

**Association canadienne de santé publique  
Document de travail**

# Nouvelle démarche

**de gestion des substances  
psychotropes illégales au  
Canada Document de travail**



Mai 2014

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) est une association bénévole nationale, indépendante et sans but lucratif, représentant la santé publique au Canada, qui entretient des liens étroits avec la communauté de santé publique internationale. Les membres de l'ACSP croient fermement à l'accès universel et équitable aux conditions de base qui sont nécessaires pour parvenir à la santé pour tous les Canadiens.

En tant que ressource nationale spécialisée au Canada, l'ACSP a pour mission de promouvoir l'amélioration et la préservation de la santé personnelle et communautaire, conformément aux principes de santé publique en matière de prévention de la maladie, de promotion et de protection de la santé, et de politique publique favorisant la santé.

Copyright © 2011

L'Association canadienne de santé publique

L'autorisation est accordée uniquement pour une reproduction à des fins non-commerciales.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec:

L'Association canadienne de santé publique

300-156 Avenue Carling, Ottawa, Ontario K1Z 8R1

Téléphone : 613-725-3769

Télécopieur : 613-725-9826

Courriel : [info@cpha.ca](mailto:info@cpha.ca)

[www.cpha.ca](http://www.cpha.ca)



**CPHA**  **ACSP**

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION  
ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE

**Association canadienne de santé publique  
Document de travail**

# **Nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégales au Canada**

Mai 2014

*« Pour être franc, je pense que tout le monde pense et s'accorde pour dire que la démarche actuelle ne fonctionne pas, mais nous ne savons pas vraiment ce que nous devons faire. »*

- Stephen Harper, premier ministre du Canada, lors d'un discours portant sur les problèmes liés aux drogues(1) prononcé au Sommet des Amériques.

*« La réforme de la politique liée aux drogues doit s'appuyer sur les neurosciences et non sur les sciences politiques. Il doit s'agir d'une question de santé publique, et pas simplement d'une question de justice pénale. Voilà à quoi ressemble une démarche du 21e siècle sur une politique liée aux drogues. »*

- Gil Kerlikowske, directeur, National Drug Control Policy<sup>(2)</sup>

# Tableau de contenu

Remerciements .....	iv
Un mot au sujet de la terminologie.....	iv
Préface.....	iv
Résumé.....	v
Introduction.....	1
Objectif du document.....	1
Public cible.....	1
Substances psychotropes – une Amorce.....	2
Avantages et méfaits .....	3
Gestion des substances psychotropes illégales .....	4
Démarches de gestion des substances.....	5
Méfaits de la criminalisation .....	7
Une démarche de santé publique .....	7
Éléments favorisant et entravant une démarche de santé publique .....	8
Risques associés à une démarche de santé publique.....	11
Initiatives de santé publique.....	12
Au Canada .....	12
Dans les autres pays .....	13
Examen du programme — une vision pour 2025 .....	14
Point de vue politique .....	14
Point de vue juridique .....	15
Point de vue de la santé publique .....	15
Considérations politiques relatives aux services sociaux et de santé.....	15
Recherche .....	16
Surveillance et évaluation .....	16
Résultat .....	16
Cadre d’action .....	16
Sensibilisation, information et connaissances.....	16
Collaboration en matière de stratégies et d’initiatives.....	17
Prévention primaire – Enfants et jeunes.....	17
Habilitation, réduction des méfaits et traitement.....	17
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination .....	18
Évaluation.....	18
Modification législative.....	18
Lexique .....	19
Annexe 1	
Résolutions et actions de l’ACSP en ce qui concerne les substances psychotropes illégales et la réduction des méfaits .....	22
Annexe 2	
Avantages et méfaits associés aux substances psychotropes .....	23
Références.....	24

## **REMERCIEMENTS**

---

Certaines parties du présent document ont été adaptées du document « Public Health Perspectives for Regulating Psychoactive Substances — What we can do about alcohol, tobacco and other drugs » du Health Officers Council of British Columbia,<sup>(3)</sup> avec sa permission.

De nombreuses personnes ont participé à l'élaboration du présent document. Le Conseil de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) tient à remercier les membres du groupe de travail, les membres du groupe de référence, les bénévoles, les internes et les représentants de la Society of Living Illicit Drug Users basée à Victoria (une organisation de personnes consommant des drogues) pour leurs contributions.

## **UN MOT AU SUJET DE LA TERMINOLOGIE**

---

La terminologie utilisée dans les discussions sur les substances psychotropes pose problème étant donné que certains termes stigmatisent fortement les usagers (par exemple, « toxicomane » et « abus de drogues »).<sup>(4)</sup> L'utilisation de ces termes entraîne une mauvaise compréhension de ces questions et exacerbe les méfaits associés à l'usage problématique. Nous nous sommes efforcés d'utiliser un langage clair et non stigmatisant et avons inclus un lexique pour une communication plus efficace.

## **PRÉFACE**

---

Fondée en 1910, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) est le porte-parole de la santé publique au Canada. Son indépendance, ses liens avec la communauté internationale et le fait qu'elle est la seule organisation non gouvernementale canadienne à se consacrer exclusivement à la santé publique font qu'elle est idéalement placée pour conseiller les décideurs à propos de la réforme du réseau de santé publique et pour orienter les initiatives visant à protéger la santé individuelle et collective au Canada et dans le monde.

Les membres de l'ACSP ont adopté plusieurs résolutions liées aux substances psychotropes illégales et à la nécessité d'élaborer des stratégies basées sur une démarche de santé publique (Annexe 1). L'ACSP a également signé la Déclaration de Vienne, qui appelle à la « réorientation des politiques liées aux drogues vers des approches fondées sur des preuves qui respectent, protègent et renforcent les droits humains » et à « l'adoption et l'évaluation d'interventions scientifiques de prévention, de réglementation, de traitement et de réduction des préjudices »<sup>(5)</sup>. En 2012, l'ACSP a commencé à élaborer le présent document en formant un groupe de travail et un groupe de référence pour aider à définir une démarche de santé publique pour la gestion des substances psychotropes illégales. Le présent document traite précisément des substances psychoactives illicites, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) ayant déjà publié des exposés de principe sur le tabac et l'alcool (accessibles sur le site Web de l'Association), alors que le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies se penche sur la question de l'abus de médicaments sur ordonnance.

Ce document de travail vise à faciliter les échanges avec les organisations qui seraient disposées à soutenir une approche de santé publique en matière de gestion des substances psychotiques illicites, mais qui souhaiteraient suggérer d'autres stratégies pour nous permettre d'atteindre nos buts communs.

## Résumé

Les substances psychotropes ont été utilisées pendant toute l'histoire de l'humanité, lors de rituels spirituels et religieux et à des fins médicinales ainsi que pour des raisons personnelles et dans le cadre d'interactions sociales par des proportions importantes des populations. L'interaction humaine avec ces substances s'étend de l'abstinence à un large spectre d'usages : usages bénéfiques à non problématiques, usages potentiellement nocifs et usages à l'origine de troubles.

Les sociétés gèrent les conséquences sanitaires, sociales et économiques de ces substances de diverses façons avec plus ou moins de succès. Toutefois, les effets de ces démarches sur la santé des populations sont souvent éclipsés par l'attention portée aux effets directs de l'usage de substances sur les personnes. À l'heure actuelle, les sociétés occidentales gèrent les substances psychotropes illégales surtout par l'interdiction et la criminalisation. Les lois et systèmes visant à contrôler ces substances reflètent souvent les époques et les questions prédominantes au moment où ils ont été élaborés, c'est-à-dire au début du 20<sup>e</sup> siècle, et ne prennent pas en compte les connaissances scientifiques actuelles et l'expérience mesurable concernant les méfaits pour les individus, les familles ou les collectivités.

Il est de plus en plus prouvé, reconnu et accepté que l'interdiction et la criminalisation ne permettent pas d'atteindre les objectifs de réduction de l'usage de drogues et des méfaits associés qui ont été établis. De plus, il devient clair que l'interdiction a créé un environnement favorisant la croissance de marchés illégaux, du crime organisé ainsi que du taux de blessures violentes et de décès d'usagers, de revendeurs et de policiers. Elle a également des conséquences néfastes sur la santé publique, telles que l'accélération de la propagation du VIH et de l'hépatite C et l'augmentation des décès par surdose liés à l'usage de produits concentrés et contaminés.

Il existe une solution de rechange à l'interdiction et à la criminalisation : une démarche de santé publique basée sur les principes de la justice sociale, la prise en compte des droits de la personne et de l'équité, les politiques et pratiques fondées sur des données probantes et le traitement des déterminants de la santé sous-jacents. Une telle démarche fait de la promotion de la santé et de la prévention des décès, maladies, blessures et incapacités la mission centrale guidant toutes les initiatives connexes. Elle fonde également ces initiatives sur des données probantes concernant ce qui fonctionne ou ce qui promet de fonctionner. La *Charte canadienne des droits et libertés* et plusieurs conventions des Nations Unies fournissent la base sur laquelle établir une démarche de santé publique. Des organisations non gouvernementales de nombreux pays prônent une réforme de la politique liée aux substances psychotropes illégales fondée sur des données probantes, et certains gouvernements prennent des mesures inédites. Ce passage à une démarche de santé publique fournit une série d'options pour la gestion de la prévention, de l'usage et de l'usage problématique de substances psychotropes illégales. Une démarche de santé publique offre également la souplesse nécessaire pour adapter la démarche de gestion à la substance consommée.

À l'échelle nationale, des gouvernements provinciaux et territoriaux sont à l'avant-garde en ce qui concerne l'offre de services de santé publique visant à traiter les questions liées à l'usage de substances psychotropes illégales, et des municipalités telles que la municipalité de Vancouver ou de Toronto ont intégré les principes de santé publique aux stratégies locales. À l'échelle internationale, des pays tels que la Suisse et la Norvège ont élaboré des démarches novatrices qui garantissent que la santé publique est au centre de leurs stratégies de gestion des substances psychotropes illégales. L'accent est mis sur la réduction des méfaits et sur l'offre d'un accès aux services de santé à toutes les personnes qui en ont besoin. De même, l'Australie a adopté des démarches novatrices centrées sur la santé publique en étendant les initiatives de réduction des méfaits. Le Portugal a décriminalisé la possession de toutes les drogues, et l'Uruguay et les états du Colorado et de Washington aux États-Unis ont légalisé le cannabis et intégré un certain nombre de mesures orientées sur la santé publique telles que le contrôle gouvernemental de la production et l'établissement de restrictions relativement à la vente aux mineurs, à la conduite avec facultés affaiblies et à la publicité.

L'ACSP soutient l'élaboration de démarches de santé publique pour le traitement des besoins des personnes qui consomment des substances psychotropes illégales tout en reconnaissant qu'il est nécessaire d'avoir un cadre réglementaire orienté sur la santé publique pour la production, la fabrication, la distribution, la promotion et la vente de ces produits. Pour soutenir l'élaboration et la mise en place d'un tel cadre, le présent document de travail décrit en quoi le passage à une démarche de santé publique peut améliorer les résultats, formule une vision pour 2025 et fournit des recommandations d'action.

Pour soutenir l'élaboration et la mise en place d'un tel cadre, le présent document de travail décrit en quoi le passage à une approche de santé publique peut améliorer les résultats, formule une vision pour 2025 et fournit un plan d'action concernant ce qui suit :

- la sensibilisation, l'information et les connaissances;
- la collaboration en matière de stratégies et d'initiatives;
- la prévention primaire – enfants et jeunes;
- l'habilitation, la réduction des méfaits et le traitement;
- la réduction de la stigmatisation et de la discrimination;
- l'évaluation;
- les modifications législatives.



# Introduction

Les substances psychotropes sont des produits qui, lorsqu'ils sont ingérés, inhalés, injectés ou absorbés par les membranes muqueuses ou la peau affectent les processus mentaux d'une personne, mais qui ne sont pas nécessairement associés à une dépendance.<sup>(6)</sup>

Depuis des milliers d'années, les êtres humains consomment ces substances pour modifier leurs sentiments, humeurs sensations ou pour d'autres expériences mentales, avec leur lot de conséquences bénéfiques et nocives. Parmi les premiers exemples connus d'usage de ces substances, sont le pavot à opium qui était cultivé par les Sumériens en 3 400 avant Jésus-Christ<sup>(7)</sup> ou le cannabis qui est consommé à des fins médicinales en Chine depuis au moins 3 000 avant Jésus-Christ.<sup>(8)</sup> Les progrès de la chimie en tant que science ont mené à l'extraction de sources naturelles de substances psychotropes telles que l'éthanol distillé, l'oxyde nitreux et les alcaloïdes. Comme exemples de substances psychotropes utilisées de nos jours, mentionnons les boissons alcoolisées, le tabac, le cannabis, les produits dérivés du pavot à opium tels que l'opium, l'héroïne et la morphine, les substances psychédéliques telles que les champignons contenant de la psilocybine, le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD) et l'aya-huasca, ainsi que les stimulants tels que la cocaïne et les amphétamines. On peut également citer les nouvelles substances synthétiques qui ont été créées pour tenter de trouver des solutions de rechange commerciales aux drogues contrôlées à l'échelle internationale (p. ex., les cannabinoïdes synthétiques)<sup>(9)</sup> ainsi que certains produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance ou sans ordonnance.

Les sociétés gèrent les conséquences sanitaires, sociales et économiques de ces substances de diverses façons avec plus ou moins de succès. Une des démarches consiste à les traiter comme des marchandises à promouvoir et à commercialiser librement, comme c'était le cas pour le tabac jusqu'à la fin du 20<sup>e</sup> siècle. D'autres substances ont été rendues illégales avec sanctions pénales pour leur production, détention ou vente, sauf dans des circonstances très limitées. Au Canada, les substances psychotropes sont gérées au moyen de diverses démarches réglementaires, allant de la commercialisation (tabac), du contrôle de l'État (alcool), et de la délivrance sur ordonnance (médicaments pharmaceutiques), à l'interdiction et à la criminalisation (cannabis, méthamphétamine, LSD,

héroïne). La deuxième démarche définit le groupe de substances psychotropes illégales qui sont abordées dans le présent document.

Les effets des politiques sociales et économiques sur la santé des populations ont été déterminés par l'Organisation mondiale de la Santé comme l'un des plus importants défis du 21<sup>e</sup> siècle.<sup>(10)</sup> La gestion des substances psychotropes ne fait pas exception. L'effet des politiques sociales et économiques sur la santé et le bien-être de ceux qui consomment des substances psychotropes illégales n'est pas bien reconnu et sont souvent éclipsés par l'attention portée aux effets directs de l'usage des substances tels que la toxicité, la déficience et l'accoutumance.

En 2002 (l'année pour laquelle les données canadiennes les plus récentes sont disponibles), les coûts directs et indirects associés aux substances psychotropes illégales ont été estimés à 8,24 milliards de dollars, ce qui représentait 20,7 % du coût total de l'usage problématique de substances psychotropes au Canada, les 79,3 % restants (31,55 milliards de dollars) étant associés à la consommation de tabac et d'alcool.<sup>(12)</sup> Les médicaments psychotropes pharmaceutiques, tels que ceux utilisés à des fins psychiatriques ou de gestion de la douleur, peuvent également avoir des effets nocifs importants sur la santé personnelle ou publique s'ils sont utilisés de façon inappropriée, comme cela est décrit dans la stratégie nationale concernant les méfaits des médicaments sur ordonnance,<sup>(13)</sup> mais les données nationales sur ces méfaits sont limitées.

## Objectif du document

L'objectif du présent document est d'examiner les renseignements disponibles en ce qui concerne l'usage, la gestion et les méfaits des substances psychotropes actuellement illégales et de fournir des recommandations aux fins d'orientation future. Les objectifs consistent à déterminer les options et à favoriser les discussions qui pourraient mener à la mise en œuvre d'une démarche de santé publique visant à gérer ces substances. Le résultat escompté est l'amélioration de la santé de la population, la réduction des inégalités en matière de santé et la prévention des décès, maladies, blessures et incapacités associés à l'usage de substances psychotropes illégales ainsi qu'aux politiques d'interdiction et de criminalisation actuellement utilisées pour gérer ces substances.

## Public cible

Ce document soutient l'initiative de l'ACSP visant à faciliter les discussions sur le sujet et à fournir un cadre d'action qui détermine les secteurs d'activité précis liés à nos partenaires et intervenants, notamment:

- la communauté de la santé publique;
- d'autres organisations non gouvernementales et associations professionnelles;
- les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux, des Premières nations, Métis et Inuits;
- les partis de l'opposition;
- les établissements d'enseignement.

Le document pourrait également intéresser les citoyens et groupes concernés et il pourrait être utilisé par l'ACSP et d'autres acteurs clés pour communiquer les concepts de santé publique, éduquer le grand public et obtenir le soutien du public relativement à la démarche de santé publique liée aux substances psychotropes illégales.

## Substances psychotropes – une amorce

Les substances psychotropes sont des produits chimiques qui traversent la barrière hémato-encéphalique et affectent les fonctions mentales telles que les sensations de douleur et de plaisir, la perception, l'humeur, la motivation, la cognition et d'autres fonctions psychologiques et

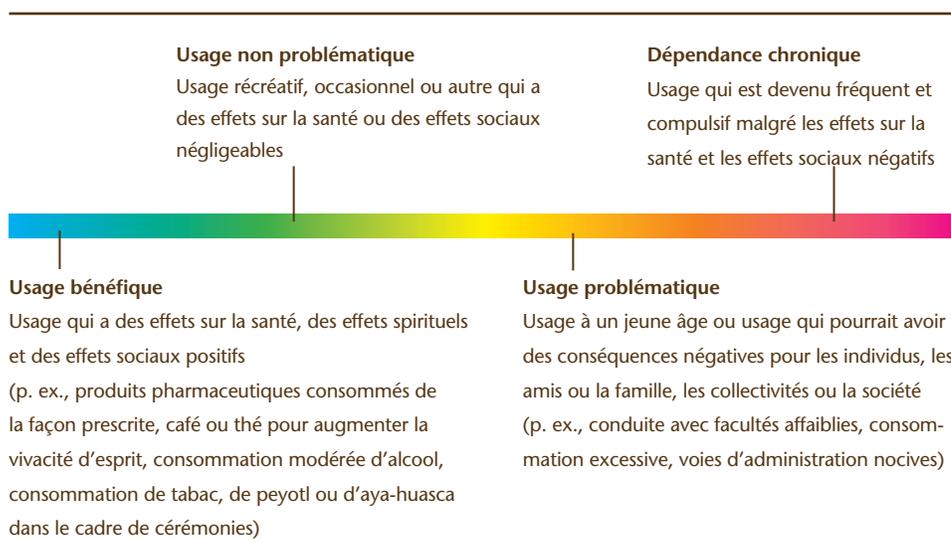
comportementales. Le terme « psychotrope » ne signifie pas nécessairement que la substance est liée à une dépendance ou à une accoutumance.

L'interaction humaine avec ces substances s'étend de l'abstinence à un large spectre d'usages : usages bénéfiques à non problématiques, usages potentiellement nocifs et usages à l'origine de troubles (voir la figure 1). Les données internationales confirment qu'il existe une gamme complète de profils d'usage et que ces profils impliquent souvent la consommation de différentes substances à différents moments.<sup>(9)</sup>

Les données de l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues de 2012<sup>(14)</sup> indiquent que:

- 10,2 % des répondants ont consommé du cannabis au cours des douze derniers mois, 20,3 % des répondants âgés de 15 à 24 ans avaient consommé du cannabis et 8,4 % des répondants âgés de plus de 25 ans avaient consommé du cannabis;
- 1,1 % des répondants avaient consommé de la cocaïne ou du crack;
- 0,6 % des répondants avaient consommé de l'ecstasy;
- 1,1 % des répondants avaient consommé des hallucinogènes.

À l'échelle mondiale, en 2010, il a été estimé qu'entre 3,6 % et 6,9 % des personnes (167 et 315 millions de



**Figure 1.** Spectre d'usage des substances psychotropes  
(Adapté de : « Every Door is the Right Door »<sup>(16)</sup> et « A Path Forward »<sup>(17)</sup>)

personnes) âgées de 15 à 64 ans ont consommé une substance illégale.<sup>(15)</sup>

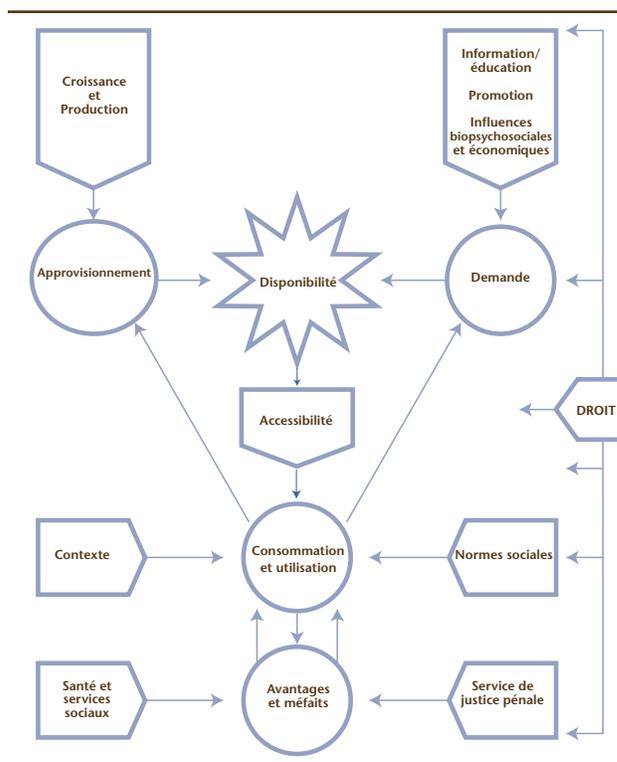
En 2008, 17 % des infections par VIH au Canada ont été décelées chez des personnes qui se sont injecté des substances psychotropes illégales, alors que 66 % des personnes qui se sont injecté ces substances ont ou ont eu l'hépatite C.<sup>(18)</sup> La surdose représentait 56,5 % des décès liés aux substances psychotropes illégales et le suicide représentait 17,4 % des décès liés aux substances psychotropes illégales.<sup>(19)</sup> En Amérique du Nord, les substances psychotropes illégales se classent à la dixième place en tant que facteur de risque majeur pour les maladies.<sup>(20)</sup> Ce classement peut être sous-estimé étant donné que les méfaits associés au système d'interdiction et de criminalisation sont mésestimés.

Le coût total des effets nocifs liés aux substances psychotropes (incluant l'alcool et le tabac) au Canada a été estimé à 39,8 milliards de dollars pour 2002 (un chiffre qui comprend les coûts directs et indirects ainsi que les coûts directs d'application de la loi), 8,2 milliards de dollars (20,7 %) étant associés aux substances illégales<sup>(12)</sup>, et le reste étant associé aux coûts liés au tabac et à l'alcool. Pour ce qui est des coûts associés aux substances illégales, 148 millions de dollars étaient consacrés à la prévention et à la recherche, alors que 5,4 milliards de dollars étaient classés en tant que coûts d'application de la loi.<sup>(12)</sup>

En 2001, le vérificateur général du Canada a estimé que le marché illégal canadien de ces substances représentait 7 à 18 milliards de dollars par an.<sup>(21)</sup> Le marché international a été estimé entre 100 et 1 000 milliards de dollars.<sup>(22)</sup> Les activités économiques rattachées à ce marché ne sont pas contrôlées par les gouvernements et ne peuvent donc pas être étudiées à des fins publiques. Elles soutiennent le crime organisé et leur nature hautement lucrative incite de nouvelles personnes à intégrer le marché illégal des drogues.

### Avantages et méfaits

L'usage de substances psychotropes est fortement intégré dans les sociétés humaines et constitue un ensemble complexe de comportements découlant d'interactions entre les individus et leurs environnements physiques, sociaux, économiques et politiques.<sup>(23)</sup> Il est important de reconnaître que ces substances peuvent également être consommées à des fins de santé et de bien-être<sup>(24)</sup> et que les personnes consomment ces substances pour diverses raisons comprenant l'anticipation d'avantages réels ou perçus



**Figure 2.** Déterminants des avantages et des méfaits des substances psychotropes (Reproduit avec permission à partir du document Public Health Perspectives for Regulating Psychoactive Substances by the Health Officers Council of BC.<sup>(3)</sup>) (Traduction)

(p. ex., améliorer l'interaction sociale, faciliter le comportement sexuel, améliorer le rendement cognitif, combattre la fatigue, faire face au stress psychologique et s'en rétablir, surmonter des problèmes mentaux par automédication, améliorer l'aspect physique et l'attrait, accroître la curiosité sensorielle et l'horizon de perception, connaître l'euphorie, rechercher le plaisir.)<sup>(25)</sup>

L'usage de substances dépend également d'interactions complexes entre l'offre, la demande, la disponibilité, l'accessibilité, le contexte, les normes sociales et les lois qui régissent ces activités. L'interaction de ces facteurs mène à une consommation et à des profils d'usage qui entraînent des méfaits et des avantages, dont certains peuvent être atténués ou aggravés lorsque des services de santé, sociaux et de justice pénale doivent être supportés. La figure 2 présente un modèle de l'interdépendance des déterminants des méfaits et des avantages et l'annexe 2 présente un résumé des avantages et méfaits physiques, psychologiques, sociaux et économiques associés aux substances psychotropes illégales. La compréhension scientifique des déterminants de l'usage

problématique de substances et des méfaits associés est toujours liée à l'interaction de facteurs génétiques, psychologiques et sociaux.<sup>(26)</sup> Les déterminants sociaux de la santé tels que la pauvreté, le sans-abrisme, le chômage et le manque de soutien social jouent également un rôle intégrale dans la détermination des conséquences de l'usage de substances sur la santé.<sup>(27)</sup> De même, la consommation problématique de substances et la dépendance sont fortement associées à l'historique de traumatismes physiques ou psychologiques précoces tels que la souffrance morale ou physique, la pression à l'uniformité ou la dépendance, les violences physiques ou sexuelles, l'abandon ou la comorbidité impliquant une maladie mentale et la dépendance à une substance.<sup>(28, 29)</sup> Bon nombre de ces facteurs sont hors de la portée des systèmes de sécurité et de soins de santé publics, mais relèvent de la santé publique.

La réduction des inégalités en matière de santé<sup>(10)\*</sup> est devenue un objectif important des initiatives de santé publique. Le système actuel de gestion des substances illégales, qui s'appuie sur la criminalisation et la sanction, aggrave souvent les inégalités existantes dans la société par son application sélective et ses conséquences sur les groupes qui subissent déjà les effets indésirables de l'inégalité résultant de leur contexte social.<sup>(30)</sup> Ces répercussions sont d'autant aggravées par les effets différentiels négatifs de la criminalisation. Dans ce contexte, une réunion nationale d'organisations canadiennes de personnes qui consomment des drogues dirigées par les pairs tenue en 2014 a permis de déterminer les questions prioritaires suivantes :<sup>(11)</sup>

1. Manque d'accès à un logement abordable et gentrification;
2. Stigmatisation et discrimination relativement à l'accès au logement et aux services de soins de santé;
3. Harcèlement par la police, criminalisation et nécessité de réforme de la politique liée aux drogues;
4. Manque de services de réduction des méfaits, en particulier dans les zones rurales.

---

\* L'inégalité en matière de santé est définie comme les différences de santé injustes et systématiques qui sont jugées évitables par des mesures raisonnables.<sup>(10)</sup>

## Gestion des substances psychotropes illégales

Le système international de contrôle des drogues est réglementé par des organisations qui font partie des Nations Unies et comprennent la Commission des stupéfiants, l'Office contre la drogue et le crime et l'Organe international de contrôle des stupéfiants ainsi que des organismes associés qui fournissent des conseils à la Commission des stupéfiants, tels que le Comité d'experts de la Pharmacodépendance de l'Organisation mondiale de la Santé. L'Organe international de contrôle des stupéfiants a été établi en particulier pour superviser la conformité des gouvernements nationaux aux conventions de contrôle des stupéfiants des Nations Unies. Ces conventions comprennent la *Convention unique sur les stupéfiants des Nations Unies de 1961*, la *Convention sur les substances psychotropes de 1971* et la *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988*. La Convention des Nations Unies de 1988 oblige davantage les pays à criminaliser la production non médicale, la vente, le transport et la distribution de ces substances, mais n'exige pas de sanctions pénales pour leur possession ou leur usage *per se*.<sup>(32)</sup> Ces conventions forment les fondements politiques de l'interdiction et de la criminalisation des substances psychotropes illégales et sont acceptées par la majorité des gouvernements nationaux.

Au Canada, la législation fédérale interdisant certaines substances psychotropes a commencé avec la *Loi de l'opium* de 1908 et a évolué pour devenir la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances de 1996*, qui criminalise les activités (notamment la possession) liées aux substances indiquées dans cinq annexes.<sup>(33)</sup> Cette loi autorise également la production, le commerce et la possession de certaines substances contrôlées à des fins médicales ou scientifiques si cela est autorisé conformément à la loi ou aux règlements y afférents (par exemple, la possession de cannabis en vertu du *Règlement sur la marijuana à des fins médicales*<sup>(34)</sup>).

Les lois et systèmes visant à contrôler de nombreuses substances psychotropes qui sont actuellement en place ont été élaborés au début du 20<sup>e</sup> siècle et étaient fondés sur le racisme, la crainte, les programmes politiques, moraux et économiques ainsi que sur les connaissances scientifiques et médicales disponibles à l'époque.<sup>(35, 36)</sup> Depuis, les connaissances scientifiques disponibles, les principes de santé publique et l'expérience des avantages et méfaits pour les

personnes familles ou collectivités ont évolué et des solutions de rechange aux démarches existantes sont étudiées.

En 2002, le Comité spécial du Sénat sur les drogues illégales<sup>(37)</sup> a déterminé les échecs et les méfaits du système actuel. Ce comité a souligné que, dans une démocratie, les sanctions pénales constituent le dernier recours et que l'État est responsable de créer un environnement sécuritaire pour ses citoyens. Les recommandations du Comité comprenaient:

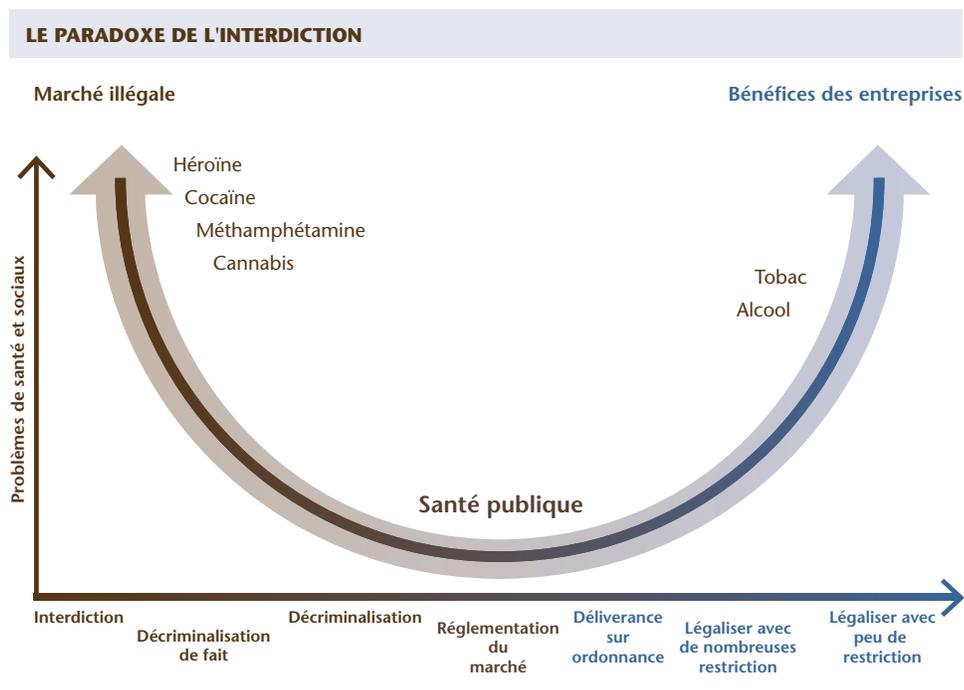
- l'adoption d'une politique intégrée d'intervention face aux risques et effets indésirables des substances psychotropes couvrant la gamme de substances;
- la modification de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* pour créer un plan d'exemption criminelle pour le cannabis.

Des recommandations similaires sont aussi exprimées par la communauté scientifique canadienne ainsi que par des groupes professionnels et de la société civile.<sup>(3, 38-40)</sup>

### Démarches de gestion des substances

Les sociétés du monde entier ont utilisé diverses méthodes pour gérer les substances psychotropes. La plupart se sont basées sur la législation et d'autres instruments de réglementation, plutôt que sur des démarches de santé publique. Ces démarches sont indiquées à la figure 3. Cette figure montre

que les méfaits sur la santé et les méfaits sociaux associés aux substances sont les plus élevés lorsque leur gestion est dominée par les extrêmes de la réglementation, à savoir l'interdiction pénale ou la commercialisation. Les méfaits sur la santé et les méfaits sociaux sont minimisés à partir du moment où des mesures de santé publique sont mises en œuvre. La démarche particulière sélectionnée est le plus souvent le résultat de la combinaison de considérations historiques, politiques, idéologiques, culturelles, religieuses, économiques, sanitaires et sociales et de la catégorie pharmacologique de la substance gérée. Le tableau 1 fournit des renseignements sur les démarches qui sont utilisées pour mettre en œuvre la politique de contrôle des substances au Canada et indique certains des avantages et méfaits associés. Il indique également des exemples des substances psychotropes ciblées par chaque démarche.



**Figure 3.** Adapté de Marks,<sup>(41)</sup> reproduit avec la permission de la Coalition canadienne des politiques sur les drogues.

**Tableau 1.** Avantages et méfaits associés aux démarches basées sur la politique de contrôle

<b>Démarche basée sur la politique</b>	<b>Définition</b>	<b>Outils</b>	<b>Avantages et méfaits</b>	<b>Exemples de substances psychotropes gérées</b>
Criminalisation	Utiliser le droit pénal pour dénoncer, dissuader, punir et réadapter les personnes qui consomment des substances; et réduire les méfaits associés sur les personnes, leurs collectivités, la société générale et la communauté internationale	<i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> , surveillance, arrestations, procès criminels, amendes, incarcération, ordonnances de probation et casiers judiciaires	<p><b>Avantages :</b> Diminution du crime organisé lorsque les activités d'application de la loi sont ciblées efficacement</p> <p><b>Méfaits :</b> Activités criminelles organisées<sup>(42)</sup>, violence, augmentation de la disponibilité et de la puissance des substances<sup>(43)</sup>, moyen de dissuasion inefficace<sup>(44)</sup>, effets sociaux de l'incarcération</p>	Cannabis, héroïne, LSD, cocaïne
Contrôle de l'État <sup>(45)</sup>	Monopole complet ou partiel du gouvernement relativement aux substances	Contrôle de la production, du marketing et/ou de la distribution des substances par le gouvernement	<p><b>Avantages :</b> Peut limiter la vente, du marketing et de la consommation des produits</p> <p><b>Méfaits :</b> La promotion des produits peut mener à une augmentation de la consommation</p>	Alcool
Commercialisation	Point de vue du marché libre pour la gestion des substances en tant que marchandises.	Promotion par la publicité et /ou le parrainage	<p><b>Avantages :</b> Interventions gouvernementales plus strictes</p> <p><b>Méfaits :</b> Le profit est l'élément moteur, ce qui pourrait mener à la promotion des ventes et à la maximisation de la consommation</p>	Tabac
Délivrance sur ordonnance	Les professionnels de la santé donnent accès aux médicaments, dans le but d'augmenter au maximum les avantages médicaux et de réduire au minimum les méfaits associés aux substances	Ordonnance des fournisseurs de soins de santé et délivrance par les pharmaciens Promotion des produits par la publicité	<p><b>Avantages :</b> Efficace pour réduire les méfaits associés à la criminalisation des opioïdes <sup>(46)</sup></p> <p><b>Méfaits :</b> Promotion des produits par les entreprises pharmaceutiques auprès des fournisseurs de soins de santé et marketing direct auprès du consommateur<sup>(13)</sup>, potentiel de vente d'ordonnances légitimes sur la marché noir</p>	Traitement de substitution à la méthadone pour l'héroïne, l'oxycodone, la codéine, les stimulants pour la déficience de l'attention ou l'hyperactivité

## Méfais de la criminalisation

Il est important de faire la différence entre les méfaits directs de la consommation de substances et les méfaits indirects des politiques qui visent à gérer ces mêmes substances. La politique d'interdiction a échoué en tant que moyen de dissuasion efficace de la consommation de substances<sup>(44)</sup> et on reconnaît de plus en plus qu'elle a de nombreuses conséquences indésirables<sup>(4, 40, 42, 43, 47-55)</sup>, notamment :

- institutionnalisation du crime organisé, marchés illégaux, corruption et organisations criminelles à l'origine de crimes, de blessures violentes et de décès;
- propagation accélérée des maladies infectieuses telles que le VIH et l'hépatite, car il n'est pas possible de fournir des aiguilles stériles, des trousses de pipes à crack et des traitements de substitution à base d'opioïdes;
- progression de la transmission du VIH et de l'hépatite chez les personnes incarcérées en raison du manque de services de prévention et de réduction des méfaits dans les établissements carcéraux;
- activités d'application de la loi qui éloignent les personnes consommant des drogues illégales des services de prévention et de soins et les rapprochent des milieux où le risque de blessure, de maladie et d'autres méfaits est accru;
- disponibilité et puissance accrues des drogues illégales, ce qui entraîne des hospitalisations et des décès par surdose liés aux produits concentrés et contaminés;
- dépense de ressources personnelles pour se procurer les substances, au détriment des besoins de base tels que l'alimentation, le logement, le transport, etc.;
- participation forcée à des activités illégales;
- création et aggravation des problèmes sanitaires et sociaux dus à la stigmatisation et à la discrimination résultant de la criminalisation, y compris augmentation des inégalités sanitaires et sociales liées par exemple au sexe, à l'ethnicité, à la classe et à l'identité sexuelle;
- engorgement et ralentissement des systèmes de justice pénale résultant des taux d'arrestation, de poursuite et d'incarcération élevés;
- détention criminelle de personnes qui sont accusées de posséder des substances illégales;
- marginalisation accrue des personnes qui consomment des drogues et qui ont des problèmes psychologiques, sociaux et de santé;
- dommages matériels et perturbation des collectivités;
- déplacement des substances vers les endroits où les usagers convergent, autres produits potentiellement plus

dangereux lorsqu'il y a rupture de stock;

- enseignement scolaire inefficace pour les jeunes;
- méfaits écologiques liés à l'épandage aérien d'herbicides aux fins de contrôle des cultures, toxicité liée à l'élimination des déchets chimiques de laboratoire non réglementée et consommation d'énergie aux fins de culture du cannabis en intérieur;
- coûts de renonciation liés à l'attribution de ressources à l'application de la loi, aux démarches judiciaires et correctionnelles/pénales, ayant pour conséquence la pénurie de ressources dédiées aux démarches de santé publique et de développement social;
- restrictions relatives aux recherches concernant l'usage thérapeutique et bénéfique des substances (p. ex., médecine psychédélique, thérapeutique par le cannabis) ainsi que restriction de l'application de ces recherches dans les pratiques thérapeutiques habituelles.

## Une démarche de santé publique

On connaît de plus en plus les effets de l'interdiction et de la criminalisation des substances et on sait que ces démarches ne réduisent pas la disponibilité et l'usage des substances illégales ainsi que les méfaits qui y sont associés.<sup>(37, 50, 56-59)</sup> Toutefois, on s'intéresse de plus en plus à l'étude de démarches novatrices fondées sur des données probantes et à d'autres stratégies, malgré les incertitudes concernant les avantages et les méfaits potentiels.

On peut répondre à cet intérêt en adoptant une démarche de santé publique basée sur les principes de la justice sociale, la prise en compte des droits de la personne et de l'équité, les politiques et pratiques fondées sur des données probantes et le traitement des déterminants de la santé sous-jacents. Une telle démarche ferait de la promotion de la santé, de la protection de la santé, de la surveillance de la santé de la population et de la prévention des décès, maladies, blessures et incapacités le principe central de toutes les initiatives connexes. Cela signifierait aussi fonder ces initiatives sur des données probantes pour confirmer ce qui fonctionne ou ce qui promet de fonctionner. Il s'agit d'un effort organisé, global et multisectoriel visant à maintenir et à améliorer la santé des populations.<sup>(60-62)</sup> La Charte

canadienne des droits et libertés<sup>(63)†</sup> et plusieurs conventions des Nations Unies<sup>‡</sup> constituent la base sociale sur laquelle établir une démarche de santé publique.

Une démarche de santé publique est dictée par la détermination et la prise en charge des déterminants de la santé tout au cours de la vie. Cela comprend le traitement des déterminants de la santé du point de vue physique, biologique, psychologique et social (tels que la répartition des richesses, l'éducation, le logement, l'inclusion sociale et d'autres conditions sociales), ainsi que les déterminants des inégalités sociales et de santé (tels que le déséquilibre des pouvoirs, le racisme, le classisme, l'âgisme et le sexisme). Cette démarche reconnaît que l'usage problématique est souvent le symptôme de problèmes ou d'inégalités sur le plan psychologique, social ou de la santé. Elle met donc l'accent sur des initiatives pragmatiques fondées sur des données probantes et prend en compte la justice sociale, l'équité, le respect des droits de la personne, l'efficacité et la durabilité. Ainsi, elle inclut le point de vue des personnes qui consomment des substances ou qui sont touchées par l'usage problématique de substances.<sup>(64)</sup>

Dans le cadre de cette démarche, les intervenants qui travaillent avec des personnes qui ont ou qui sont touchées par des problèmes concernant des substances psychotropes illégales ont l'éducation, la formation et les compétences nécessaires pour comprendre les besoins des usagers des substances et de leur famille et pour y répondre. Cette base de connaissances inclut la compréhension de la relation entre l'usage de substances et les troubles mentaux.

Une démarche de santé publique permet de s'assurer de la mise en place d'un continuum d'interventions, de politiques et de programmes tenant compte des avantages et méfaits potentiels des substances ainsi que des effets inattendus des politiques et lois mis en œuvre pour les gérer. Une démarche de santé publique vise à promouvoir la santé et le mieux-être de tous les membres d'une population et

---

† L'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* indique que « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale » et a été utilisé comme argument juridique dans le cadre de la décision de la Cour suprême concernant « *Insite* », l'installation de consommation supervisée de Vancouver, où la notion d'accoutumance est considérée comme une maladie en vertu du droit canadien.

‡ Le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, la *Convention contre la torture et les autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, la *Déclaration sur les droits des peuples autochtones* et la *Convention internationale pour la protection et la promotion des droits et de la dignité des handicapés*. (92)

à réduire les inégalités au sein de la population, tout en s'assurant que les méfaits associés aux interventions et aux lois ne sont pas disproportionnés par rapport aux méfaits directs des substances.

Dans ce contexte, la démarche de santé publique comprend les stratégies suivantes :<sup>(62)</sup>

- la promotion de la santé de la façon décrite dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*;<sup>(65)§</sup>
- la protection de la santé;
- la prévention et la réduction des méfaits;
- l'évaluation de la santé de la population;
- la surveillance des maladies, blessures et incapacités;
- des services fondés sur des données probantes visant à aider les personnes qui risquent d'avoir ou qui ont des problèmes avec les substances.

### **Éléments favorisant et entravant une démarche de santé publique**

Les éléments favorisant et entravant diverses considérations politiques qui pourraient avoir une incidence sur le passage à une démarche de santé publique au Canada sont décrits dans le tableau 2. Ils comprennent les éléments suivants :

- valeurs et principes;
- économie;
- infrastructure;
- lois et règlements canadiens et conventions internationales signées par le Canada;
- programmes et projets;
- leadership;
- évaluation;
- recherche.

Les stratégies favorisant le passage à une démarche de santé publique sont également étudiées. En général, le fait de suivre une démarche de santé publique pour atténuer les effets des substances illégales et de mettre en place une réglementation de ces substances orientée sur la santé publique peut permettre une meilleure prévention des problèmes de santé et l'amélioration de la santé et du bien-être que le fait de continuer à suivre la démarche existante.

---

§ La *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* décrit une série de démarches portant sur l'élaboration de politiques publiques sur la santé, la création d'environnements favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.

**Tableau 2.** Éléments favorisant et entravant le passage à une démarche de santé publique pour la gestion des substances psychotropes illégales et stratégies connexes

<b>Considération politique</b>	<b>Éléments favorisant une démarche de santé publique</b>	<b>Éléments entravant une démarche de santé publique</b>	<b>Stratégies de passage à une démarche de santé publique</b>
Valeurs et principes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De récents sondages nord-américains indiquent que le public soutient de plus en plus une démarche plus pragmatique de gestion des substances illégales. <sup>(66, 67)</sup></li> <li>• Les valeurs et principes d'une démarche de santé publique sont soutenus à l'échelle internationale (Organisation des États américains<sup>(59)</sup> et International Drug Policy Consortium<sup>(68)</sup>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La gestion des substances psychotropes illégales est soumise à des forces telles que la crainte, l'ignorance, le racisme et l'idéologie, lesquelles ont été utilisées pour influencer les discussions et alimenter la stigmatisation et la discrimination des personnes qui consomment ces substances.</li> <li>• Résistance aux stratégies de réduction des méfaits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagnes d'éducation du public fondées sur des données probantes</li> <li>• Réintégration de la réduction des méfaits en tant qu'élément fondamental de la politique fédérale liée aux drogues</li> <li>• Participation communautaire et dialogue</li> <li>• Recherche de politiques et programmes fondés sur des données probantes</li> <li>• Stratégies anti-stigmatisation et discrimination</li> </ul>
Économie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Règlement basé sur la santé publique et taxation des substances psychotropes Les taxes pourraient être investies dans une démarche de santé publique à plusieurs niveaux qui pourrait comprendre des services de santé tels que la prévention, la réduction des méfaits et le traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'interdiction alimente le crime organisé, entraînant une perte de fonds et de ressources pour le public canadien.</li> <li>• Intérêts politiques et financiers qui cherchent à soutenir un système de criminalisation pour les substances psychotropes illégales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entreprendre une analyse économique du système actuel de gestion des substances psychotropes illégales, par rapport à une démarche de santé publique.</li> </ul>
Lois et règlements canadiens et application de la loi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leadership de certaines provinces et villes du Canada à l'appui des mesures de réduction des méfaits et du passage à une démarche de santé publique pour la gestion des substances psychotropes illégales</li> <li>• Impulsion croissante en faveur d'une démarche de santé publique à l'échelle mondiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Croissance continue de la violence, des importations et des coûts de justice pénale liés aux substances illégales</li> <li>• Préférence politique d'utilisation des conventions internationales comme raisons pour ne pas mettre en œuvre une démarche de santé publique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre les exemples et leçons retenues des provinces, municipalités et autres pays qui ont mis en œuvre avec succès une démarche de santé publique pour la gestion des substances psychotropes illégales (Annexe 1).</li> <li>• Travailler avec les organismes d'application de la loi pour favoriser le soutien du passage à une démarche de santé publique.</li> </ul>

<p>Infrastructure</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins hygiénistes en chef provinciaux et territoriaux ont un rôle intégrale à jouer dans la progression vers une démarche de santé publique.</li> <li>• Au Canada, le milieu universitaire et les organisations non gouvernementales soutiennent fortement la politique d'usage des substances fondée sur des données probantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défis liés à la clarté des rôles, aux disparités régionales, au partage de connaissances et à l'élaboration d'une démarche nationale cohérente<sup>(69)</sup></li> <li>• Limites établies par d'autres intérêts et priorités concurrentiels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les questions à traiter comprennent la définition des rôles et responsabilités, le traitement des disparités régionales et l'amélioration des méthodes de partage des connaissances, ce qui peut mener à une démarche nationale cohérente.</li> <li>• Le Canada a démontré qu'un consensus puissant et pluri-gouvernemental peut être établi pour favoriser et guider la réforme de la politique.</li> <li>• Les données probantes démontrent qu'il est nécessaire de faire participer toute une gamme de secteurs autres que la santé dans une démarche de santé publique cohérente relativement à l'usage de substances.<sup>(70, 71)</sup></li> </ul>
<p>Programmes et projets</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De nombreuses provinces et de nombreux territoires tentent de mettre en place un continuum fondé sur des données probantes de politiques et services basés sur la santé publique. Des données probantes portant sur les mesures qui sont efficaces au niveau des programmes et des systèmes sont disponibles.<sup>(72)</sup></li> <li>• On dispose de données probantes sur ce qui fonctionne au niveau des programmes et des systèmes.<sup>(72)</sup></li> <li>• La stratégie antidrogue fédérale a financé des améliorations au niveau des systèmes et des programmes.</li> <li>• Il existe des données probantes soutenant les stratégies de réduction des méfaits.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disparités régionales et accès non uniforme aux programmes de prévention, de traitement et de réduction des méfaits dans le pays</li> <li>• Le Canada n'a pas d'évaluation et de mesures du rendement nationales pour les programmes et services concernant les substances psychotropes.</li> <li>• Réticence à expérimenter la démarche aux échelles provinciales ou locales en raison du contrôle fédéral des appareils juridiques et réglementaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir un processus ou une commission à l'échelle nationale pour l'évaluation des programmes et des services.</li> <li>• Permettre aux gouvernements municipaux, provinciaux et territoriaux d'expérimenter les stratégies de gestion des substances psychotropes illégales basées sur la santé publique.</li> </ul>

Leadership	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un nombre croissant d'organisations appellent au passage à une démarche de santé publique pour la gestion des substances psychotropes (p. ex., Agents de santé de la Colombie-Britannique, ACSP, Coalition canadienne des politiques sur les drogues, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Assemblée des Premières Nations et Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux).</li> <li>• Les gouvernements locaux ont fait preuve de leadership.<sup>(73, 74)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La stratégie antidrogue fédérale a éliminé la mention de réduction des méfaits, et le leadership a été attribué au ministère de la Justice.<sup>(75)</sup></li> <li>• Idéologie actuelle de rigueur par rapport au crime</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former une coalition d'organisations non gouvernementales, d'associations professionnelles et d'autres aux vues similaires pour agir en tant que champions et défenseurs de la démarche de santé publique.</li> <li>• Le gouvernement fédéral doit redonner la responsabilité de la stratégie antidrogue à Santé Canada.</li> </ul>
Surveillance, évaluation et recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Canada a plusieurs centres d'expertise associés à ces domaines.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lacunes relatives à la base de connaissances, notamment le manque de données quantitatives sur les coûts et les méfaits de la démarche actuelle</li> <li>• Défi que représente la collecte de données en raison de la variation méthodologique entre les systèmes provinciaux/territoriaux et au niveau du service</li> <li>• Enquête limitée sur les usages thérapeutiques potentiels des drogues illégales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se tourner vers l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.</li> <li>• Soutenir la recherche concernant les avantages des substances psychotropes actuellement illégales.</li> </ul>

### Risques associés à une démarche de santé publique

Le passage à une démarche de santé publique n'est pas sans risque. Un des risques en particulier est que les intérêts commerciaux pourraient repérer une occasion et faire pression quant à l'établissement d'une orientation économique. Le maintien d'une démarche de santé publique pour la gestion de ces substances nécessite une vigilance continue en ce qui concerne ce risque ainsi qu'une réglementation complète pour éviter une production, un marketing et des ventes de substances psychotropes axés sur les profits. Ce risque est aggravé si l'on pense que la taxation pourrait être perçue comme une caractéristique attrayante de l'abandon

de l'interdiction étant donné qu'elle pourrait fournir des recettes supplémentaires aux gouvernements provinciaux et fédéral, comme c'est le cas avec les recettes découlant des ventes de tabac et d'alcool. Les prix plus élevés en raison des taxes pourraient agir en tant que moyen de dissuasion pour certains groupes, en particulier les jeunes. Toutefois, comme cela a été vu avec l'augmentation des taxes sur le tabac dans les années 1980, la probabilité que les produits soient vendus illégalement augmente.<sup>(76)</sup>

On peut aussi être préoccupés par le fait que les politiques de décriminalisation encouragent tacitement l'usage de

substances, surtout chez les jeunes. Il est toutefois important de noter que, à l'heure actuelle, l'interdiction et la criminalisation ne sont pas des moyens de dissuasion efficaces de l'accès ou de l'usage de drogues pour certains jeunes. Au Canada, 28 % des jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans ont indiqué avoir consommé récemment du cannabis. Il s'agit du taux le plus élevé parmi les pays occidentaux.

<sup>(77)</sup> Les données probantes indiquent toutefois qu'une démarche de santé publique permet de réduire au minimum les méfaits chez les jeunes s'il n'y a pas de promotion des produits, si on inclut l'éducation fondée sur des données probantes visant à favoriser la résilience, et si des programmes sont disponibles pour identifier et traiter de façon précoce les jeunes dont les profils d'usage sont problématiques. Par exemple, en Suisse, la perception des jeunes face à l'accoutumance aux opioïdes est passée d'un acte de rébellion à une maladie nécessitant une substitution et un traitement, et ce, grâce à l'adoption d'une politique liée aux drogues axée sur la santé publique.<sup>(77)</sup>

## Initiatives de santé publique

### Au Canada

Le gouvernement fédéral a mis en œuvre des initiatives de santé publique pour traiter les méfaits associés aux substances psychotropes, alors que les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que leurs partenaires des services de santé publics régionaux et locaux fournissent des services de santé publique pour traiter ces questions. Les exemples des services fournis dans le cadre des stratégies municipales en matière de drogues de Vancouver<sup>(73)</sup> et Toronto<sup>(74)</sup> aident à illustrer la démarche de santé publique en œuvre. Ces démarches équilibrent la coopération et la coordination interministérielles pour traiter les préoccupations relatives à l'ordre public comme à la santé publique. La stratégie à quatre volets de la Ville de Vancouver en matière de drogues<sup>(73)</sup> comprend :

- **Prévention** : Formulation de recommandations qui traitent divers déterminants sociaux de la santé ayant une influence sur l'accoutumance, notamment l'éducation du public, la formation et l'emploi, les logements supervisés et de transition et les soins de santé facilement accessibles.
- **Traitement** : Gamme de programmes d'intervention et de soutien, notamment la gestion du retrait.

- **Réduction des méfaits** : Améliorations des résultats de santé des personnes qui souffrent d'accoutumance par des interventions qui diminuent le libre accès à la drogue, diminuent la propagation du VIH et de l'hépatite C et réduisent le nombre de décès par surdose. Pour Vancouver, cela comprend des services de consommation supervisée ainsi que des services de distribution de fournitures aux fins de réduction des méfaits.
- **Application de la loi** : Accent sur la paix et l'ordre public pour réduire le crime tout en protégeant les populations les plus vulnérables. Cela comprend l'application de la loi, des recommandations en matière de traitement et des services de conseil.

La stratégie de Toronto en matière de drogues suit une démarche similaire basée sur des principes tels que le respect de la dignité, de la diversité et des droits de la personne. Dans le cadre de la stratégie, il est recommandé d'augmenter les programmes de prévention, de réduction des méfaits et de traitement de Toronto, d'améliorer la sécurité des revenus et l'accès à un logement abordable et supervisé et de promouvoir des solutions de rechange à l'incarcération.<sup>(74)</sup>

Le Bureau de santé publique de Toronto dispense une large gamme d'initiatives de prévention pour les enfants, les jeunes et leur famille. Il fournit également des services de réduction des méfaits pour les consommateurs de substances, notamment par l'échange d'aiguilles, l'approvisionnement de fournitures de consommation du crack plus sécuritaires, le dépistage de l'immunisation ainsi que du VIH et de l'hépatite B, un traitement de substitution aux opiacés, des conseils et des recommandations et un programme de distribution de la naloxone géré par les pairs. Des services sont également fournis dans le cadre d'une initiative de sensibilisation mobile pour atteindre les personnes se trouvant dans des zones mal desservies de la ville.<sup>(74)</sup>

En plus de procurer des services de traitement de substitution aux opioïdes, Vancouver et Montréal ont pris part à la North American Opiate Medication Initiative, une étude qui a confirmé l'efficacité et la faisabilité de la thérapie assistée à la diacétylmorphine (héroïne) de qualité pharmaceutique pour les personnes qui ne réagissent pas bien au traitement de substitution à la méthadone.<sup>(78,79)</sup> Les médecins de la Colombie-Britannique qui ont participé à

l'étude ont reçu l'autorisation de prescrire de l'héroïne à environ 15 patients.<sup>(80)¶</sup> De même, le service de consommation supervisée de Vancouver, Insite, a remporté un succès remarquable en répondant aux besoins en matière de santé des personnes qui se sont injecté des drogues sur une longue période<sup>(81)</sup> et qu'il a toujours été difficile d'atteindre dans le cadre des services conventionnels.

### Dans les autres pays

Dans le cadre des conventions des Nations Unies sur les substances psychotropes illégales, les gouvernements ont mis en œuvre diverses démarches pour gérer les substances illégales du point de vue de la santé publique. Bien que chaque structure reflète les préoccupations juridiques, sociales et culturelles d'un gouvernement en particulier, ces démarches fournissent la preuve de l'efficacité du modèle de gestion des substances psychotropes illégales basé sur la santé publique. Un résumé des démarches suivies à l'échelle internationale est présenté à l'annexe 1, lequel est disponible par voie électronique ([policy@cpha.ca](mailto:policy@cpha.ca)).

Les changements qui ont eu lieu dans certains pays (Suisse, Norvège, Portugal, Australie, Nouvelle-Zélande et ailleurs en Amérique) sont particulièrement pertinents pour le Canada étant donné leur proximité, leurs relations commerciales, leur structure politique et leurs conventions internationales. Les démarches suivies par chaque pays incarnent une ou plusieurs pierres angulaires de la démarche de santé publique pour la gestion des substances psychotropes illégales. Par exemple, la Suisse s'est

concentrée sur la décriminalisation et la réduction des méfaits avec la mise en place de mesures pour traiter ses relations internationales. La Norvège se concentre sur le respect des droits de la personne et de la dignité des personnes qui consomment des drogues, tout en encourageant le traitement et l'abstinence. L'Australie reconnaît les inégalités sociales et sanitaires associées à la dépendance et à l'accoutumance et a formulé sa politique en matière de drogues de telle façon qu'elle comprend l'alcool et le tabac, ce qui fait de la majorité des Australiens des parties prenantes de la politique.

En 2001, le Portugal a décriminalisé la possession de toutes les drogues et a changé ses priorités au traitement des problèmes de santé. Ce changement a mené à une réduction de la consommation problématique de substances, des méfaits liés aux drogues et de l'engorgement de la justice pénale.<sup>(82, 83)</sup> La Nouvelle-Zélande a récemment adopté et mis en œuvre sa *Psychoactive Substances Act*, qui établit un règlement orienté sur la santé publique pour certaines substances psychotropes consommées à titre non médical si elles ne présentent pas plus qu'un faible risque de méfaits.<sup>(84)</sup> Les fabricants pourront ainsi présenter des produits aux fins d'approbation, selon les spécifications du gouvernement, et les personnes qui consomment des drogues pourront en acheter dans des points de vente au détail réglementés de façon stricte. En Amérique, l'Uruguay ainsi que les états du Colorado et de Washington ont légalisé le cannabis et introduit en parallèle des éléments d'une démarche de santé publique. Il pourrait être intéressant pour le Canada d'étudier la façon dont ces démarches ont été mises en œuvre.

---

¶ Il convient de noter que cette autorisation n'a pas été mise en œuvre étant donné que le gouvernement fédéral a modifié les règlements pour empêcher d'autres autorisations. Cette modification a entraîné une contestation judiciaire fondée sur la Charte des droits et libertés. Celle-ci était en cours d'examen au moment de la rédaction du présent document.

# Examen du programme — une vision pour 2025

L'ASPC a une vision pour le Canada pour 2025. Notre objectif consiste à favoriser les discussions en décrivant une vision de la politique relative aux substances psychotropes illégales au Canada fondée sur des données probantes. La vision repose sur l'hypothèse que des conventions peuvent être conclues d'après les intérêts en matière de sécurité publique, de santé publique, d'économie et de société civile aux échelles municipales, provinciales et fédérale pour établir une démarche de santé publique de gestion des substances psychotropes illégales. Les discussions menant à ces conventions doivent impliquer les personnes qui ont choisi de consommer des substances illégales et les conventions finales doivent prendre en compte leur point de vue.

Pour réaliser cette vision, il faudra établir et mettre en œuvre des cadres réglementaires nécessaires ainsi qu'une série de politiques et programmes qui répondent aux options d'abstinence par divers points du spectre d'usage des substances psychotropes. Les substances illégales pourraient ensuite être réglementées du point de vue de la santé publique et les usagers de ces produits pourraient avoir accès à l'information, à la protection des consommateurs et aux options de services de santé qui répondent à leurs besoins. À partir de là, il sera possible d'avoir une discussion significative en ce qui concerne la réglementation et le contrôle efficaces de ces substances. En parallèle à ce changement, il faut continuer à protéger la société et à favoriser au maximum la réduction des méfaits, tout en réduisant au minimum les conséquences négatives inattendues.

Compte tenu de ce qui précède, voici notre vision en ce qui concerne la démarche relative aux substances psychotropes du Canada en 2025. En décrivant notre vision, nous cherchons à rallier un groupe plus large d'organisations et de personnes intéressées à élaborer une vision commune concernant une démarche améliorée, sans cruauté et plus efficace quant à la gestion des substances psychotropes illégales au Canada.

## **Point de vue politique**

Le Canada rejoint le nombre croissant de pays qui ont approuvé et mis en œuvre une démarche de santé publique pour la gestion des substances psychotropes. Cette démarche implique les efforts coordonnés des personnes responsables des préoccupations relatives à la

sécurité publique, à la santé ainsi que des préoccupations économiques et sociales à tous les échelons du gouvernement. Il s'agit d'une démarche équilibrée de gestion des substances psychotropes qui se traduit par la réduction des méfaits associés et l'obtention d'avantages potentiels. Cette démarche comprend un système coordonné et fondé sur des données probantes qui soutient la santé et les droits de la personne de ceux qui consomment des substances d'une façon qui ne nuit pas aux autres. Elle comprend une attention ciblée et continue des déterminants de la santé, reposant fortement sur l'équité comme valeur de base. Cette démarche est guidée par l'orientation fournie dans la Charte canadienne des droits et libertés et les conventions des Nations Unies soutenant les droits de la personne.

*La stratégie du Canada relativement aux substances psychotropes*, qui décrit les principes, les hypothèses, les objectifs et les stratégies qui étayent la démarche du Canada, est régulièrement examinée et mise à jour. Cette stratégie respecte l'autonomie des gouvernements locaux, provinciaux, territoriaux, des Premières nations, des Inuits et des Métis. Elle encourage et soutient les pratiques novatrices, comprend un programme de recherche national dynamique, une évaluation et des normes de surveillance du rendement, et soutient le partage de connaissances en continu.

L'interdiction pénale des substances psychotropes illégales a été remplacée par un programme de réglementation orienté sur la santé publique qui vise à gérer la production, la vente et la distribution des substances. La promotion des produits est soumise à des restrictions et l'exposition des jeunes à la promotion des produits est interdite. Des modèles de vente au détail qui permettent l'accès aux substances tout en protégeant la santé publique sont en place. L'accent est mis sur l'intérêt public, ce qui se traduit par une démarche plus cohérente relativement à toutes les substances psychotropes. Étant donné que la gestion des substances psychotropes est désormais une question de préférence individuelle et de gestion de la santé publique, les gouvernements provinciaux et territoriaux utilisent leur pouvoir constitutionnel pour établir des systèmes de gestion ayant pour impératifs la protection de la santé, la promotion de la santé, la prévention et la réduction des méfaits.

Le gouvernement du Canada soutient ces activités et, en partenariat avec les Premières nations, les Inuits, les Métis ainsi que d'autres partenaires et intervenants, coordonne la gestion pangouvernementale des questions et se charge des affaires représentant une préoccupation internationale. Les traités internationaux de contrôle des drogues ont été réinterprétés et modernisés de façon à soutenir les démarches relatives aux substances psychotropes orientées sur la santé publique et les droits de la personne.

### **Point de vue juridique**

La possession de substances psychotropes à des fins d'usage personnel n'est plus criminalisée et l'état commence à réglementer la chaîne d'approvisionnement du point de vue de la promotion de la santé et de la protection de la santé publique. Cela comprend une réglementation globale de la production, de la distribution, de la vente et de la promotion de ces substances qui est orientée sur la santé publique. Des systèmes sont établis par la coordination des lois et règlements provinciaux et fédéraux. Les provinces et territoires élaborent des modèles de vente au détail en collaboration avec les gouvernements locaux et les collectivités des Premières nations, Inuits et Métis.

Les forces de police ont recours à diverses options d'application de la loi pour empêcher que les personnes qui font montre d'une consommation problématique des substances psychotropes doivent faire face au système judiciaire et elles concentrent leurs efforts sur le traitement de la production, de l'importation et de la vente illégales de substances psychotropes. Au niveau individuel, les services de police mettent l'accent sur la réduction des méfaits associés à l'usage problématique. Les forces de police travaillent en partenariat avec les inspecteurs du gouvernement pour surveiller les producteurs et les points de vente réglementés par le gouvernement. Les marchés illégaux qui étaient dirigés par le crime organisé sont marginalisés.

La population carcérale diminue étant donné que la possession des substances ne constitue plus une infraction. La police peut se concentrer sur des questions de criminalité et de sécurité publique plus sérieuses.

### **Point de vue de la santé publique**

Les efforts sont axés sur le traitement des déterminants sociaux de l'usage problématique de substances, la modération de la demande des consommateurs relativement aux substances psychotropes, la réduction des méfaits et l'amélioration de la santé des usagers individuels, des

collectivités et des populations. Il est reconnu que les événements de la vie indésirables qui surviennent tôt dans l'existence d'une personne jouent un rôle important dans l'initiation à l'usage de drogues. Les jeunes qui ont les symptômes d'un début d'usage problématique de substances psychotropes ont accès au traitement qui convient.

Les programmes de promotion de la santé, de prévention, de réduction des méfaits et de traitement qui sont fondés sur des données probantes sont étendus, accessibles, distribués équitablement, comprennent des programmes qui traitent toute une gamme de profils d'usage, de l'abstinence à la consommation excessive, et servent les personnes qui ont une maladie mentale en parallèle et des troubles liés à la consommation de substances ainsi que leur famille.

On remarque une réduction significative des méfaits tels que les surdoses mortelles et les nouvelles infections au VIH et à l'hépatite C. De plus, l'accès au traitement de ces maladies est offert de façon uniforme aux personnes qui consomment des substances psychotropes illégales.

### **Considérations politiques relatives aux services sociaux et de santé**

L'environnement social a évolué de telle façon qu'il n'y a plus de stigmatisation et de discrimination des personnes qui consomment des substances psychotropes. De plus, les personnes et leur famille n'ont pas à faire face aux conséquences des accusations au pénal pour possession de substances psychotropes illégales.

Les services et les systèmes de soutien sont disponibles de façon équitable dans tout le pays et comprennent :

- la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- des services de santé mentale accessibles et de qualité élevée;
- des options de traitement à seuil bas;
- des options de remplacement des substances;
- un soutien à l'arrêt;
- des services de consommation supervisée;
- des programmes de rétablissement, de soutien social et de réadaptation.

Il est convenu pour tous que les programmes conviennent à la culture, à l'âge, à l'orientation sexuelle et au sexe. Les hospitalisations et la mortalité associées aux substances psychotropes continuent à diminuer, ce qui est en grande partie dû à la prévention de la surdose, à la disponibilité de produits plus sécuritaires avec une puissance connue, à la

réduction du niveau d'accoutumance et au nombre inférieur d'incidents entraînant des blessures. Les usages cérémoniaux et religieux de drogues psychotropes sont pris en compte. Les normes sociales des jeunes et des jeunes adultes reflètent un manque de tolérance quant à l'usage inapproprié des substances psychotropes. Les risques et les déterminants liés à l'usage des substances psychotropes sont ouvertement discutés dans les écoles et à table.

### **Recherche**

Les avantages thérapeutiques d'une plus large gamme de substances psychotropes sont étudiés et obtenus, alors que des démarches améliorées visant à réduire au minimum les méfaits des substances psychotropes sont étudiées et mises en œuvre.

### **Surveillance et évaluation**

Les données de surveillance révèlent que les taux d'usage problématique de substances et les méfaits qui y sont associés diminuent de façon constante. Une évaluation continue rigoureuse est en place. Elle soutient la responsabilisation pour une gestion efficace et efficiente des substances psychotropes orientée sur la santé publique.

### **Résultat**

L'objectif relatif à la rentabilité de la démarche est atteint et les dépenses associées à l'application de la loi et à l'incarcération sont réduites au minimum. Étant donné que ces produits sont réglementés plus efficacement, les taxes provinciales et fédérales sur les marchés des substances psychotropes soutiennent les coûts associés au système.

L'expérience canadienne est citée en tant que pratique exemplaire internationale quant à l'équilibre trouvé entre la promotion et la protection de la santé publique et de la sécurité publique et les droits des personnes qui consomment des substances.

## **Cadre d'action**

La vision qui vient d'être présentée offre l'infrastructure d'une série de mesures qui, si la vision est adoptée, pourraient établir une démarche de santé publique de gestion des substances psychotropes au Canada. Notre but consiste à démontrer la large gamme d'améliorations possibles, mais nous sommes conscients que des mesures précises tenant compte des intérêts et des préoccupations de tous les intervenants doivent être définies. Nous sommes

également conscients qu'il est impossible de les prendre toutes en compte de façon unilatérale. Cette liste doit plutôt être perçue comme une gamme d'occasions qui pourraient être traitées de façon logique.

### **Sensibilisation, information et connaissances**

L'ACSP demande à la communauté de la santé publique de soutenir :

1. les campagnes de sensibilisation du public canadien quant à la nécessité d'adopter une démarche de santé publique pour la gestion des substances psychotropes illégales;
2. une analyse des positions prises par les partis politiques fédéraux et provinciaux du Canada en ce qui concerne les drogues psychotropes illégales;
3. la surveillance et la diffusion de l'information sur les changements relatifs aux cadres réglementaires et sur les résultats obtenus par les autres pays relativement aux substances psychotropes.

L'ACSP demande au gouvernement du Canada :

1. de lancer et de soutenir un processus visant à définir un nouveau programme de recherche national ainsi qu'une stratégie de transfert et d'échange des connaissances afin de soutenir le passage à une démarche de santé publique de gestion des substances psychotropes illégales;
2. de lancer et de soutenir un processus visant à encourager la recherche sur les traitements de substitution/remplacement des stimulants, sur la médecine psychédélique et sur d'autres usages thérapeutiques des substances actuellement illégales;
3. d'établir une capacité de surveillance nationale pour compiler et diffuser des données exhaustives sur la demande, l'approvisionnement, l'usage, les méfaits, la dépendance, les troubles parallèles et l'accoutumance qui sont liés aux substances psychotropes;
4. de communiquer avec les organisations internationales au sujet de la réforme de la politique liée aux drogues et de collaborer avec celles-ci.

L'ACSP demande à tous les gouvernements, collèges, universités et associations professionnelles :

1. d'intégrer les principes, politiques et pratiques d'une démarche de santé publique de gestion des substances psychotropes illégales aux programmes de base, à la certification et aux cours de formation continue des professionnels des services de santé, de santé publique, paramédicaux, de police et correctionnels.

### **Collaboration en matière de stratégies et d'initiatives**

L'ACSP doit mobiliser une large gamme de partenaires des secteurs publics, privés et non gouvernementaux pour :

1. collaborer relativement à une stratégie de communication et de défense dans le but de promouvoir l'adoption d'une démarche de santé publique de gestion des substances psychotropes illégales au Canada.

L'ACSP demande au gouvernement du Canada :

1. de collaborer avec les partenaires et les intervenants relativement à une stratégie multisectorielle de transfert et d'échange des connaissances afin de soutenir le passage à une démarche de santé publique de gestion des substances psychotropes illégales;
2. de travailler avec les partenaires et les intervenants pour élaborer une stratégie globale de gestion des substances psychotropes basée sur une démarche de santé publique pour le Canada;
3. de redonner la responsabilité de la stratégie antidrogue à Santé Canada;
4. de réintégrer la réduction des méfaits à la politique fédérale relative aux substances psychotropes illégales;
5. d'amorcer et de soutenir un dialogue national multisectoriel sur la politique liée aux drogues qui comprendrait une discussion des valeurs, principes, hypothèses et objectifs qui guideraient la réforme des lois, politiques et programmes;
6. d'entreprendre un processus de consultation pangouvernemental multisectoriel pour préparer l'intervention du Canada à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2016 qui portera sur les drogues illicites;
7. de promouvoir au plan international une démarche fondée sur des données probantes relativement à la politique liée aux drogues en :
  - a. travaillant avec d'autres pays qui mettent en œuvre une démarche de santé publique et en apprenant de ces pays;
  - b. soutenant les autres pays dans leurs efforts de mise en œuvre d'une démarche de santé publique.

L'ACSP demande aux gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux, des Premières nations, Métis et Inuits :

1. d'encourager tous les partenaires et intervenants à formuler des recommandations concernant des politiques, règlements et programmes de gestion des substances psychotropes orientés sur la santé publique et de les soutenir dans cette entreprise;

2. d'établir des structures de coordination pangouvernementales pour s'assurer de la cohérence des démarches politiques relatives aux substances illégales, d'après les objectifs globaux très importants orientés sur la santé publique;
3. de soutenir et d'encourager le dialogue entre les organisations de santé publique et les organisations d'application de la loi pour permettre une compréhension mutuelle et une collaboration relativement au passage à une démarche de santé publique.

L'ACSP demande au gouvernement du Canada :

1. de collaborer à des discussions entre les partis portant sur le passage à une démarche de santé publique de gestion des substances psychotropes au Canada.

### **Prévention primaire – Enfants et jeunes**

L'ACSP demande au gouvernement du Canada :

1. d'améliorer les efforts de sensibilisation des jeunes et d'établir un dialogue national pragmatique sur la promotion de la santé, du bien-être et de la résilience des enfants et des jeunes, sur la prévention de l'usage problématique de substances et sur l'utilisation de mesures fondées sur des données probantes pour prévenir les méfaits chez les enfants et les jeunes.

### **Habilitation, réduction des méfaits et traitement**

L'ACSP demande aux gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux, des Premières nations, Métis et Inuits :

1. de soutenir la mise en œuvre élargie de mesures de réduction des méfaits fondées sur des données probantes, notamment la mise en œuvre de la prévention relative à la surdose et aux agents pathogènes à diffusion hémotogène, lorsque cela correspond aux besoins de leurs collectivités;
2. de collaborer avec d'autres organisations, alliances et coalitions en matière de santé pour élaborer des politiques et des programmes visant à soutenir les services de réduction des méfaits.

L'ACSP demande à tous les gouvernements et à toutes les organisations non gouvernementales pertinentes :

1. de s'engager à faire participer de façon significative les personnes qui consomment des substances à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des lois, politiques et programmes liés aux substances;
2. de défendre la création et le soutien à l'échelle locale et nationale de groupes pour les personnes qui consomment des drogues.

### **Réduction de la stigmatisation et de la discrimination**

L'ACSP demande au Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, à la Commission de la santé mentale du Canada et à d'autres partenaires :

1. de mettre en œuvre les recommandations antistigmatisation et antidiscrimination de la stratégie de traitement nationale et d'étendre les initiatives existantes en matière de santé mentale qui concernent la stigmatisation et la discrimination pour inclure celles associées à l'usage de substances psychotropes.

### **Évaluation**

L'ACSP demande au gouvernement du Canada :

1. d'entreprendre un examen des preuves de l'incidence, de l'efficacité, des coûts et des avantages de la mise œuvre de l'interdiction conformément à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et aux règlements y afférents à l'échelle fédérale, notamment une évaluation des méfaits actuels et un processus de classification des substances psychotropes;
2. de coordonner un processus pangouvernemental et multisectoriel pour s'assurer qu'un processus national d'évaluation et de mesure du rendement cohérent est appliqué à l'ensemble des politiques, programmes et services concernant les substances psychotropes, notamment pour la prévention, la réduction des méfaits, le traitement et l'application de la loi.

L'ACSP demande aux gouvernements fédéral, provinciaux,

territoriaux, des Premières nations, Métis et Inuits :

1. d'entreprendre une analyse économique du rapport coût-efficacité de la démarche d'interdiction et de criminalisation actuelle en comparaison au rapport coût-efficacité d'une démarche de santé publique;
2. d'évaluer l'incidence des politiques qu'ils gèrent pour s'assurer qu'elles soutiennent une démarche de santé publique quant à l'usage de substances illégales;
3. de collaborer à l'élaboration d'une démarche cohérente d'examen, d'évaluation et de partage des résultats des démarches émergentes relativement aux substances illégales;
4. d'intégrer l'évaluation et l'examen à toutes les politiques et à tous les programmes liés aux substances psychotropes.

### **Modification législative**

L'ACSP demande au gouvernement du Canada :

1. de soutenir l'élaboration et l'évaluation de modifications réglementaires orientées sur la santé publique pour la gestion du cannabis au Canada;
2. de prévoir et de mettre en œuvre des démarches législatives orientées sur la santé publique pour les autres substances psychotropes illégales.

# Lexique

**Abus** – Le terme « abus » (et le terme de rechange « utilisation abusive ») est évité car il s'agit d'un terme vague qui stigmatise les personnes qui consomment des drogues. *Les étiquettes morales, telles que « abus de drogues », peuvent laisser entendre que les personnes qui ont des problèmes avec une substance sont de « mauvaises » personnes. Dans d'autres contextes, le terme « abus » est habituellement associé au comportement violent d'une personne qui cause du tort à un enfant, à une personne âgée, à son conjoint ou à un animal. Si une personne se cause du tort en consommant substances, le fait de l'étiqueter comme une personne faisant montre d'abus la découragera probablement de chercher de l'aide.*<sup>(85)</sup>

Dans le récent Rapport mondial sur les drogues, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime reconnaît les problèmes inhérents aux termes « utilisation abusive » et « abus ». « Vu que la distinction entre les expressions « usage » de drogues, « utilisation abusive » et « abus » laisse encore subsister des ambiguïtés d'ordre scientifique et juridique, le présent rapport a opté pour des termes neutres, comme « usage de drogues » ou « consommation ». »<sup>(15)</sup>

**Accessibilité** – La facilité avec laquelle une personne peut obtenir une substance. Elle dépend de la disponibilité ainsi que d'autres mesures de contrôle qui limitent ou facilitent l'achat telles que le prix, les conditions relatives à l'âge et les réseaux sociaux.

**Commercialisation** – Le processus relatif au marketing d'une substance de telle façon que la substance est principalement considérée comme un produit de consommation. Les mesures restrictives liées aux activités de marketing peuvent être incluses de façon secondaire au statut du produit en tant que marchandise librement mise sur le marché. L'accent est mis sur la rentabilité.

**Consommation** – Acte consistant à faire pénétrer une substance dans le corps par ingestion, inhalation, injection ou absorption par les membranes muqueuses ou par la peau.

**Criminalisation** – Rendre punissable en vertu du Code criminel du Canada et des lois y afférents. Le processus entraînant et comprenant le verdict de culpabilité pour une infraction criminelle ainsi que les conséquences suivant la désignation d'un crime<sup>(86)</sup>

**Demande** – La volonté de la population d'acheter des substances à un prix donné<sup>(86)</sup>, qui dépend d'un certain nombre de facteurs, notamment :

- la promotion des produits (p. ex., publicité);
- l'information et l'éducation sur les méfaits et les avantages de la substance;
- les influences bio-psycho-sociales et économiques.

**Décriminalisation** – Interdiction avec sanctions civiles, telles que des amendes et des sanctions administratives.<sup>(50)</sup>

**Déterminants de la santé** – L'ensemble complexe de facteurs ou de conditions suivant qui détermine le niveau de santé de chaque Canadien : niveau de revenus et situation sociale; réseaux de soutien social; niveau d'instruction et littératie; emploi et conditions de travail; environnement social; environnement physique; habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles; développement sain durant l'enfance; patrimoine biologique et génétique; services de santé; sexe; et culture.<sup>(88)</sup>

**Discrimination** – Le traitement injustifié ou préjudiciable de catégories différentes de personnes, en particulier sur la base de la race, de l'âge et du sexe. <sup>(87)</sup>

**Disponibilité** – La probabilité d'être exposé à la possibilité d'obtenir une substance. Par exemple, la disponibilité peut être déterminée par le nombre de points de vente, les restrictions relatives à la densité des points de vente au détail ou les heures d'ouverture.

**Droits de la personne** – Droits qui appartiennent à chaque personne<sup>(87)</sup>

**Fondé sur des données probantes** – Signifie que les processus de prise de décisions liées aux politiques ou aux pratiques comprennent un examen consciencieux et une intégration judicieuse des meilleures données probantes disponibles en matière de recherche, d'expertise professionnelle et de connaissances pratiques. Lorsque le terme « fondé sur des données probantes » est utilisé, il doit toujours être accompagné d'une description claire de la nature des données probantes dont il est question.<sup>(14)</sup>

**Illégal et illicite** – Le terme « illégal » est utilisé par opposition au terme « illicite » en raison des connotations du terme « illicite » qui est associé à un jugement de valeur. Le terme « illicite » est un terme plus général qui a des

connotations morales et éthiques sur ce qui est mal ou mauvais. L'utilisation du terme « illicite » peut laisser entendre que les personnes qui consomment des substances sont de mauvaises personnes, ce qui renforce leur stigmatisation. Le terme « illégal » est un terme objectif qui ancre la discussion sur le statut juridique de la substance et évite les connotations subjectives.

**Inégalités en matière de santé** – Les différences qui sont systématiques et auxquelles on peut remédier relativement à un ou plusieurs aspects de la santé de groupes ou sous-groupes de population définis sur le plan social, économique, démographique ou géographique.<sup>(10)</sup>

**Interdiction** – Politique en vertu de laquelle la culture, la fabrication et la vente (et parfois l'usage) d'une drogue psychotrope sont interdites (même si les ventes pharmaceutiques sont habituellement autorisées). Le terme s'applique en particulier à l'alcool... Le terme « interdiction » est également utilisé pour désigner les proscriptions religieuses liées à l'usage de drogues, en particulier dans les pays islamiques.<sup>(6)</sup>

**Légalisation** – Terme non spécifique qui se rapporte de façon générale au retrait des sanctions pénales pour possession, production, distribution et vente de substances. Elle comprend un certain nombre de mesures telles que la décriminalisation, la dépénalisation et d'autres mesures réglementaires. En raison de sa nature non spécifique, l'utilisation de ce terme est déconseillée en faveur de l'utilisation de termes plus précis, p. ex., :

- Légalisation de fait, c.-à-d. interdiction avec un principe d'opportunisme (les lois ne sont pas mises à vigueur à des étapes sélectionnées)<sup>(50)</sup>
- Légalisation de droit, c.-à-d. lois explicites qui autorisent l'usage<sup>(50)</sup>

Les mesures de prévention comprennent l'analyse de sang à faible barrière, les programmes d'immunisation, le dépistage et l'intervention brève, l'éducation fondée sur des données probantes et le marketing social.

**Promotion** – Elle a lieu sous de nombreuses formes et comprend la publicité, la valorisation de la marque ou du nom, le parrainage, le mécénat, l'association de produits avec des films, le recrutement d'une personnalité principale, l'association de l'usage avec des activités attrayantes telles que le sport, la socialisation, le sexe et les vacances, les réductions de prix (c.-à-d. produits d'appel), l'étiquetage

suggérant le plaisir, l'amélioration de la performance et des avantages surestimés, les associations avec des activités plaisantes, et la création de produits similaires pour les enfants et les jeunes (produits accrocheurs).

**Promotion de la santé** – Définie par la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*<sup>(65)</sup>, il s'agit du processus donnant aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir [déterminer] et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La Charte indique les conditions préalables à la santé, y compris la paix, se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Un des principaux thèmes est l'« action coordonnée par tous les intéressés ».

La Charte indique que les cinq composantes de la promotion de la santé sont :

- l'élaboration de politiques pour la santé;
- la création d'environnements favorables;
- le renforcement de l'action communautaire;
- l'acquisition d'aptitudes individuelles;
- la réorientation des services de santé.

**Protection de la santé** – Comprend des mesures telles que les politiques et les outils juridiques qui contrôlent la chaîne d'approvisionnement pour réduire au minimum le potentiel de méfaits découlant des substances pour les usagers et les personnes touchées de façon secondaire, et comprend les lois sur la production, la fabrication, la vente en gros, la distribution, la vente au détail, la promotion, l'achat et la consommation. On peut citer comme exemples les lois visant à établir des organismes de contrôle gouvernementaux, les heures d'ouverture et la densité des points de vente au détail, les limites d'âge des acheteurs, les obligations de fournir de l'information sur la promotion de la santé ainsi que les exigences relatives à la composition, à l'étiquetage et à la promotion des produits.

**Réduction des méfaits** – Il s'agit d'une intervention pragmatique qui est axée sur le maintien des personnes en sécurité et qui réduit au minimum les décès, maladies et blessures découlant d'un comportement à haut risque. Du point de vue conceptuel, la réduction des méfaits maintient une perception sans jugement de valeur et humaniste

de l'usage de drogues et des usagers de drogues. Elle se concentre sur les méfaits liés à l'usage de drogues plutôt que sur l'usage lui-même. Elle n'insiste pas sur l'abstinence et ne la désapprouve pas, et elle reconnaît le rôle actif des consommateurs de drogues dans les programmes de réduction des méfaits. Elle comprend une série de stratégies et de services visant à améliorer les connaissances, compétences, ressources et soutiens pour que les personnes, familles et collectivités soient plus en sécurité et plus en santé. »<sup>(89)</sup> Les interventions de réduction des méfaits visent à réduire les conséquences négatives sans nécessairement réduire l'usage de drogues et comprennent des mesures telles que des programmes de distribution d'aiguilles, de pipes à crack et d'autres fournitures aux fins de réduction des méfaits, des programmes à base de naloxone à emporter à domicile afin de prévenir les décès par surdose, des thérapies de substitution et de remplacement, des services de consommation supervisée et des programmes de dépistage des drogues de la rue<sup>(90)</sup>.

**Réglementation** – Processus d'établissement de règles juridiques officielles concernant la culture, la production, la distribution, la vente au détail, la promotion de substances psychotropes et d'autres activités connexes, qui repose principalement sur le droit administratif et civil, plutôt que sur le droit pénal, en tant qu'instruments juridiques principaux. Un cadre réglementaire peut comprendre le droit pénal en tant que composant ou des mesures lorsque les actions d'une personne ou d'une entreprise causent du tort à une personne.

**Santé publique** – Activités organisées de la société visant à promouvoir, à protéger, à améliorer et, le cas échéant, à rétablir la santé de personnes, de groupes ou de la population entière. Elle est le fruit d'un ensemble de connaissances scientifiques, d'habiletés et de valeurs qui se traduisent par des actions collectives par l'entremise de programmes, de services et d'institutions visant la protection et l'amélioration de la santé de la population. Le terme « santé publique » peut décrire un concept, une institution sociale, un ensemble de disciplines scientifiques et professionnelles et de technologies, ou une pratique. Elle englobe une large gamme de services, institutions, groupes professionnels, opérations et emplois non spécialisés. La santé publique constitue à la fois une façon de penser, un ensemble de disciplines, une institution de la société et une forme de pratique. Les secteurs de spécialisation en santé publique ne cessent de croître, de même que les habiletés et les connaissances attendues des praticiens de la santé publique.<sup>(60)</sup>

**Stigmatisation** – Processus dans le cadre duquel des personnes sont étiquetées comme différentes et où ces différences sont liées à des stéréotypes négatifs. Les personnes étiquetées sont placées dans des catégories distinctes pour faire la différence entre « eux » et « nous » et l'étiquette entraîne la désapprobation, le rejet, la perte de statut, l'exclusion et la discrimination des personnes victimes de stigmatisation.<sup>(91)</sup>

**Substances psychotropes** – Substances qui lorsqu'elles sont prises ou administrées dans l'organisme d'une personne ont une incidence sur les processus mentaux (p. ex., la cognition). Les substances « psychotropes » ne sont pas nécessairement associées à une dépendance<sup>(6)</sup>. Les exemples typiques comprennent l'alcool, le tabac, le cannabis, les produits dérivés du pavot à opium, les substances psychédéliques telles que les champignons contenant de la psilocybine et les stimulants tels que la cocaïne et les amphétamines.

**Usage** – Consommation de substances avec un but précis en tête. L'usage sous-entend que la consommation a une raison utilitaire.

**Usage problématique de substances** – L'usage problématique de substances fait référence à des situations ou à des types d'usage de substances associés à des problèmes physiques, psychologiques, économiques ou sociaux qui constituent un risque pour la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes, des familles ou des collectivités. Certaines formes d'usage problématique de substances comprennent des types d'usage potentiellement dangereux qui ne constituent pas nécessairement des troubles cliniques, notamment la conduite avec facultés affaiblies, l'usage d'une substance pendant la grossesse, la consommation excessive et les voies d'administration qui accroissent les préjudices. L'usage problématique de substances n'est pas lié au statut juridique de la substance consommée, mais à la quantité consommée, à la façon dont elle est consommée, au contexte dans lequel elle est consommée et, pour finir, au danger potentiel inhérent à sa consommation.<sup>(16)</sup>

# Annexe 1 : Résolutions et actions de l'ACSP en ce qui concerne les substances psychotropes illégales et la réduction des méfaits

- 2011 : L'ACSP signe la Déclaration de Vienne (la déclaration du 18e Congrès International sur le SIDA), une déclaration soulignant que les politiques conventionnelles de gestion des drogues illégales n'ont pas permis d'atteindre les objectifs souhaités et qu'il faut mettre en place d'urgence des démarches de santé publique qui sont fondées sur des données probantes.
- Mai 2011 : L'ACSP se présente devant la Cour suprême du Canada en tant qu'intervenant au nom de Insite. La Cour formule son jugement de principe le 30 septembre 2011.
- 2009 : L'ACSP approuve l'élaboration des Lignes directrices de réduction des risques liés à la consommation du cannabis. Ces lignes directrices sont axées sur la modification des comportements dans le but de réduire les méfaits sur la santé ainsi que sur la modification des profils et pratiques d'usage (utilisation d'un équipement plus sécuritaire).
- Juin 2008 : L'ACSP publie une déclaration recommandant à la Cour suprême de Colombie-Britannique d'exempter Insite de l'application des paragraphes 4 et 5 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.
- 2007 – Résolution no 2 de l'ACSP – Réglementation des substances psychotropes au Canada – demande la création d'un groupe directeur national sur la réglementation des substances psychotropes chargé de proposer des améliorations politiques et réglementaires et guidé par un cadre politique global reposant sur une démarche de santé publique.
- 2004 – Résolution no 3 de l'ACSP – Une démarche de santé publique à l'égard des substances psychotropes – demande à faire valoir qu'une démarche de santé publique soit au cœur de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un cadre d'action national contre les toxicomanies au Canada.
- 1997 – Résolution no 14 de l'ACSP – VIH/sida et usage de drogues injectables. Demande aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'adopter et de mettre en œuvre les recommandations formulées par le Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'utilisation de drogues injectables, publiées dans « Le VIH, le sida et l'usage de drogue par injection : Un plan national. »
- 1993 – Exposé de position de l'ACSP sur le VIH et le sida. Reconnaît que les drogues illégales et l'accoutumance constituent une question de santé publique et que les stratégies de réduction des méfaits telles que l'échange d'aiguilles font partie intégrante de la réduction de la transmission du VIH ainsi que de la promotion et de la protection de la santé générale.

## Annexe 2 : Avantages et méfaits associés aux substances psychotropes

	<b>Avantages</b>	<b>Méfaits</b>
Physiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgésique</li> <li>• Aide à l'endormissement</li> <li>• Diminution du risque de maladie cardiovasculaire</li> <li>• Augmentation de l'endurance, stimulation ou diminution de l'appétit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxicité</li> <li>• Blessures ou décès</li> <li>• Maladies infectieuses ou chroniques</li> <li>• Dommage neurologique et ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale</li> <li>• Aggravation des troubles physiques existants</li> </ul>
Psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaxation</li> <li>• Diminution du stress et de l'anxiété</li> <li>• Augmentation de la vivacité d'esprit</li> <li>• Aide pour faire face à la vie quotidienne</li> <li>• Modification de l'humeur</li> <li>• Plaisir</li> <li>• Amélioration de la performance ou de la créativité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépression</li> <li>• Réflexion altérée</li> <li>• Psychose</li> <li>• Comportements d'adaptation mésadaptés</li> <li>• Dépendance</li> <li>• Accoutumance</li> <li>• Aggravation des troubles mentaux existants</li> </ul>
Sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactions sociales facilitées</li> <li>• Usage religieux, spirituel ou cérémonial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violence familiale</li> <li>• Difficultés financières</li> <li>• Crime</li> <li>• Incidents et infractions impliquant des véhicules</li> <li>• Stigmatisation et discrimination</li> </ul>
Économiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité commerciale et industrielle</li> <li>• Génération de richesse</li> <li>• Création d'emplois</li> <li>• Développement agricole</li> <li>• Génération de recettes fiscales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de productivité</li> <li>• Coûts des services sociaux, de santé et de justice pénale</li> <li>• Dommages matériels</li> <li>• Activités économiques illégales qui évitent la taxation et dénature/altère les marchés légaux</li> </ul>

## RÉFÉRENCES

1. Anonyme. Globe and Mail. 16 avril, 2012.
2. The White House. *A drug policy for the 21st century*. <http://www.whitehouse.gov/ondcp/drugpolicyreform>. 2013.
3. Conseil des agents de santé de la Colombie-Britannique. *Public health perspectives for regulating psychoactive substances - What we can do about alcohol, tobacco and other drugs*, 2011.
4. Perry S, Reist D. *Words, values, and Canadians: A report on the dialogue at the national symposium on language*, Vancouver. University of Victoria; 2006.
5. La déclaration de Vienne <http://www.viennedeclaration.com/index.html>. 2010.
6. Organisation mondiale de la santé. *Lexique terminologique de l'OMS sur l'alcool et les drogues*. Organisation mondiale de la santé; 2010.
7. Booth M. *Opium: A history*. New York, NY: Thomas Dunn Books; 1996.
8. Booth M. *Cannabis: A history*. London, England: Transworld Publishers; 2003.
9. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *The challenge of new psychoactive substances*. 2013.
10. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. Genève : Organisation mondiale de la santé. 2008.
11. Canadian Association of People Who Use Drugs. *Collective voices effecting change. Rapport final de la réunion nationale des organismes de personnes qui utilisent des drogues dirigées par les pairs*. Avril 2014.
12. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam G, Patra J, et al. *Coûts de l'abus de substances au Canada, 2002*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Mars, 2006.
13. Conseil consultative national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. 2013.
14. Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*, 2012. 2013.
15. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondiale sur la drogue*. Nations Unies. 2013.
16. BC Ministry of Health Services. *Every door is the right door*. Government of British Columbia; 2004.
17. Anonyme. *A path forward: A provincial approach to facilitate regional and local planning and action*. Régie de la santé des Premières Nations, Ministère de la santé de la Colombie-Britannique et Santé Canada. 2013.
18. Agence de la santé publique du Canada. *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada*, 2008. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2009.
19. Rehm J, Gnam W, Popova S, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, et al. *The costs of alcohol, illegal drugs, and tobacco in Canada*, 2002. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007 11;68(6):886-95.
20. Lim S, et al. *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010*. *Lancet*. 2012;380:2224-60.
21. Vérificateur général du Canada. *Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral*. Ottawa : Bureau du vérificateur général du Canada; 2001.
22. Wyler L. S. *Report to congress; international drug control policy*; Congressional Research Service; 2008 June 23.
23. Rhodes T. *Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach*. *International Journal of Drug Policy*. 2009.
24. University of Victoria et Association canadienne pour la santé mentale. *Understanding substance use, a health promotion perspective*. 2013
25. Muller C, Schumann G. *Drugs as instruments: A new framework for non-addictive psychoactive drug use*. *Behavioural and Brain Science*. 2011;34:293-347.
26. Galea S. et al. *The social epidemiology of substance use*. *Epidemiologic Reviews*. 2004;26.
27. Pauly B. *Harm reduction through a social justice lens*. *International Drug Policy Journal*. 2008;19:4-10.
28. Spooner C, Heatherington K. *Social determinants of drug use: Technical report number 228*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales; 2004.
29. Stockwell T. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. Chichester, England ; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2005.
30. Kendall P. *Health, crime, and doing time; Office of the provincial health officer*. Victoria, BC: Government of British Columbia. 2013.
31. Reinerman C. *The social construction of drug scares in constructions of deviance: Social power, context, and interaction*. In: P. and P. Adler, editor. Wadsworth Publishing Co.; 1994. p. 92-103.
32. Jelsma M. *The development of international drug control: Lessons learned and strategic challenges for the future*. *Global Commission on Drug Policies*. 2011.
33. Gouvernement du Canada. *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. 1996.
34. Gouvernement du Canada. *Règlement sur la marijuana à des fins médicales*. 2013.
35. Anonyme. *L'Histoire et l'évolution des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants*. Bibliothèque du Parlement. 2001.
36. Giffen PJ, Endicott S, Lambert S. *Panic and indifference: The politics of Canada's drug laws: A study in the sociology of law*. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 1991.
37. Nolin PC. *Le cannabis: Positions pour un régime de politique publique pour le Canada – Rapport du comité spécial du sénat sur les drogues illicites*. Ottawa: Sénat du Canada; 2002.
38. Stop the violence BC <http://stoptheviolencebc.org/>.
39. Procureur général. *Former attorneys general endorse stop the violence BC*.
40. Coalition canadienne des politiques sur les drogues. *Se rendre au lendemain : Un rapport sur les politiques canadiennes sur les drogues*. 2013.
41. Marks J. *The paradox of prohibition*. In: Brewer C, editor. *Treatment options in addiction: medical management of alcohol and opiate use*. London: Gaskell; 1993. p. 77-85.
42. Beauchesne L. *Les drogues: Les coûts cachés de la prohibition*. Lanctôt Éditeur. 2005; Outremont, QC:175-81.
43. Werb D, Kerr T, Nosyk B, Strathdee S, Montaner J, Wood E. *The temporal relationship between drug supply indicators: An audit of international government surveillance systems*. *BMJ Open*. 2013;3:e003077.
44. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, et al. *Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis and cocaine use: Findings from the WHO world mental health survey*. *PLoS Medicine*. 2008;5(7):e141.
45. Babor T, et al. *Alcohol: No ordinary commodity: Research and public policy*. Oxford University Press, 2010, New York, NY.
46. Instituts de recherche en santé du Canada. *Researching the hardest to reach--treating the hardest-to-treat: Summary of the primary outcomes of the North American opiate medication initiative (NAOMI) summary*. 2008.
47. DeBeck K, Wood E, Montaner J, Kerr T. *Canada's 2003 renewed drug strategy - an evidence-based review*. *HIV/AIDS Policy and Law*. 2006 December;11(2/3):1-11.
48. Kerr T, Small W, Wood E. *The public health and social impacts of drug law enforcement: A review of the evidence*. *International Journal of Drug Policy*. 2005;16:210-220.
49. Werb D, Rowell G, Kerr T, Guyatt G, Montaner J, Wood E. *Effect of drug law enforcement on drug-related violence: Evidence from a scientific review*. Vancouver: Urban Health Research Initiative, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS; 2010.
50. Room R, Fischer B, Hall W, Lenton S, Reuter P. *Cannabis policy: Moving beyond stalemate*. Oxford; New York: Oxford University Press; 2010.
51. Barrett D, Lines R, Schliefer R, Elliot R, Bewley-Taylor D. *Recalibrating the regime: The need for a human rights based approach to drug policy*. UK: The Beckley Foundation and the International Harm Reduction Association; 2008.
52. Carstairs C. *Jailed for possession: Illegal drug use, regulation, and power in Canada, 1920-1961*. Toronto: University of Toronto Press; 2006.
53. Saucier R, Wolfe D, Kingsbury K, Silva P. *Treated with cruelty: Abuses in the name of rehabilitation & treatment or torture? Applying international human rights standard to drug detention centers*. New York, NY. Open Society Foundations; 2011.
54. Count the costs <http://www.countthecosts.org/>.
55. Nutt D, King L, Nichols D. *Effects of schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation*. *Nature Reviews Neuroscience*. 2013;14(8):577-85.
56. Global Commission on Drug Policy. *The war on drugs and HIV/AIDS: How the criminalization of drug use fuels the global pandemic*. 2012.
57. Global Commission on Drug Policy. *War on drugs: Report of the global commission on drug policy*. Global Commission on Drug Policy; 2011 June.
58. Room R, Reuter P. *How well do international drug conventions protect public health?* *The Lancet*. 2012 7;379(9810):84-91.
59. Organization of American States. *The drug problem in the Americas*. Organization of American States. 2013.
60. Last J. *A dictionary of public health*. Oxford University Press; 2006.
61. Frank J, Di Ruggiero E, Moloughney B. *Proceedings of the "Think tank on the future of public health in Canada" Calgary, May 10, 2003*. *Revue canadienne de santé publique*. 2004;95(1):6-11.
62. Anonyme. *Improving public health infrastructure in Canada*. Ottawa: Santé Canada; 2005.
63. *Charte canadienne des droits et libertés*. 1982.
64. Réseau juridique canadien VIH/sida. *Nothing about us without us*

- greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical, and human rights imperative. Réseau juridique canadien VIH/sida. 2005.
65. Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. 1986, Ottawa.
  66. Angus Reid Opinion Poll. *Most Americans and Canadians are ready to legalize marijuana*. Angus Reid Public Opinion. November 28 2012.
  67. Angus Reid Opinion Poll. *Support for legalization and decriminalization*. Angus Reid Public Opinion. October 23 2012.
  68. Armenta A. *Drug policy guide*. International Drug Policy Consortium; 2010 March.
  69. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*. 2005.
  70. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *L'Union fait la force : Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu communautaire*. 2010.
  71. UK Drug Policy Commission. *Charting new waters: Delivering drug policy at a time of radical reform and financial austerity*. 2012.
  72. Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement. *Approche systématique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. 2008.
  73. City of Vancouver, Drug Policy Program. *Preventing harm from psychoactive substance use*. City of Vancouver, 2005.
  74. Toronto Drug Strategy Advisory Committee. *The Toronto drug strategy: A comprehensive approach to alcohol and other drugs*. 2005.
  75. Gouvernement du Canada. *Stratégie nationale antidrogue*. 2012.
  76. Beauchesne L. *Les drogues: Législation et promotion de la santé*. Bayard Canada Livres. 2006; Montreal, QC:173-7.
  77. UNICEF Office of Research. *Child well-being in rich countries: A comparative overview*. Florence: UNICEF Office of Research. Report No.: Innocenti Report Card 1, 2013.
  78. Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh D, Lauzon P. *Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction*. *New England Journal of Medicine*. 2009;361(8):777-86.
  79. Nosyk B, Guh DP, Bansback NJ, Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, et al. *Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment*. *Can Med Assoc J*. 2012;184(6):317-28.
  80. Woo A. *B.C. doctors given health Canada approval to prescribe heroin*. *The Globe and Mail – British Columbia*. 2013.
  81. Wood E, Tyndall M, Montaner J, Kerr T. *Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility*. *Can Med Assoc J*. 2006;175(11):1399.
  82. Greenwald G. *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*: Cato Institute; 2009.
  83. Hughes C, Stevens A. *What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?* *Br J Criminol*. 2010 11;50(6):999- 1022.
  84. Government of New Zealand. *Psychoactive substances*. <http://www.health.govt.nz/our-work/regulation-health-and-disability-system/psychoactive-substances>.
  85. Government of British Columbia. *Healthy minds, healthy people* Monitoring progress: First annual report 2011.
  86. Babor T, et al. *Drug policy and the public good*. UK: Oxford University Press; 2010.
  87. *The Canadian oxford dictionary*. Barber K, editor. Don Mills Ontario: Oxford University Press; 1998.
  88. Gouvernement du Canada. *Déterminants de la santé*. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>.
  89. BC Ministry of Health. *Harm reduction*. <http://www.health.gov.bc.ca/cdms/harmreduction.html>.
  90. Benschop A, Rabes M, Korf D. *Pill testing, ecstasy, and prevention: A scientific evaluation in three European cities*. Rozenburg Publishers, Amsterdam. 2002.
  91. Battin MP, et al. *Drugs and justice*. Oxford University Press ed. Oxford. 2008.
  92. Nations Unies. *Collection des traités des Nations Unies*. <https://treaties.un.org/Home.aspx?lang=fr>



Fondée en 1910, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) est le porte-parole de la santé publique au Canada. Son indépendance, ses liens avec la communauté internationale et le fait qu'elle est la seule organisation non gouvernementale canadienne à se consacrer exclusivement à la santé publique font qu'elle est idéalement placée pour conseiller les décideurs à propos de la réforme du réseau de santé publique et pour orienter les initiatives visant à protéger la santé individuelle et collective au Canada et dans le monde. Avec son effectif diversifié issu de plus de 25 professions, son efficacité démontrée, son approche collaborative et son envergure nationale, l'ACSP est le leader canadien en santé publique.

[www.cpha.ca](http://www.cpha.ca)