire usage de drogue. Les personnes qui font usage de marijuana à des fins médicales et celles qui suivent un traitement d'entretien à la méthadone ou une autre forme de traitement de substitution aux opiacés, ou en qui ont besoin, devraient être accommodées par tous les TTT.

Renforcer la relation entre l'avocat de la défense et le client

Les réunions pré-comparution sont des rencontres fermées qui ont lieu avant chaque comparution devant le tribunal. Pour être admis à un programme de TTT, le participant doit renoncer au droit d'assister à ces réunions. Lors de celles-ci, l'équipe du TTT discute des progrès du participant et détermine si des sanctions ou des récompenses sont appropriées. Les participants aux TTT devraient avoir l'occasion d'accompagner leurs avocats aux réunions pré-comparution. Même si leur participation y était limitée à l'observation, ils devraient au moins avoir le droit d'entendre les discussions sur leurs cas, afin de mieux renseigner leurs avocats et de réduire le risque de violation de leurs droits.

Abolir les critères d'admissibilité discriminatoires et les obstacles au respect des exigences du programme

L'exclusion des personnes accusées d'une infraction commise en présence d'enfants ou à proximité de lieux

²²¹ Ibid.

²²² Nuffield, *supra* 99, p. 26.

fréquentés par des enfants pourrait affecter de manière disproportionnée les femmes, en tant que principales responsables d'enfants de moins de 18 ans. Elle pourrait aussi affecter de manière disproportionnée des femmes à revenu faible, des femmes de couleur et des femmes autochtones, qui sont moins susceptibles d'avoir la stabilité financière nécessaire à payer des services de garde sécuritaires, ce qui fait en sorte qu'elles sont généralement en présence d'enfants en tout temps. Par conséquent, ce critère d'admissibilité aux TTT devrait être aboli vu son impact discriminatoire sur les candidates. De plus, des services de garde d'enfants devraient être disponibles afin d'aider les mères à respecter les conditions de leur mise en liberté sous caution (p. ex., comparutions devant la cour et séances de counselling).

Assouplir les exigences strictes des TTT

Les TTT devraient évaluer l'efficacité de leurs exigences de participation. Au TTT de Vancouver, en assouplissant ses conditions de mise en liberté sous caution, la cour a amélioré l'implication des participants dans leur traitement. Les programmes de TTT pourraient faire preuve de souplesse pour permettre aux participants qui avaient un emploi ou qui étaient aux études, avant leur admission, de poursuivre ces engagements pendant le programme — p. ex., certains services du TTT ou des comparutions en cour pourraient être prévus en soirée, pour les participants qui travaillent de jour.

Assurer la disponibilité de services de traitement appropriés

L'un des objectifs du Programme de financement fédéral des TTT est de « promouvoir et renforcer le recours aux solutions de rechange à l'incarcération en mettant l'accent tout particulièrement sur les jeunes (application visée pour les 18–24 ans), les Autochtones (hommes et femmes), et les prostituées de la rue ». ²²³ Or les TTT manquent généralement de services de traitement appropriés à la culture et au sexe. Vu le faible taux de graduation des femmes et des Autochtones au sein du système des TTT, il est essentiel que les services de traitement incluent des programmes appropriés aux besoins des diverses populations cibles. Des femmes, des jeunes, des Autochtones et des personnes de couleur devraient être impliqués dans le développement des programmes, afin d'identifier non seulement des services de soutien convenables, mais aussi un cadre de travail approprié dans lequel les participants contribuent activement à leur guérison. Un financement adéquat devrait être affecté à la réponse aux besoins des populations cibles des TTT.

Réaliser des évaluations appropriées, dignes de confiance et valides, des TTT en fonction

Les évaluations existantes des TTT canadiens ne permettent pas de conclure qu'ils sont plus efficaces que d'autres formes d'intervention, en ce qui a trait aux taux d'usage de drogue et de récidive. Par ailleurs, les évaluations canadiennes n'examinent pas comment les TTT s'intègrent dans des questions de politiques plus larges (p. ex., la fourniture de services de santé hors du système de justice pénale serait-elle plus efficace?), ni s'ils sont plus efficaces que d'autres avenues existantes, comme la probation, les peines avec sursis ou la fourniture rehaussée de traitements volontaires. Il est essentiel que les TTT soient évalués par des chercheurs indépendants, pour en avoir des évaluations rigoureuses, conformes à la méthodologie et abordant des questions de recherche plus larges. L'un des objectifs du Programme de financement des TTT est de « recueillir des renseignements et des données sur l'efficacité des TTT afin d'encourager les pratiques exemplaires et de persévérer dans l'amélioration des approches ». ²²⁴ Or la collecte d'informations et de données comporte encore des lacunes méthodologiques. Il est particulièrement important de procéder à des évaluations non biaisées et fondées sur des données probantes, relativement au fonctionnement des TTT, à leur efficacité et à leur rentabilité.

²²³ Justice Canada, *supra* 54.

²²⁴ *Ibid.*