

DOSSIERS

Un comité des Communes publie son rapport sur la Stratégie canadienne antidrogue

Le 17 mai 2001, la Chambre des communes a mis sur pied un « Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments », comme suite à une motion déposée par Randy White, député de l'Alliance canadienne (Langley-Abbottsford), avec un mandat très large d'étudier « les facteurs sous-jacents ou liés à la consommation non médicale de drogues ou de médicaments au Canada » puis de formuler des recommandations propices à réduire « l'ampleur du problème que ce phénomène constitue ». En décembre 2002, le Comité a rendu public son rapport, intitulé *Politique pour le nouveau millénaire : redéfinir ensemble la Stratégie canadienne antidrogue*.¹ Le rapport renferme plusieurs bonnes recommandations, mais il échoue à s'attaquer adéquatement aux méfaits causés par les lois canadiennes en matière de drogue et par l'inaction du gouvernement fédéral. Le rapport supplémentaire rédigé par la députée néo-démocrate Libby Davies (Vancouver Est) est de bien meilleure qualité; il présente une critique informée et articulée du rapport du Comité. Le rapport supplémentaire de l'opposition officielle, préparé par les députés Randy White et Kevin Sorenson (Crowfoot, Alberta) offre lui aussi une lecture intéressante, quoique troublante car il repose exclusivement sur la fiction plutôt que sur les faits et la science.

Le rapport du Comité s'ajoute à la pile de rapports sur les politiques canadiennes en matière de drogue,² qui devient de plus en plus volumineuse à mesure que perdure la lenteur de l'action gouvernementale – bien que récemment, des signes prometteurs aient été observés, comme la décision de la ministre de la Santé de considérer des demandes d'autorisation de sites d'injection supervisés (tel qu'on le décrit dans l'article qui suit immédiatement celui-ci).

Dans la préparation de son rapport, le Comité a entendu plus de 200 indi-

vidus (chercheurs, universitaires, fournisseurs de traitements, experts en matière de politiques et volontaires) dans le cadre d'audiences tenues à travers le Canada. Il a également reçu les mémoires de nombreux groupes et individus. En outre, il a visité des centres de traitement et des « services à seuil bas [ou à accès élargi] » au Canada, « inspecté des postes frontaliers parmi les plus achalandés au Canada, et voyagé aux États-Unis et en Europe », afin de consulter « des spécialistes en toxicomanie, des instituts de recherche, des politiciens, des orga-

nismes chargés de l'application de la loi et des hauts fonctionnaires, et a pu constaté (sic) sur place l'incidence de certaines de leurs méthodes de traitement les plus novatrices ».³

Lors de ses réunions et visites, le Comité a entendu des témoignages sur une panoplie de substances légales et illégales, ainsi qu'à propos des personnes qu'elles affectent le plus. Le rapport affirme : « Trente ans après la publication du rapport final de la Commission Le Dain, le Comité a été consterné et attristé de constater que la catastrophe sanitaire et sociale de la drogue se poursuit. En effet, l'abus de substances joue un rôle dans un décès sur cinq au Canada. »⁴

Enjeux et recommandations

Le Rapport se compose de neuf chapitres :

1. Mandat du Comité
2. Consommation, usage nocif de substances et dépendance au Canada
3. La Stratégie canadienne antidrogue
4. Recherche et connaissances
5. Toxicomanie : une question de santé publique
6. Consommation de substances et sécurité publique
7. Les traités internationaux et la réforme législative
8. La politique antidrogue d'autres pays
9. La marijuana

Le texte qui suit résume certaines des questions les plus importantes qu'a abordées le Comité et certaines des 41 recommandations formulées dans son rapport (voir l'article intitulé « Le VIH/sida en prison : développements récents », dans le présent numéro de la *Revue*, pour un commentaire sur le chapitre 6, « Consommation de substances et sécurité publique », qui renferme des recommandations à propos du système carcéral canadien).

La Stratégie canadienne antidrogue

Le chapitre 3 pose un regard historique sur la Stratégie canadienne antidrogue. Le Comité y déclare « qu'il est essentiel d'investir dans une stratégie canadienne antidrogue renouvelée. Une telle initiative contribuera à restreindre la demande et, partant, l'offre de substances, à limiter la propagation de maladies infectieuses et à réduire les coûts pour la société et la santé associés à l'usage nocif de

substances ».⁵ En conséquence, le Comité a affirmé : « Le gouvernement du Canada devrait prendre des

« Le gouvernement du Canada devrait prendre des mesures immédiates pour s'assurer qu'une stratégie fédérale antidrogue financée de manière adéquate sera en place à l'été 2003. »

mesures immédiates pour s'assurer qu'une stratégie fédérale antidrogue financée de manière adéquate sera en place à l'été 2003. ».⁶ En particulier, il a recommandé :

- « que le gouvernement du Canada réaffirme son engagement à lutter contre la consommation et l'usage nocif de substances et la dépendance aux substances, en élaborant, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les principaux intéressés, une stratégie canadienne antidrogue renouvelée, exhaustive, coordonnée et intégrée qui permettra de s'attaquer aux problèmes liés aux drogues illicites et aux substances licites (ou légales) telles que l'alcool, le tabac, les produits pour inhalation et les médicaments d'ordonnance »;⁷
- que l'on procède à « la nomination d'un commissaire canadien aux drogues chargé, en vertu d'un mandat conféré par la loi, d'effectuer la surveillance, l'examen et la vérification de la mise en œuvre de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée et à présenter annuellement un

rapport des recommandations à cet effet au Parlement, par l'entremise du Président de la Chambre des communes »;⁸

- que « le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, organisme indépendant et non gouvernemental, reçoive le mandat d'élaborer, de concert avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les principaux intéressés, les buts, les objectifs, les indicateurs de rendement et le plan stratégique d'une stratégie canadienne antidrogue renouvelée qui sera exhaustive, coordonnée et intégrée ».⁹

Dans son rapport supplémentaire, la députée Libby Davies exprime son appui à ces recommandations mais elle souligne que le cœur du sujet n'est pas la question de financer ou non une Stratégie fédérale en matière de drogue, mais plutôt de faire en sorte que la Stratégie assure un soutien adéquat aux traitements, à la prévention et à la réduction des méfaits. Mme Davies a écrit :

Le rapport de 2001 du vérificateur général sur les drogues illicites insiste sur la faiblesse, le manque de reddition de comptes et l'échec de la Stratégie canadienne antidrogue. Cette stratégie a *en pratique* pour axe principal l'application de la loi – le recours à des pouvoirs essentiellement de droit pénal en matière de drogues. Cette priorité à la répression (« la réduction de l'offre ») détourne les ressources de mesures qui parviendraient peut-être beaucoup mieux à réduire l'usage nocif de substances et les méfaits qu'il cause.

Ce recours prioritaire au droit pénal à l'égard des comportements liés à la consommation de drogues n'a ni réduit la consom-

mation ni apporté de solution efficace à de graves problèmes de santé et de sécurité. En fait, il semble bien d'après les experts que la prohibition et la criminalisation des consommateurs de drogues *augmentent* les méfaits associés aux drogues. Les drogues ne font pas l'objet de contrôles de qualité, l'éducation est parfois faussée à cause de l'illégalité des drogues et la cherté des drogues sur le marché illégal tend à encourager les consommateurs à prendre les drogues d'une manière qui augmente les risques pour la santé. Tout cela augmente grandement les risques de maladie et de surdose. Le rapport ne distingue pas les méfaits attribuables à la pharmacologie de la drogue des méfaits attribuables aux politiques comme la prohibition et le manque d'éducation.¹⁰

D'ailleurs, plus récemment encore, une étude de Wood et coll. questionnait sérieusement elle aussi l'emphase actuelle sur les interventions axées sur la réduction de l'offre, pour réduire l'usage de drogue au Canada.¹¹ L'étude n'a constaté aucun effet bénéfique de santé publique à la suite de la plus importante saisie d'héroïne de l'histoire du Canada : cette saisie n'a pas eu d'effet significatif sur l'approvisionnement en héroïne. Les auteurs critiquent sévèrement les politiciens et les responsables des politiques « qui continuent de canaliser la majeure partie des ressources dans des stratégies de réduction de l'offre qui échouent et dont l'inefficacité est démontrée par une abondance de preuves scientifiques ». [trad.]¹² Wood et coll. ont conclu ainsi : « Nos observations appuient le fort consensus à l'effet que la tâche de réduire les épidémies de VIH et de surdoses nécessitera de déplacer

« Politiciens et responsables des politiques continuent de canaliser la majeure partie des ressources dans des stratégies de réduction de l'offre qui échouent et dont l'inefficacité est démontrée par une abondance de preuves scientifiques. »

l'emphase vers des stratégies de rechange axées sur la prévention, les traitements et la réduction des méfaits, même si ce virage implique une diversion des ressources allouées aux interventions de justice criminelle. » [trad.]¹³

Les enjeux de santé publique

Le chapitre consacré aux questions de santé publique, dans le rapport du Comité des Communes, commence par des affirmations reconnaissant que « la consommation et l'usage nocif de substances sont avant tout des questions qui relèvent du domaine de la santé publique »; que certaines villes canadiennes sont « devenues le théâtre de “catastrophes en santé publique” »; que la « crise de la santé publique perdure et ne peut plus être ignorée »; et que « il faut appliquer des mesures intégrées, inspirées du modèle associé au domaine de la santé publique et comportant des éléments de prévention, d'éducation, de traitement, de réadaptation et de réduction des méfaits ». ¹⁴

Le chapitre se clôt par 16 recommandations relativement à la préven-

tion et à l'éducation, au traitement et à la réadaptation de même qu'à la réduction des méfaits. La plupart de ces recommandations s'accordent à celles formulées dans d'autres rapports, et ne sont pas nouvelles.¹⁵ Néanmoins, le fait qu'elles soient maintenant appuyées par un comité parlementaire est en soi important. Voici quelques-unes de ces recommandations :

- « que le gouvernement du Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée, accorde des ressources et des fonds soutenus pour concevoir et lancer des programmes de prévention et de sensibilisation du public à l'égard de la toxicomanie, en collaboration avec les autorités provinciales, territoriales et municipales et les organismes communautaires »;¹⁶
- « que la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée reconnaisse explicitement le concept d'un continuum de soins, y compris les services « à seuil bas » ou à accès élargi [“low-threshold services”] et les services de traitement et de réadaptation à long terme »;¹⁷
- « que les projets pilotes d'essais cliniques à Vancouver, Toronto et Montréal visant à tester l'efficacité du traitement à l'héroïne ... soient mis en œuvre »;¹⁸
- « que le gouvernement du Canada supprime les obstacles réglementaires ou législatifs fédéraux à la réalisation d'essais scientifiques et de projets pilotes de lieux sécuritaires pour l'injection;¹⁹ et
- « que la Stratégie canadienne antidrogue fasse de la réduction des méfaits un élément fondamental d'une politique antidrogue qui soutienne les

interventions visant à maintenir la santé des individus et à réduire au minimum les risques sanitaires découlant de la toxicomanie ».²⁰

« Si l'usage nocif de drogues est une affaire de santé publique, pourquoi les programmes d'éducation antidrogue relèvent-ils de la police? »

Bien qu'elle exprime un ferme appui à ces recommandations, la députée Davies précise dans son rapport supplémentaire que le Comité minimise ou omet des éléments fondamentaux liés à l'éducation sur la drogue. Elle pose la question :

D'abord, si l'usage nocif de drogues est une affaire de santé publique, pourquoi les programmes d'éducation antidrogue relèvent-ils de la police? Les policiers ont les compétences voulues pour discuter du droit en matière de drogues illégales et légales, mais ils ne sont ni pharmacologues ni agents de santé publique. Il y a tout lieu de croire que les programmes d'éducation antidrogue donnés par la police sont inefficaces.²¹

Elle poursuit ainsi :

Même si les programmes d'éducation antidrogue étaient sans lacunes, la police est limitée quant au type d'éducation qu'elle peut offrir. Sa mission est de faire respecter la loi. Certains policiers peuvent rechigner à enseigner les précautions à prendre en matière de consommation parce qu'ils estiment qu'ils vont alors à l'encontre de leur mission d'application de la loi aux consom-

mateurs. Pourtant, en n'enseignant pas les précautions à prendre en matière de consommation, nous abandonnons les millions de Canadiens qui à un moment ou l'autre consomment des drogues. Il est essentiel de décourager les Canadiens de l'usage nocif des drogues, mais il l'est tout autant d'en réduire au minimum les dangers en offrant une éducation honnête, factuelle et non dépréciative. Ce genre d'éducation peut sauver des vies et protéger la santé tant des consommateurs que des collectivités qui les entourent. Il existe un besoin urgent de programmes d'éducation et de prévention réalistes axés sur la santé qui s'adressent aux principaux groupes à risque comme les jeunes et qui visent à favoriser la sécurité, la santé et le bien-être des individus et de la collectivité tout entière.²²

La marijuana

En ce qui concerne le cannabis, le Comité a formulé deux recommandations :

- que la possession de cannabis demeure illégale et que le trafic de cannabis, quelle que soit la quantité en cause, demeure une infraction criminelle; et
- que le ministre de la Justice et le ministre de la Santé établissent une stratégie globale de décriminalisation de la possession et de la culture de trente grammes ou moins de cannabis à usage personnel.²³

Ces recommandations constituent un pas dans la bonne direction, mais la députée Davies indique que la décriminalisation n'est qu'une solution partielle et elle suggère que le gouvernement devrait plutôt mettre en œuvre les recommandations formulées dans le rapport du Comité sénatorial spécial, intitulé « Rapport

final : Le Cannabis : Position pour un régime de politique publique pour le Canada ». Mme Davies explique :²⁴

La décriminalisation de la possession et de la culture de petites quantités telle que recommandée par le Comité éviterait aux intéressés un casier judiciaire. Cependant, elle laisse entiers les autres méfaits de notre système de prohibition criminelle. Par exemple, le simple fait de passer un « joint » à un ami constituerait toujours une infraction de « trafic » aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Les pouvoirs intrusifs que la loi accorde à la police resteraient vraisemblablement les mêmes.

En outre, la proposition du Comité ne change rien à la situation de ceux qui se retrouvent avec un casier judiciaire pour simple possession ou pour transfert ou culture de petites quantités à des fins non commerciales. Si nous estimons que les Canadiens ne devraient pas désormais avoir de casier judiciaire pour certains actes liés à la marijuana, ceux qui ont été condamnés par le passé devraient être pardonnés aux termes d'une amnistie générale et leur casier devrait être effacé.²⁵

Mme Davies conclut :

L'usage de la marijuana, la décriminalisation et la légalisation ont déjà fait l'objet d'un débat public considérable. Le NPD [Nouveau parti démocratique] se réjouit que le rapport du Comité sénatorial spécial sur le cannabis soulève des questions rationnelles et importantes. Le gouvernement fédéral devrait examiner son analyse et sa recommandation relative à la création d'un régime d'exemption criminelle. Le NPD presse le gouvernement

fédéral d'examiner et d'adopter des approches de réglementation non criminelles et non punitives à l'égard des adultes en tant qu'orientation de politique publique préférable, privilégiant les programmes réalistes d'éducation et de prévention des méfaits.²⁶

En terminant, Mme Davies souligne que le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments n'a pas abordé la question de la marijuana utilisée à des fins médicinales; elle renvoie aux recommandations du Comité sénatorial spécial, sur ce sujet.

— Ralf Jürgens

Ralf Jürgens est directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à ralfj@aidslaw. Un aperçu détaillé des nouveaux développements dans le dossier des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada sera publié dans le prochain numéro de la *Revue*.

¹ Accessible à www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/2/SNUD/Studies/Reports/snudrp02-f.htm.

² Voir, p. ex., Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection, *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, Centre de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et Association canadienne de santé publique, 1997 (accessible via www.ccsa.ca); Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, le Réseau, 1999 (accessible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm); Elliott R., Malkin I., Gold J., *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (accessible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm); Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la Santé de la population, *Réduire les méfaits associés à l'usage de drogue par injection au Canada*, Ottawa, 2001 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm); MacPherson D., *A Framework for Action: A Four Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*, Ville de Vancouver, 2001 (2^e version).

³ *Supra*, note 1, p. 2.

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*, p. 46.

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*, p. 49 (recommandation 1).

⁸ *Ibid.* (recommandation 3).

⁹ *Ibid.*, p. 50 (recommandation 5).

¹⁰ *Ibid.*, à la p. 196.

¹¹ Wood E et coll., « Impact of supply-side policies for control of illicit drugs in the face of the AIDS and overdose epidemics: investigation of a massive heroin seizure », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 168(2) : 165-169.

¹² *Ibid.*, à la p. 168, avec multiples références.

¹³ *Ibid.*, avec multiples références.

¹⁴ *Supra*, note 1, à la p. 71.

¹⁵ *Supra*, note 2.

¹⁶ *Supra*, note 1, à la p. 79 (recommandation 12).

¹⁷ *Ibid.*, à la p. 89 (recommandation 15).

¹⁸ *Ibid.*, à la p. 90 (recommandation 20). Pour plus de détail sur l'essai proposé, voir Brissette S., « La prescription médicale d'héroïne — Tour d'horizon », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 1, 103-110.

¹⁹ *Supra*, note 1, à la p. 100 (recommandation 23).

²⁰ *Ibid.*, à la p. 101 (recommandation 25).

²¹ *Ibid.*, à la p. 196.

²² *Ibid.*

²³ Recommandations 40 et 41.

²⁴ Septembre 2002 (accessible à www.parl.gc.ca/common/Committee_SenRep.asp?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm_id=85).

²⁵ Rapport supplémentaire de la députée Libby Davies, p. 198.

²⁶ *Ibid.*, aux p. 198-199.