

Synthèse des connaissances : actions novatrices en matière de substances psychoactives « illicites »

Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

Mai 2016

AUTEUR

François Gagnon, Ph. D.
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

MISE EN PAGE

Samia Abdelbaki, technicienne administrative
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

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

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

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

Dépôt légal — 2^e trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-75737-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Remerciements

Les personnes suivantes ont généreusement participé au comité de travail. Les plus sincères remerciements leur sont adressés.

- Alexandra de Kiewit, Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues
- Benjamin Denis, ministère de la Sécurité publique du Québec
- Érick Plourde, Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues
- Karina Côté, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Lina Noël, Institut national de santé publique du Québec
- Maude Chapados, Institut national de santé publique du Québec
- Nicole April, Institut national de santé publique du Québec
- Réal Morin, Institut national de santé publique du Québec
- Richard Cloutier, Institut national de santé publique du Québec
- Roseline Lambert, Institut national de santé publique du Québec
- Sonia Morin, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Les personnes suivantes ont généreusement commenté ou fait des suggestions au sujet d'une partie ou de l'ensemble des travaux. Les plus sincères remerciements leur sont aussi adressés.

- Éric Langlois, Institut national de santé publique du Québec
- François Benoit, Institut national de santé publique du Québec
- Jean-Sébastien Fallu, École de psychoéducation, Université de Montréal
- Pierre-André Dubé, Institut national de santé publique du Québec
- Serge Brochu, Vice-rectorat à la recherche, la création et l'innovation, Université de Montréal
- Valérie Webber, Institut national de santé publique du Québec

Nous remercions particulièrement Élisabeth Mercier, qui a effectué la recherche de la littérature évaluative et contribué à certaines amorces d'analyse des interventions.

Table des matières

Liste des tableaux	V
Liste des figures	VII
Liste des sigles et acronymes	IX
Contexte	1
Introduction	3
1 Méthodologie	9
1.1 La définition de l’objet de la synthèse	9
1.2 La revue de la littérature	11
1.3 L’appréciation méthodologique des évaluations	13
2 Le régime québécois : état actuel et marge de manœuvre pour innover	19
2.1 Les quatre piliers du régime québécois en matière de substances illicites.....	19
2.2 La marge de manœuvre du Québec dans le contexte juridique canadien	29
3 Un survol des pistes d’action	31
3.1 Programmes d’éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone (PEPPSN).....	31
3.1.1 Description	31
3.1.2 Logique d’action et objectifs	32
3.1.3 Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	33
3.1.4 Les évaluations	33
3.1.5 Aspects juridiques.....	36
3.1.6 L’intervention en contexte québécois.....	37
3.2 Services de consommation supervisée (SCS).....	39
3.2.1 Description	39
3.2.2 Logique d’action et objectifs	40
3.2.3 Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	41
3.2.4 Les évaluations	42
3.2.5 Aspects juridiques.....	44
3.2.6 L’intervention en contexte québécois.....	44
3.3 Programmes d’échange de seringues en prison (PESP)	45
3.3.1 Description	45
3.3.2 Logique d’action et objectifs	46
3.3.3 Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	47
3.3.4 Les évaluations	47
3.3.5 Aspects juridiques.....	50
3.3.6 L’intervention en contexte québécois.....	51
3.4 Programmes de logements à bas seuil d’accessibilité (PLBSA).....	52
3.4.1 Description	52
3.4.2 Logique d’action et objectifs	53
3.4.3 Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	54
3.4.4 Les évaluations	54
3.4.5 Aspects juridiques.....	61
3.4.6 L’intervention en contexte québécois.....	61

3.5	Programmes de distribution de matériel d'inhalation pour le crack (PDMIC)	62
3.5.1	Description	62
3.5.2	Logique d'action et objectifs.....	62
3.5.3	Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	63
3.5.4	Les évaluations.....	63
3.5.5	Aspects juridiques.....	68
3.5.6	L'intervention en contexte québécois.....	68
3.6	Programmes de prévention et d'analyse de substances en milieu festif (PPASMF)	69
3.6.1	Description	69
3.6.2	Logique d'action et objectifs.....	69
3.6.3	Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	70
3.6.4	Les évaluations.....	70
3.6.5	Aspects juridiques.....	72
3.6.6	L'intervention en contexte québécois.....	73
3.7	Commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT)	74
3.7.1	Description	74
3.7.2	Logique d'action et objectifs.....	75
3.7.3	Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	77
3.7.4	Les évaluations.....	77
3.7.5	Aspects juridiques.....	82
3.7.6	L'intervention en contexte québécois.....	83
3.8	Régimes de contravention pour le cannabis (RCC).....	85
3.8.1	Description	85
3.8.2	Logique d'action et objectifs.....	85
3.8.3	Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	86
3.8.4	Les évaluations.....	87
3.8.5	Aspects juridiques.....	94
3.8.6	L'intervention en contexte québécois.....	94
3.9	Tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT)	95
3.9.1	Description	95
3.9.2	Logique d'action et objectifs.....	96
3.9.3	Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	97
3.9.4	Les évaluations.....	98
3.9.5	Aspects juridiques.....	106
3.9.6	L'intervention en contexte québécois.....	107
3.10	Appréciation méthodologique transversale.....	108
3.11	Bilan des évaluations	111
	Conclusion.....	115
	Références.....	119
	Annexe 1 La stratégie de recherche documentaire.....	131

Liste des tableaux

Tableau 1	Comparaison de l'offre de services et de programmes en 2014	28
Tableau 2	Les effets des PESP	49
Tableau 3	Pourcentage des personnes qui rapportent des conséquences sociales à la suite de leur sanction par contravention ou par la voie criminelle.....	89
Tableau 4	Les effets des TTT sur la récidive	104

Liste des figures

Figure 1	Des effets positifs aux effets négatifs des usages des substances psychoactives.....	1
Figure 2	Les accusations pour des infractions à la LRCDAS au Québec, 2007-2012.....	21
Figure 3	La logique d'action des PEPPSN.....	32
Figure 4	La logique d'action des SCS.....	41
Figure 5	La logique d'action des PESP.....	46
Figure 6	La logique d'action des PLBSA	53
Figure 7	La logique d'action des PDMIC	63
Figure 8	La logique d'action des PPASMF	70
Figure 9	Des symptômes liés à des substances émergentes identifiées dans le cadre d'un système d'alerte.....	74
Figure 10	La logique d'action des CDT.....	76
Figure 11	La logique d'action des RCC	86
Figure 12	Contraventions distribuées et expiées en Australie du Sud de 1987 à 1998.....	92
Figure 13	Actions légales totales, accusations criminelles et contraventions en Nouvelle-Galles-du-Sud, 1997-2003 (taux par 100 000 adultes)	93
Figure 14	La logique d'action des TTT.....	97

Liste des sigles et acronymes

ACCP	Association canadienne des chefs de police
AQPSUD	Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BOCSAR	Bureau of Crime Statistics and Research (Nouvelles Galles du Sud, Australie)
CAMI	Centre d'accès au matériel d'injection
CCIC	Consortium canadien pour l'investigation des cannabinoïdes
CCLAT	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
CDT	Commission de dissuasion de la toxicomanie
CIHECH	<i>Collaborative Initiative to Help End Chronic Homelessness</i>
DESC	<i>Downtown Emergency Service Center</i>
DPCP	Directeur des poursuites criminelles et pénales
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LAD	Loi sur les aliments et drogues
LRCDas	Loi réglementant certaines drogues et autres substances
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec
MJQ	Ministère de la Justice du Québec
MSP	Ministère de la Sécurité publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NAOMI	<i>North American Opiate Medication Initiative</i>
OBNL	Organisme à but non lucratif
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUJDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida
PDMIC	Programme de distribution de matériel d'inhalation pour le crack
PEPPSN	Programme d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone
PES	Programme d'échange de seringues
PESP	Programme d'échange de seringues en prison
PLBSA	Programmes de logement à bas seuil d'accessibilité
PPASMF	Programme de prévention et d'analyse de substances en milieu festif
RCC	Régime de contravention pour le cannabis
REACH	<i>Reaching Out and Engaging to Achieve Consumer Health</i>
SCC	Service correctionnel du Canada
SCS	Service de consommation supervisée
SIS	Service d'injection supervisée
SLITSS	Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang
TTT	Tribunal de traitement de la toxicomanie
UD	Usager de drogues
UDI	Usager de drogues par injection

Contexte

En 2011, le D^r Alain Poirier était directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). C'est à ce titre qu'il a été interpellé par certains de ses collègues du Conseil des médecins hygiénistes en chef du Canada. Ceux-ci l'ont questionné au sujet du positionnement des autorités québécoises en matière de politiques publiques sur les substances psychoactives. Le D^r Poirier a alors sollicité la collaboration de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin de soutenir une réflexion collective à ce sujet au sein de la communauté de santé publique. Les enjeux entourant les cadres de contrôle des substances « licites » (le tabac et l'alcool, par exemple) étaient alors déjà bien connus et le positionnement des autorités de santé publique québécoises en matière de politiques publiques à leur effet, relativement bien défini. L'INSPQ a donc proposé l'organisation d'un symposium pour clarifier les enjeux de santé publique liés spécifiquement aux substances psychoactives illicites et à leur régime de contrôle actuel.

Quelques constats principaux se sont dégagés de ce symposium. D'abord, certains usages de ces substances semblent avoir des effets bénéfiques. Un autre des constats principaux est que plusieurs usages ont aussi des impacts importants à l'échelle populationnelle. La figure 1 illustre bien ces deux constats.

Figure 1 Des effets positifs aux effets négatifs des usages des substances psychoactives

BÉNÉFIQUE	ÉPISODIQUE/ NON-PROBLÉMATIQUE	PROBLÉMATIQUE	DÉPENDANCE CHRONIQUE
<i>Utilisation qui a des effets positifs sociaux, spirituels ou sur la santé.</i>	<i>Utilisation récréative, épisodique ou autre qui a des effets sociaux ou sur la santé négligeables</i>	<i>Utilisation qui commence à avoir des conséquences néfastes pour la personne, les amis, la famille ou la société</i>	<i>Utilisation devenue habituelle et compulsive malgré des effets sociaux et sur la santé négatifs</i>

Source : Carter (2013, p. 18).

Un peu dans le même ordre d'idées, le régime prohibitif par lequel on cherche principalement à mitiger ces effets présente apparemment certains bienfaits. Néanmoins, sur certains plans, ce régime semble peu efficace, et même exacerberait ou générerait lui-même des problèmes sociaux et de santé publique. Tout cela appelle donc les autorités de santé publique à faire une analyse attentive afin de bien cerner ces difficultés et de proposer des réponses adéquates.

Certaines juridictions ont développé des pistes d'intervention qui, s'éloignant plus ou moins de la prohibition, semblent offrir des bénéfices sur le plan de la santé publique. Il nous a paru intéressant de poursuivre les travaux afin d'examiner plus avant ces pistes d'intervention et d'en analyser les tenants et aboutissants dans le contexte québécois. La présente synthèse des connaissances effectue un tel examen afin d'éclairer les discussions à propos du dispositif d'action québécois sur les substances psychoactives qui se mèneront dans les prochaines années.

Elle fait partie d'un ensemble de travaux menés en collaboration par l'INSPQ et le MSSS afin d'améliorer les effets bénéfiques et mitiger les effets négatifs du régime politique actuel en matière de substances psychoactives illicites. En plus du symposium évoqué, l'INSPQ a par exemple appuyé les travaux du comité interministériel sur les rapports entre les programmes d'échange de seringues et

les services policiers dont le MSSS fut l'initiateur (Noël, 2013). Cette synthèse s'inscrit donc dans la continuité de ces travaux visant à trouver, à l'intérieur de notre régime de contrôle des substances illicites, des aménagements permettant de faire face à des phénomènes préoccupants et par rapport auxquels ce régime ne semble pas actuellement le mieux organisé. Plusieurs personnes consommant des drogues décèdent ou vivent avec les conséquences morbides, parfois très importantes, de surdoses, lesquelles sont pourtant en bonne partie évitables. Les épidémies de VIH et d'hépatites (B et C) parmi les personnes UDI sont bien connues, et on a réussi ailleurs à les contenir davantage qu'ici. Une grande proportion des personnes vivant en situation d'itinérance de rue de manière chronique sont aux prises avec des problèmes importants de santé mentale et de toxicomanie. Le fait qu'elles vivent avec ces problèmes dans les espaces publics est au cœur de tensions communautaires. Les sanctions punitives ne sont pas toujours productives ni respectueuses de la situation de ces personnes. La prise en charge des problèmes sévères de toxicomanie et de santé mentale par des actions punitives est en effet largement vue comme enfermant des personnes dans un cycle de marginalisation. Une prise en charge sociale et sanitaire semble à première vue plus respectueuse des difficultés auxquelles ces personnes font face.

À terme, et par ailleurs, nous souhaitons que ces travaux permettent à la communauté de santé publique de réfléchir et de se positionner de manière plus globale en ce qui a trait à la régulation des rapports entre la population québécoise et les substances psychoactives, qu'elles soient licites ou illicites. Le but de cette synthèse n'est pas de mettre un point final aux débats au sujet des actions publiques qui doivent être mises en œuvre pour résoudre ces difficultés. Il s'agit plutôt de trouver des pistes d'intervention qui semblent porteuses et de soupeser certains enjeux d'efficacité, de faisabilité et d'acceptabilité pour éclairer les discussions collectives qui doivent être menées.

Introduction

Cette synthèse de connaissances¹ concerne une série d'interventions qui présentent un potentiel pour amplifier les effets bénéfiques et réduire les effets négatifs de notre régime actuel de contrôle des substances psychoactives dites illicites. On utilise couramment le terme « prohibition » pour parler de ce régime de contrôle. Le plus souvent, ce terme évoque exclusivement les activités policières, juridiques et correctionnelles qui s'appuient sur la loi fédérale intitulée *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS). C'est en effet à travers la LRCDAS que le législateur fédéral définit un certain nombre de substances psychoactives et détermine diverses sanctions criminelles pour des infractions de possession, de trafic, d'importation, d'exportation et de production de ces substances. Ces sanctions sont appliquées par les corps policiers, les tribunaux et les services correctionnels².

Cet usage courant de la notion de prohibition est toutefois réducteur et dû à un certain nombre de malentendus. Un des aspects les plus importants autour duquel règnent ces malentendus est la nature même de ce qui est prohibé. Par exemple, on lit ou on entend couramment que la prohibition concerne les usages récréatifs ou à des fins non médicales de certaines substances qui seraient illicites. Or, il est d'emblée utile de préciser, aux fins de compréhension, que les usages récréatifs de ces substances désignées ne sont pas les seuls à être prohibés : par exemple, les usages religieux ou spirituels, les usages à des fins d'automédication et les usages visant une amélioration de la performance sportive, scolaire ou professionnelle le sont également.

Ces malentendus sont aussi manifestes dans l'utilisation, courante (et adoptée dans cette synthèse pour des fins de compréhension), de l'expression « substances illicites ». La LRCDAS emploie plutôt la formulation « substance désignée ». Cela n'est pas anodin. Plusieurs substances, comme les opioïdes, ne sont pas susceptibles d'être l'objet d'interventions pénales si elles sont produites, distribuées ou utilisées dans des cadres médicaux, paramédicaux ou scientifiques sanctionnés. Elles ne sont donc pas illicites, mais désignées aux fins d'un encadrement de leurs divers usages, dont certains sont prohibés, mais pas d'autres. En ce sens, il faut d'ailleurs voir que certains de ces usages médicaux, paramédicaux ou scientifiques sont prohibés. La LRCDAS et une série d'autres lois, règlements et programmes encadrent en effet ces usages, et délimitent ainsi ce qui est permis et prohibé en la matière. Par exemple, l'apaisement de certains symptômes de la sclérose en plaques avec la marijuana, une substance désignée, est une pratique médicale permise au Canada. Or, en vertu du programme fédéral d'accès à la marijuana thérapeutique, celle-ci demeure une substance désignée au sens de la LRCDAS. Par conséquent, le patient et son médecin sont soumis à l'obligation de déclarer que les « traitements conventionnels » pour cette maladie ont été « tentés ou étudiés, et se sont avérés inefficaces ou inadéquats sur le plan médical pour traiter votre problème de santé³ ».

¹ Une version abrégée de ce travail est intitulée « Pistes d'action novatrices en matière de substances psychoactives « illicites ». Elle est disponible dans le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2134>.

² Rehm *et al.* (2006) ont d'ailleurs estimé en 2002 que les coûts d'application de la loi (par les services policiers, les tribunaux et les services correctionnels) en matière de drogues illicites étaient de 2,3 milliards de dollars au Canada. Si l'effort par habitant est globalement le même dans chacune des provinces, ces coûts doivent alors s'élever à environ 600 millions au Québec. Ce montant inclut toutefois des coûts additionnels, comme ceux associés à la conduite avec facultés affaiblies : on ne peut donc pas dire que ces 600 millions sont tous consacrés aux activités liées à la LRCDAS, même si une très large part de cette somme y est probablement consacrée.

³ Lien consulté le 3 octobre 2013 : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/how-comment/eligible-admissible-fra.php>

Par conséquent, il paraît plus adéquat de poser la prohibition non comme un régime d'interdiction absolue, mais comme un régime d'encadrement interdisant et autorisant à la fois divers usages, la production et la distribution de certaines substances psychoactives. L'article 56 de la LRCDAS illustre bien la logique générale du régime prohibitif actuellement en vigueur au Canada :

S'il estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient, le ministre peut, aux conditions qu'il fixe, soustraire à l'application de tout ou partie de la présente loi ou de ses règlements toute personne ou catégorie de personnes, ou toute substance désignée ou tout précurseur ou toute catégorie de ceux-ci⁴. (Canada 1996, p. 41-42)

D'ailleurs, la première loi prohibitionniste au pays était justement intitulée « Loi prohibant l'importation, la fabrication et la vente de l'opium à toutes fins autres que celles de la médecine » (il est plus fréquent de l'appeler la « Loi sur l'opium »). Adoptée en 1908, elle fut formulée dans un esprit similaire de restriction de la production, de la distribution et de la consommation à certains des usages médicaux de l'opium alors en vigueur. Plutôt qu'une simple interdiction absolue, elle comportait déjà cette double dimension d'interdiction (hors des cadres médicaux) et d'autorisation (de certaines pratiques médicales). La loi qui l'a remplacée en 1911, intitulée « Loi à l'effet de prohiber l'usage illicite de l'opium et autres drogues », affina d'ailleurs cette logique. On y précisait en effet ce qui n'était pas du ressort médical (fumer de l'opium), et on y introduisait certaines autres fins justifiant l'usage (par exemple, des fins vétérinaires et scientifiques). La logique générale sous-tendant notre régime de contrôle prohibitif consiste donc depuis ses origines à signaler la dangerosité de certaines substances psychoactives et à en limiter l'accessibilité à certaines fins médicales, paramédicales et scientifiques. C'est de cette façon que l'on cherche à limiter la consommation des substances en question et les problèmes de santé et de sécurité publiques qui en découlent.

La prohibition, ainsi plus largement entendue, est l'objet de nombreuses remises en question qui se font notamment au nom de certains problèmes de santé ou de sécurité publiques contre lesquels elle serait inefficace, ou même qu'elle accentuerait ou occasionnerait. Ces remises en question, qui sont toujours l'objet de francs débats, reposent sur les deux principaux mécanismes d'action affichés de la prohibition, à savoir le signalement de la dangerosité des substances désignées et la réduction de leur accessibilité. Par exemple, des critiques de la prohibition notent que les efforts de décriminalisation menés dans certains pays n'ont pas mené à une augmentation importante de la consommation. Selon ces critiques, le « message » de dangerosité des drogues que devrait envoyer l'interdiction, et la capacité de la prohibition à en réduire la disponibilité et l'accessibilité, seraient donc invalidés. Un des moments phares de cette remise en question au Canada est sans doute la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, mieux connue comme la commission Le Dain, du nom de son président. Cette commission fédérale a produit, au début des années 1970, quatre rapports sur divers enjeux traversant la régulation des substances illicites, et de manière centrale sur ceux entourant les lois sur les drogues et leur application. Un de ces rapports concernait spécifiquement le cannabis. La majorité des commissaires a alors recommandé le maintien des sanctions pénales pour le trafic, mais l'abrogation des sanctions pénales ou la décriminalisation pour ce qui est de la possession et de certaines formes de culture. Un commissaire recommandait par ailleurs le statu quo alors qu'une autre prônait la légalisation du cannabis (Le Dain 1972). Dans son rapport final, qui concernait la régulation de l'ensemble des autres substances alors désignées comme illicites, la majorité des commissaires recommandait le statu quo législatif et une d'entre eux recommandait leur légalisation (Le Dain 1973).

⁴ On remarque que la Loi permet aussi des exemptions pour des raisons d'intérêt public. Les moments et les manières dont cette notion est mobilisée dans les évaluations et les autorisations d'exemption ne sont pas des questions qui ont été éclaircies, à notre connaissance.

Évoquer les rapports de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales permet de mettre rapidement en évidence les deux plus grandes formes que prennent les remises en question de l'approche prohibitionniste, ici comme ailleurs dans le monde. Ces formes perdurent jusqu'à aujourd'hui et ont provoqué des effets bien différents en matière de politiques publiques. La première forme repose sur un jugement global d'inefficacité ou de déficit d'efficience, voire de contre-productivité de la prohibition. Cette forme de remise en question a sans doute alimenté les délibérations publiques à propos des bienfaits et des méfaits allégués de la prohibition. Mais sa conclusion pratiquement inévitable — à savoir qu'il faudrait réguler l'ensemble du cycle de production-distribution-consommation de toutes les substances illicites en éliminant les sanctions criminelles et en s'inspirant des modèles de régulation des substances dites licites — n'a eu aucune suite jusqu'à présent.

La seconde forme de remise en question repose sur un constat d'inefficacité ou de contre-productivité de certaines dimensions particulières de la prohibition. Ces questions portent, par exemple, sur les conséquences pragmatiques du régime de contrôle prohibitionniste (pourquoi le cannabis est-il traité sur le même plan que les « drogues dures »?); sur les effets de la prohibition sur des personnes souffrant de toxicomanie (pourquoi criminaliser des personnes en raison de leur maladie?); ou encore, plus récemment, sur la libéralité apparente des pratiques de prescription médicale (pourquoi prescrit-on autant et en aussi fortes doses des opioïdes dans la prise en charge des douleurs chroniques?). Ces critiques plus partielles de la prohibition ont fondé des changements souvent considérables dans certains régimes de politiques publiques. Par exemple, les Pays-Bas ont instauré dans les années 1970 un système de permis autorisant certains tenanciers d'établissements (les fameux *coffee shops*) à vendre de la marijuana et permettant aux personnes qui l'y achètent d'en consommer sans être passibles de sanctions criminelles. Les autorités néerlandaises voulaient traiter cette substance différemment des « drogues dures » et forcer ainsi une séparation de leurs marchés respectifs — l'idée étant que les consommateurs de marijuana seraient moins exposés à l'offre de ces « drogues dures » et donc moins tentés de les adopter.

En outre, au tournant des années 1980, la détection de l'épidémie du VIH dans les populations de personnes UDI a été un catalyseur important du développement d'une série d'initiatives de réduction des méfaits, ou des risques, que l'approche prohibitive paraissait impuissante à contenir. Dans l'historiographie de la réduction des méfaits, une notion d'origine anglophone (c'est la traduction de *harm reduction*), on attribue souvent à la municipalité de Merseyside, au Royaume-Uni, l'origine des programmes d'échange de seringues au milieu des années 1980 (Riley 1994). En ce qui a trait à l'historiographie de la réduction des risques, une notion principalement utilisée en Europe continentale, on note souvent que les autorités de Berne, en Suisse, ont été les premières à sanctionner publiquement un site d'injection supervisée en 1986. Un tel site est un lieu où l'on accueille des personnes consommant par injection des substances désignées obtenues de manière illicite (Gagnon 2009). Déployés à des fins de lutte contre l'épidémie émergente du VIH/sida, de réponse aux surdoses et d'amélioration de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux, ces sites sont dès lors explicitement posés comme des solutions de rechange à la criminalisation des personnes toxicomanes s'injectant en public. Ce sont d'ailleurs des considérations de tous ces ordres qui ont fondé le jugement de la Cour suprême du Canada, prononcé en 2011, au sujet du site d'injection Insite, de Vancouver.

Au début des années 2000, les autorités portugaises ont, pour leur part, éliminé toutes les sanctions pénales associées à la possession « pour consommation personnelle » de toutes les substances désignées. Elles les ont remplacées par des sanctions administratives doublées d'un dispositif de prise en charge psychosociale des personnes éprouvant des problèmes de toxicomanie. Dans la foulée de nombreuses initiatives permettant l'usage du cannabis jusqu'alors « illicite » dans un cadre

médical aux États-Unis d'Amérique et ailleurs, deux États états-uniens (le Colorado et Washington) et l'Uruguay ont aussi tout récemment légalisé l'ensemble de la chaîne de production, de distribution et de consommation du cannabis hors de tout cadre médical. Ces changements se sont tous produits malgré le maintien de l'adhésion de ces pays aux grandes conventions internationales sur les drogues, et donc malgré la préservation de l'essentiel de leur cadre légal entourant la production, la distribution et la possession de substances désignées⁵.

En filigrane de ces deux grandes formes de remise en question se dessine également un ensemble de questions portant sur la contribution de la prohibition à un phénomène d'intérêt particulier en santé publique : la création d'inégalités de santé. En effet, il est notoire que l'application des lois prohibitionnistes ne s'effectue pas de manière égalitaire à travers divers segments de la population. Pour ne prendre qu'un exemple, on a estimé que dans certains États états-uniens, le taux d'incarcération des personnes d'origine afro-américaine est de quatre à cinq fois plus élevé que celui des « blancs », alors qu'elles ne consomment ou ne trafiquent pas plus de drogues (Alexander 2010, p.21). Nous verrons d'ailleurs, et notamment à travers l'examen des services de logement à bas seuil d'accessibilité, que les actions policières, pénales et correctionnelles menées dans le cadre de la prohibition ne sont pas les seules à pouvoir être considérées comme contributives aux inégalités de santé. Par exemple, en posant comme exigence l'abstinence par rapport aux substances illicites, certains dispositifs de soins de santé ou de services sociaux empêchent de fait l'accès à des personnes qui sont dans l'impossibilité, à cause de leurs problèmes de santé et conditions sociales déjà précaires, de profiter d'un soutien qui pourrait contribuer à réduire les inégalités de santé.

En raison de l'anticipation de plusieurs bénéfices de santé publique, plusieurs acteurs promeuvent la légalisation de l'ensemble des substances actuellement désignées comme option de politique publique⁶. Parmi les grands avantages que prévoient de nombreux analystes de cette option politique, on évoque souvent, comme le fit l'une des commissaires de la commission Le Dain, la fin des violences inhérentes au marché noir et le contrôle de la qualité des substances que ne permet pas le cadre législatif actuel. Les luttes pour le contrôle du marché des drogues sont en effet liées à une partie importante des décès par suite de traumatismes intentionnels, au Québec comme ailleurs. Aussi, on estime que la légalisation pourrait permettre de réguler la composition et la qualité des substances vendues, comme c'est le cas pour les substances psychoactives « licites ». On ne peut savoir exactement combien de décès ou de conséquences morbides sont attribuables à la mauvaise qualité des produits vendus sur le marché noir au Québec, mais ces questions pourraient être abordées pendant les discussions portant sur cette option politique.

La présente synthèse n'examinera toutefois pas la légalisation. À notre connaissance, il n'existe pas, au sujet des expériences de légalisation de substances actuellement désignées dans la LRCDas, de littérature évaluative comportant des méthodologies suffisamment explicites pour pouvoir en juger la validité et la fiabilité. Cela est sans doute dû au caractère très récent de ces initiatives. Or, l'existence de telles publications est un critère de sélection des interventions couvertes dans le présent document.

⁵ Un autre courant de remise en question, parfois articulé aux autres qu'évoquent certains acteurs au nom de la santé publique, est fondé sur des principes de respect des droits et des libertés individuels.

⁶ Un des plus surprenants parmi ces acteurs est Law Enforcement Against Prohibition (<http://www.leap.cc/about/who-we-are/>), une association d'agents de la paix (policiers, juges et membres des services correctionnels) actifs et retraités. La Global Commission on Drug Policy (<http://www.globalcommissionondrugs.org/bios/>), qui compte notamment parmi ses commissaires d'anciens dirigeants nationaux et des hauts fonctionnaires (par exemple, Louise Arbour, anciennement juge à la Cour suprême du Canada) est aussi du nombre des grands acteurs internationaux faisant la promotion d'un nouveau modèle de régulation des substances désignées.

En outre, les modèles de régulation existants, dont les évaluations pourraient inspirer une telle appréciation, comme ceux érigés autour de l'alcool et du tabac, sont eux-mêmes l'objet de remises en question importantes. En effet, les logiques de marché animant ces modèles de régulation sont régulièrement pointées du doigt comme générant des problèmes importants de santé et de sécurité publiques (Beauchesne 1989; Health Officers Council of British-Columbia 2011). En ce qui concerne le cannabis, les États du Colorado et de Washington ont d'ailleurs développé un cadre légal fondé sur une logique de marché très affirmée, ce qui permettra, d'ici quelques années, de mieux évaluer les tenants et aboutissants. Ainsi, le nombre et la nature des moyens et des enjeux impliqués dans ces modèles de régulation de substances définies comme « licites » font en sorte qu'une appréciation adéquate des tenants et des aboutissants de ces modèles dépasse largement les limites inhérentes au mandat qui a été confié à l'INSPQ.

Dans cette synthèse, nous chercherons plutôt à connaître et à caractériser le potentiel de quelques pistes d'action qui, dans le cadre légal actuel, peuvent permettre de mitiger certains effets négatifs tout en maximisant les retombées positives du régime de politiques publiques québécoises. Par exemple, nous examinerons les évaluations de programmes d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone. Cette dernière est une substance antagoniste des récepteurs d'opioïdes qui peut être administrée lors d'épisodes de surdoses, permettant ainsi d'éviter la mortalité et la morbidité qui peuvent en résulter. Dans certaines juridictions, plutôt que de réserver l'administration de la naloxone aux professionnels de la santé, on a jugé qu'offrir des doses de naloxone à des consommateurs ou à leurs proches permettrait d'augmenter le potentiel qu'une intervention soit réalisée, en temps opportun, lors d'épisodes de surdoses.

Le prochain chapitre présentera le cadre méthodologique du travail. Ce sera notamment l'occasion de préciser les pistes d'action qui seront examinées et les raisons pour lesquelles elles ont été choisies, ainsi que les critères et les principes de repérage et d'évaluation de la littérature. Le chapitre 2 analysera plus en détail le régime de politique publique québécois en matière de substances psychoactives illicites et situera celui-ci dans ses contextes historique et politique. Ce sera également l'occasion d'examiner le contexte juridique canadien et la marge de manœuvre dont disposent les autorités québécoises pour innover. Le chapitre 3 sera consacré à une revue de la littérature évaluative concernant les diverses pistes d'action retenues. Le chapitre 4 discutera certains des tenants et des aboutissants politiques, sociaux, éthiques et économiques des diverses pistes d'action. Nous y traiterons aussi des suites à donner au présent travail. Cela constituera la conclusion de la synthèse.

Chapitre 1 Méthodologie

Il s'agit ici de rendre explicite la méthodologie organisant la réalisation de cette synthèse et de discuter les tenants et aboutissants des processus et des choix qu'elle a impliqués. La présentation de cette méthodologie est organisée en trois sous-sections :

- 1) la définition de l'objet de la synthèse;
- 2) la revue de la littérature;
- 3) l'appréciation méthodologique des évaluations.

1.1 La définition de l'objet de la synthèse

À l'automne 2012, le MSSS a transmis à l'INSPQ une demande d'avis de santé publique au sujet des politiques publiques en matière de substances psychoactives. En réponse, l'INSPQ a proposé au MSSS de procéder à un examen de la littérature évaluative concernant une série d'interventions jugées potentiellement intéressantes afin d'agir sur différents problèmes associés à la consommation de drogues. Ces interventions furent identifiées dans le cadre d'une vigie des tendances politiques innovantes en Occident. Nous les avons sélectionnées comme objet d'un examen en fonction de deux critères principaux.

D'une part, elles devaient être des interventions non implantées, ou encore implantées de manière limitée (par exemple, dans un nombre restreint de régions ou à titre de projet pilote), au Québec. Elles devaient pouvoir être considérées comme pouvant compléter, d'une façon ou d'une autre, la réponse gouvernementale actuelle aux problèmes associés à la consommation des substances psychoactives illicites.

Ainsi, nous avons convenu qu'un certain nombre de phénomènes appellent aujourd'hui la recherche de nouvelles pistes d'action en raison des limites apparentes de la réponse actuelle. Un premier est la situation de vulnérabilité particulière de certains segments de la population aux conséquences négatives de la consommation de drogues. Cette vulnérabilité peut être liée à leur statut résidentiel — les personnes en situation d'itinérance ou « hébergées » en milieu carcéral, par exemple. Elle peut aussi être liée à leur état social et de santé particulièrement précaire, à une combinaison de multiples problèmes de santé mentale (dont la toxicomanie) et physique (infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), dénutrition, etc.) et à un réseau social fragilisé. Même si elles ne concernent pas toutes de manière exclusive les personnes se trouvant dans cette situation de vulnérabilité particulière, plusieurs des pistes d'action qu'aborde le présent document présentent au moins, a priori, un potentiel d'action sur une dimension ou une autre de cette vulnérabilité. En effet, il en va ainsi des programmes d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone (PEPPSN), des services de consommation supervisée (SCS), des programmes de logement à bas seuil d'accessibilité (PLBSA), des programmes d'échange de seringues en prison (PESP), des programmes de distribution de matériel d'inhalation pour le crack (PDMIC), des commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT) ou encore des tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT).

Par ailleurs, le « marché de la drogue » et les patrons de consommation évoluent de manière assez rapide. D'une part, on assiste à une diversification des substances produites par des manipulations chimiques. De nouvelles drogues, parfois qualifiées d'« émergentes », sont mises en circulation sans qu'on connaisse vraiment leur composition et, a fortiori, qu'on ne puisse bien juger leur efficacité. Nous aborderons les programmes d'analyse de substances en milieu festif (PPASMF) pour voir si, comment, et dans quelle mesure ils peuvent permettre de participer à une réponse de santé publique

à cette tendance. D'autre part, la production, la distribution et la consommation des substances opioïdes se transforment aussi rapidement. Depuis une quinzaine d'années, la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses avec les médicaments opioïdes, est un des facteurs importants liés à l'augmentation du nombre de consommateurs. En outre, les pratiques de prescription semblent tendre vers des posologies de plus en plus importantes, et plus risquées pour ce qui est de la morbidité et de la mortalité par surdoses. En parallèle, on assiste, entre autres phénomènes, à un certain détournement des médicaments d'ordonnance à base d'opioïdes, par exemple par des producteurs ou des distributeurs illicites souhaitant augmenter « l'efficacité » des substances qu'ils vendent. C'est d'ailleurs ce phénomène qui semble impliqué dans la vague importante de surdoses survenues en 2014 à Montréal, et qui semble aussi se faire sentir récemment ailleurs au Canada. Ces transformations dans le marché des opioïdes affectent non seulement les personnes vivant dans les situations de vulnérabilité particulières évoquées au paragraphe précédent, mais aussi des personnes qui ne sont généralement pas l'objet de campagnes de prévention ou de réduction particulière des méfaits, à savoir des patients pris en charge pour des problèmes de douleurs chroniques non cancéreuses. Nous aborderons les programmes d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone (PEPPSN) et les services de consommation supervisée (SCS) avec, entre autres, cette préoccupation pour horizon.

D'autre part, les interventions devaient avoir été l'objet d'évaluations menées avec des méthodologies assez explicites pour qu'un jugement puisse être porté à leur égard. D'emblée, ce critère a exclu des pistes d'action qui auraient pu être envisagées, mais pour lesquelles un premier effort de recherche d'évaluations s'est avéré infructueux. C'est ainsi que nous avons considéré, mais finalement exclus du périmètre de la synthèse, un certain nombre de services ou de programmes existant ailleurs, même s'ils paraissaient novateurs et semblaient, a priori, pouvoir contribuer à résoudre certaines difficultés liées à la consommation de drogues. Par exemple, des programmes d'emploi à bas seuil d'accessibilité ont été mis en place, notamment à Montréal et Vancouver. En outre, des programmes de dentisterie et d'hébergement temporaire à bas seuil d'accessibilité aux fins de traitement aux antibiotiques ont été mis en place à Vancouver. Aux États-Unis d'Amérique, particulièrement à Seattle, un programme de « diversion assistée par l'application de la loi » permet aux services policiers qui trouvent des personnes en possession de drogues de diriger celles-ci vers des organismes à but non lucratif (OBNL) pouvant leur offrir des services de soutien, plutôt que vers le système de justice criminelle⁷.

Certaines de ces exclusions se sont produites avant la conclusion de l'entente entre le MSSS et l'INSPQ sur une liste provisoire des interventions à évaluer. D'autres ont suivi les échanges ayant eu lieu au sein du comité de travail qui fut ensuite mis sur pied afin d'éclairer le processus et de soutenir les choix substantifs qui allaient se poser au cours de sa réalisation⁸. De concert avec les membres du comité, nous avons ainsi convenu qu'il n'existait pas suffisamment d'évaluations scientifiques pour couvrir certaines interventions qui, a priori, avaient été identifiées comme devant être couvertes en tant que programmes d'emploi, de traitement aux antibiotiques ou de dentisterie à bas seuil. En revanche, à la suggestion d'un membre du comité, nous avons ajouté les régimes de contravention pour le cannabis à la liste des interventions couvertes. L'Association canadienne des chefs de police (ACCP) en fait publiquement la promotion et le ministre de la Justice fédéral en fonction à l'époque a

⁷ Lien consulté le 23 juin 2014 : <http://leadkingcounty.org>. Selon l'information disponible, ce programme fait l'objet d'une évaluation. Il sera intéressant d'en suivre la publication.

⁸ La liste des participants, qui inclut des professionnels de diverses organisations publiques et des membres de l'Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD), est présentée au début de cet avis.

dit étudier la question sérieusement : il semblait donc pertinent de chercher à soutenir la réflexion à leur sujet.

Pour sa part, la piste des programmes de réadaptation assistée par médicaments fut abandonnée en raison des limites des compétences de l'auteur de l'avis et de sa capacité à accomplir le travail tout en respectant l'échéancier fixé pour son dépôt. Cela ne constitue pas un jugement sur la valeur ou la pertinence de cette intervention.

1.2 La revue de la littérature

Le MSSS et l'INSPQ ont rapidement convenu que le travail comporterait un bilan de la littérature évaluative et explorerait d'autres dimensions des pistes d'action. Il a aussi été entendu que le comité de travail déjà évoqué déterminerait les dimensions abordées et l'approche privilégiée. Ainsi, les échanges du comité ont permis de conclure d'abord qu'il était important de décrire et de délimiter adéquatement les interventions examinées. En effet, un concept d'intervention donné passe parfois sous silence des variations importantes dans la mise en œuvre, ce qui peut rendre obscur ce dont il est précisément question. En conséquence, il devient en certains cas difficile d'anticiper les effets de ce concept d'intervention. Par exemple, le concept de « services de consommation supervisée » (SCS) désigne des services dédiés à l'injection, à l'inhalation ou à ces deux modes de consommation, et ces variations sont susceptibles de produire des effets au moins en partie différents. La solution adoptée a été d'effectuer la description en définissant les caractéristiques généralement considérées comme des composantes clés des interventions. En même temps, un effort fut réalisé pour rendre compte, lorsque c'était pertinent, de variations importantes dans les composantes « secondaires » des interventions et dans les approches dont ces variations étaient parfois tributaires.

Nous avons également jugé utile de développer des schémas logiques au sujet des interventions. Un tel exercice permet de rendre explicites les buts et les objectifs des interventions, mais aussi leurs mécanismes d'action supposés. Autrement dit, la création d'un schéma logique permet à la fois d'estimer systématiquement l'atteinte des objectifs par les interventions et de mieux comprendre comment ou pourquoi elles les atteignent ou non. Cela permet ainsi, dans les cas fréquents où les évaluations ne parviennent pas à percevoir d'effets sur les états de santé populationnels eux-mêmes, de voir si la rationalité supposée de l'action se vérifie. Par exemple, les études concernant les services de consommation supervisée (SCS) ou les programmes d'échange de seringues en prison (PESP) ne montrent pas de réduction de l'incidence ou de la prévalence des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) à l'échelle populationnelle. Néanmoins, ces évaluations laissent voir qu'ils réduisent la fréquence de certaines pratiques à risque d'ITSS, comme l'échange ou le partage de seringues. Ainsi, un schéma logique permet de juger une littérature évaluative pertinente malgré certaines des limites qui lui sont inévitablement inhérentes, pour toutes sortes de raisons (méthodologiques, éthiques, ressources disponibles pour effectuer des recherches, et autres). Ces schémas logiques ont été développés en établissant, dans la mesure du possible, les points de convergence dans les documents où sont décrites les interventions.

Pour approfondir la compréhension de ces interventions et du rôle qu'elles peuvent être appelées à jouer, nous avons aussi jugé intéressant de trouver des précédents et, lorsque possible, de situer brièvement leur contexte de mise en œuvre ou l'historique de développement des différents modèles ou approches. La section qui couvre les précédents souligne aussi certaines des sanctions institutionnelles qui existent à l'extérieur du Québec concernant ces interventions. Dans ce cas, l'approche fut de fournir un effort raisonnable pour déterminer les sanctions institutionnelles les plus importantes, mais sans prétendre à l'exhaustivité.

Dans le cadre de cette synthèse, étant donné le statut légal des substances d'intérêt et le flou juridique régnant souvent autour des interventions en la matière, nous avons aussi jugé pertinent de tenter de repérer les principaux enjeux juridiques les concernant. Il semblait aussi important d'essayer d'entrevoir des pistes de résolution possibles, si on voulait aller de l'avant avec l'intervention concernée. Encore une fois, l'approche préconisée fut de repérer les enjeux juridiques les plus importants sans prétendre à l'exhaustivité. En outre, nous avons jugé opportun de chercher à indiquer certaines pistes de résolution probables de ces enjeux en nous basant sur les solutions mises de l'avant ailleurs et considérant le contexte législatif québécois et canadien, mais cela, sans prétendre fournir un avis juridique. Ainsi, les organisations souhaitant mettre en œuvre l'une ou l'autre des interventions couvertes devront s'assurer d'obtenir des avis juridiques lorsque nécessaire.

La recherche et la sélection de la documentation. La stratégie de recherche et de sélection de la littérature a été établie en fonction de l'intention de produire de l'information à propos des sujets et selon les approches décrites ci-haut.

Par ailleurs, la recherche de la documentation a d'abord été effectuée dans le moteur de recherche de l'INSPQ (360) et dans Google Scholar. Elle a été réalisée à l'aide des mots-clés en français et en anglais qui sont répertoriés à l'annexe 1. Les bibliographies des documents repérés ont aussi été parcourues systématiquement. Nous avons fait le maximum pour obtenir les documents publiés en français et en anglais repérés, mais certaines publications en langues étrangères (en portugais, notamment) furent laissées de côté. La recherche de littérature a été effectuée de juillet à octobre 2013. Lorsque, par la suite, des membres du comité de travail ou des relecteurs ont repéré ou porté à notre attention d'autres évaluations, nous les avons intégrées, mais aucune recherche systématique supplémentaire ne fut effectuée. La seule exception à cette règle concerne les régimes de contravention pour le cannabis, une intervention qui a été ajoutée au cours des travaux à la suggestion du comité de travail et pour laquelle la recherche de littérature fut effectuée en juin et en juillet 2014.

L'approche de sélection de la documentation se voulait la plus ouverte possible. A priori, aucune sélection n'a été effectuée sur la base de la nature des fondements épistémologiques des évaluations (subjectiviste ou objectiviste), de la nature des modes d'investigation retenus (expérimental ou quasi expérimental, analyse de politique comparative, sondage, ethnographie, ou autres) ou des techniques de cueillette de données employées (questionnaire administré par téléphone ou autoadministré, extraction de données de coroner, et autres).

Outre les critères linguistiques déjà évoqués, des évaluations ont été exclues sur la base de deux critères. Certaines l'ont été parce que leur méthodologie n'était pas assez explicite pour être répliquée ou appréciée. D'autres l'ont été parce que produites par des organisations privées de type « *think tank* » ou laboratoires d'idées. Cette décision fut prise à la suite de la lecture de rapports diamétralement opposés portant sur les commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT) mises en œuvre au Portugal. Un rapport du CATO Institute, un laboratoire d'idées états-unien d'orientation libertarienne, a qualifié de « succès retentissant » les CDT portugaises et les changements législatifs qui les ont accompagnés. À l'inverse, un rapport produit par l'Association pour un Portugal sans drogues (Associação Para Um Portugal Livre de Drogas), une organisation portugaise faisant la promotion de politiques pour « un monde sans drogues », a au contraire dénoncé la mise sur pied des CDT comme un « échec désastreux ». Chacun à sa façon, ces deux rapports nous paraissaient trop partiels et partiels pour pouvoir être inclus dans la documentation couverte ici. Devant la difficulté à établir des critères d'inclusion et d'exclusion devant ce type de cas, qui ne comportent pas souvent de méthodologie très explicite et qui font souvent des choix manifestement arbitraires en

matière de documents passés en revue, nous avons décidé d'exclure tous les documents provenant d'organisations privées de ce type.

Par ailleurs, dans le cas précis des tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT), le volume de la littérature évaluative s'est avéré trop imposant pour pouvoir être convenablement géré dans le cadre des ressources disponibles et de l'échéancier fixé pour cet avis. Par exemple, une des revues de littérature les plus récentes rapporte que sa stratégie de recherche par mots-clés a permis de repérer plus de 550 évaluations des TTT. Nous avons donc retenu, aux fins de ce bilan particulier, les revues de littérature effectuées, sans tenir compte de leur approche ou de leur objet. Celles-ci furent repérées à partir des bibliographies des plus récentes publications ou des abrégés disponibles (le titre devait contenir un indicateur clair qu'il s'agissait d'une revue de littérature pour qu'une publication soit incluse). Ont aussi été incluses dans les travaux quelques évaluations exclues des revues de littérature repérées (qui pour la plupart se limitaient aux études expérimentales et quasi expérimentales) lorsqu'elles concernaient des TTT situés au Canada et qu'elles permettaient de compléter ou de nuancer les résultats des revues de littérature en question.

La stratégie de recherche employée pour repérer des évaluations a permis de couvrir globalement les dimensions que nous souhaitions a priori couvrir. En effet, les évaluations elles-mêmes évoquaient souvent des informations dépassant l'analyse des effets des interventions. Plusieurs évaluations concernant les tribunaux de traitement de la toxicomanie, par exemple, effectuaient un survol historique de ce type d'interventions. Par ailleurs, les algorithmes employés ont permis de repérer plus que des évaluations des effets. Par exemple, la recherche d'évaluations concernant les programmes d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone (PEPPSN) a permis de repérer des documents portant sur l'adoption de lois dites du bon samaritain pour faciliter l'appel aux services d'urgence par les intervenants non professionnels. Mais certaines dimensions appelaient un examen de textes de loi (le Code criminel et la LRCDas, par exemple), de stratégies ou de plans d'action gouvernementaux, notamment. Certains de ces documents étaient relativement évidents, mais d'autres ont été suggérés par des membres du comité ou repérés par l'auteur à travers ses recherches.

1.3 L'appréciation méthodologique des évaluations

La présente synthèse s'appuie centralement sur une revue de la littérature évaluative concernant les effets d'interventions sur certains états de santé ou leurs déterminants. Or, les résultats des évaluations sont tributaires de leur méthodologie, c'est-à-dire des questions qu'elles posent et des cadres conceptuels dont elles procèdent, ainsi que des modes d'investigation, des méthodes de recherches, des techniques de cueillette de données et, enfin, des approches analytiques privilégiées pour répondre aux questions. Ainsi, il faut inévitablement juger la qualité méthodologique des évaluations passées en revue pour pouvoir interpréter les résultats à leur juste valeur, c'est-à-dire avec leurs forces et leurs limites. Il s'agit ici de rendre explicite la façon de procéder à cette évaluation.

L'approche retenue repose sur deux piliers complémentaires. D'une part, il s'agira d'estimer la cohérence interne des évaluations. Pour ce faire, il faudra porter attention à la cohérence entre les questions posées et les cadres conceptuels, les modes d'investigation, les méthodes de recherche et les techniques de cueillette de données mobilisés pour y répondre. Pour prendre un exemple qui sera abordé plus loin, il s'agit de voir si un questionnaire autoadministré est un instrument de collecte de données valide et fiable afin de comprendre si des personnes UD ont mobilisé adéquatement leur formation en matière de prise en charge des surdoses aux opioïdes avec la naloxone.

D'autre part, il s'agira de produire une appréciation concernant la propension des évaluations à relever dans leur ensemble certains défis bien connus en matière de science interventionnelle. Ces défis concernent la capacité de la science interventionnelle à :

- évaluer la « même » intervention;
- couvrir l'ensemble des effets potentiels d'une intervention donnée, y compris les effets sur ses mécanismes d'action supposés;
- estimer les autres interventions et phénomènes pouvant influencer sur les résultats.

Évaluer la « même » intervention. Un défi de taille pour quiconque souhaite bien juger la littérature interventionnelle est de pouvoir s'assurer que les évaluations concernent bien une « même » intervention, ou un « même » dispositif d'intervention. C'est qu'on utilise souvent un même concept pour désigner des interventions dont la mise en œuvre varie parfois considérablement. Pour prendre un exemple fréquemment discuté dans le champ des politiques en matière de drogues, pensons aux débats entourant la *décriminalisation*. Parfois, on désigne par ce terme autant les expériences des *coffee shops* aux Pays-Bas que l'instauration de commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT) et les changements législatifs qui les accompagnaient au Portugal ou même, dans certains cas, les régimes de contraventions pour le cannabis (RCC).

Un autre exemple fort éclairant, et qui sera d'ailleurs couvert dans cette synthèse, est celui des tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT). En l'occurrence, et comme nous le verrons plus loin, certains nécessitent que la personne plaide coupable, alors que d'autres permettent d'éviter complètement le processus judiciaire criminel. Certains se concentrent sur les jeunes, d'autres sur les adultes. Certains concernent des infractions particulières, comme la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool, alors que d'autres visent exclusivement les personnes accusées de possession de substances illicites. Il existe aussi des variations importantes dans les ressources de réadaptation (ou de traitement) mobilisées, ainsi que dans les exigences et les critères définis pour déterminer la réussite des programmes, qui sont donc utilisés pour moduler ou écarter les sanctions criminelles dans le cadre d'un programme.

Avant d'en venir à la façon dont sera appréciée la propension des évaluations à faire face à ce défi, il faut noter qu'une stratégie adoptée dans cette synthèse pour y faire face d'emblée fut d'utiliser des concepts désignant l'action positive caractérisant une intervention donnée. Par exemple, on a utilisé le concept de *commissions de dissuasion de la toxicomanie* (CDT) — plutôt que celui, négatif, de *décriminalisation* — pour désigner l'expérience portugaise. Cela a permis de cerner plus précisément l'intervention dont il était question en la distinguant d'autres cas de figure de décriminalisation ayant trop peu de caractéristiques communes avec elle, comme l'instauration des *coffee shops* aux Pays-Bas. Ceci dit, la propension des évaluations à relever ce défi sera appréciée de deux façons. D'une part, nous porterons attention à la présence de descriptions dans le cadre des évaluations. D'autre part, nous porterons attention aux distinctions qui sont faites, ou non, dans les descriptions ou dans les analyses. Pour prendre un exemple qui sera couvert plus loin, nous nous demanderons si une synthèse portant sur les évaluations de plusieurs programmes de TTT fait les distinctions nécessaires entre les programmes évalués (entre les programmes réservés aux jeunes ou aux adultes, par exemple).

Une couverture extensive des effets potentiels. La réalisation d'une recherche implique la définition de questions et la délimitation d'un objet de recherche, et donc l'inclusion et l'exclusion de certaines dimensions de la réalité. En l'occurrence, cela signifie notamment que les évaluations incluent et excluent nécessairement certains des effets potentiels des interventions. Par exemple, et comme nous le verrons plus loin, les évaluations des effets des programmes d'éducation à la

prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone (PEPPSN) se sont exclusivement concentrées sur la mortalité. Or, il est établi que les événements de surdose aux opioïdes ont souvent aussi des effets morbides, et que cette morbidité est parfois importante.

La délimitation d'un objet d'évaluation implique aussi la définition d'un horizon temporel aux fins d'observation. Or, un axiome des sciences des effets des interventions est que l'effectivité d'une action donnée peut varier dans le temps. Prenons un exemple bien connu dans le champ des drogues : les évaluations des programmes d'échange de seringues (PES) au Québec ont rapidement démontré des changements dans les pratiques d'injection à risque des personnes UD, mais des corrélations avec les taux de transmission du VIH n'ont pu être établies que plus de dix ans après la mise en place des premiers programmes. On peut donc penser qu'il fallait que les changements comportementaux atteignent un certain seuil parmi la population des personnes UD avant qu'on ne puisse mesurer les effets des PES sur l'incidence de la transmission. Les horizons temporels des évaluations ont ainsi des répercussions sur les effets « mis en évidence ». À ce sujet, il s'agira donc de voir si la définition des horizons temporels est raisonnable et ne provoque pas un biais susceptible d'influencer de façon importante la validité ou la fiabilité des résultats.

Une remarque similaire peut être formulée au sujet des découpages spatiaux effectués aux fins d'une évaluation. En effet, ces opérations déterminent ce qu'une évaluation met en évidence. Un cas de figure qui sera couvert plus loin est celui des effets des services de consommation supervisée sur les surdoses. En l'occurrence, une étude qui a pris pour objet les effets du site d'injection supervisée (SIS) Insite sur les surdoses à Vancouver n'a pu montrer d'effet significatif. Par contre, une autre étude qui a pris pour objet l'effet du même SIS dans un rayon plus limité a montré un effet significatif. Il s'agira ici aussi de voir si les découpages spatiaux effectués sont raisonnables et ne provoquent pas un biais susceptible d'influencer de façon importante la validité ou la fiabilité des résultats.

Enfin, la délimitation d'un objet de recherche interventionnelle implique un choix dans l'analyse des mécanismes d'action qui sont censés produire les résultats attendus — le choix pouvant être de n'examiner aucun. Par exemple, une évaluation des programmes de prévention et d'analyse de substances en milieu festif (PPASMF) s'est concentrée sur la qualité des résultats issus des procédures d'analyse. Or, d'autres mécanismes d'action sont impliqués dans la logique d'action des PPASMF. En l'occurrence, l'offre d'analyse elle-même est souvent posée comme un « mécanisme d'appel » devant permettre d'entrer en contact avec des personnes UD qui ne sont pas jointes par d'autres efforts de prévention ou de réduction des méfaits en matière de drogues. Ainsi, en entrant en contact avec ces personnes, on estime que l'on pourra leur offrir des conseils de consommation sécuritaire et les orienter vers des soins de santé ou des services sociaux, lorsqu'approprié. Il s'agira donc d'évaluer si les choix d'une ou des évaluations concernant une intervention au sujet des mécanismes d'action supposés permettent de juger une intervention de manière suffisamment exhaustive. Pour ce faire, nous mettrons à profit les schémas logiques que nous développerons pour chacune des interventions.

Une appréciation adéquate des effets potentiels des autres interventions et processus sur les résultats. La délimitation d'un objet de recherche implique aussi des choix visant à contrôler ou vérifier l'influence du contexte ou de certaines de ses dimensions sur les résultats d'interventions — le choix étant ici aussi à l'occasion de ne pas faire ces vérifications. Dans le cadre des modes de type expérimental, on constitue des groupes expérimentaux (exposés à une intervention donnée) et témoins (non exposés), de manière à essayer de neutraliser les « variables parasites ». Les modes d'analyse comparée portent quant à eux sur des populations, mais l'idée de base est la même. On produit des analyses comparant certains indicateurs dans une juridiction où a été mise en œuvre une intervention d'intérêt et on la compare à une ou plusieurs autres juridictions où elle ne l'a pas été.

Ces phénomènes peuvent être naturels, sociaux ou politiques. Par exemple, on a vérifié l'effet de la pluie sur la présence de personnes s'injectant en public dans le cadre d'une évaluation autour du SIS Insite, à Vancouver. On a aussi surveillé l'effet des changements dans le marché de la drogue sur les patrons de consommation autour du SIS de Sydney, en Australie. Pour prendre un dernier exemple qui sera couvert dans cette synthèse, les évaluations portant sur les commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT) mises sur pied au Portugal ont noté que les variations dans l'incidence des surdoses étaient probablement liées aux variations dans les pratiques d'enquête du coroner.

À ce sujet, on se demandera d'abord si les évaluations couvertes prennent ou non en compte ces effets potentiels. Si c'est le cas, on cherchera en second lieu à qualifier la tentative selon qu'elle couvre de manière assez exhaustive ce qui peut avoir influencé les résultats (selon des soupçons raisonnables), et sa manière de le faire.

Nous développerons de deux manières l'appréciation de la capacité des évaluations à faire face à ces défis méthodologiques. D'une part, dans les cas où cette appréciation concerne exclusivement une évaluation ou une série d'évaluations concernant une intervention donnée, elle sera développée dans un encadré situé à la fin du bilan des évaluations de chacune des interventions. Dans le cas où cette appréciation concerne une série d'évaluations qui traversent deux interventions ou plus, elle sera développée dans une sous-section se voulant transversale, soit au point 4.10.

C'est dans la foulée de ces considérations méthodologiques que seront effectués des bilans des évaluations concernant l'effectivité de chacune des interventions examinées. Au point 4.11, il s'agira de qualifier de « vraisemblables » ou de « possibles » certaines affirmations pouvant être effectuées à partir des évaluations passées en revue plus tôt dans la section. Il s'agit de deux catégories d'affirmations qui peuvent être comprises comme présentant une « prépondérance de preuve », pour prendre une suggestion d'étalon évoqué par Schrecker (2013). Dans un cas comme dans l'autre, il est important de souligner que ces catégories ne sont pas de l'ordre du « hors de tout doute raisonnable », cet étalon utilisé en droit criminel. Ce n'est donc pas parce qu'une affirmation est qualifiée de vraisemblable ou de possible qu'on ne peut entretenir un doute raisonnable à son propos.

Ceci dit, l'usage des termes « vraisemblable » et « possible » vise à marquer une différence de degré dans la force relative ou la prépondérance d'une affirmation par rapport à une ou plusieurs affirmations qui pourraient lui faire concurrence. Ainsi, une affirmation sera considérée comme vraisemblable si l'analyse de la force des données et des méthodologies employées pour les produire permettent de la considérer comme étant prépondérante sans trop de réserves. Une affirmation sera quant à elle qualifiée de possible si l'analyse permet de la considérer plus forte que des affirmations concurrentes, mais qu'il est de mise d'entretenir des doutes importants sur sa prépondérance.

Pour illustrer le contraste, il est utile de tirer des exemples de la section 4.11. La proposition « la mise en œuvre de SIS a vraisemblablement eu tendance à (...) réduire les pratiques à risque pour les ITSS » est un exemple de proposition qualifiée de vraisemblable.

Cette qualification est permise par les résultats des évaluations, qui sont significatifs sur le plan statistique, et par les méthodologies employées pour les produire, qui paraissent valides et fiables. Cela fait en sorte que cette affirmation est plus vraisemblable qu'une autre qui soutiendrait que « les SIS n'ont pas eu d'effet ou ont fait augmenter les pratiques à risque pour les ITSS chez les personnes UDI utilisant ces services ».

Par contraste, on peut considérer l'affirmation « la mise en œuvre de PESP a possiblement eu tendance à [...] réduire l'incidence des ITSS chez les personnes UDI incarcérées ». Cette proposition a été qualifiée de possible, car si elle est théoriquement probable (le partage de seringues est un important facteur de risque pour la transmission des ITSS), les évaluations des PESP n'ont pas mesuré précisément cet effet (bien qu'on ait enregistré des nombres absolus de séroconversions dans plusieurs cas) et de nombreux médiateurs n'ont pas davantage été étudiés (par exemple, la proportion des injections effectuées avec des seringues usagées par rapport aux seringues neuves). Ainsi, il est sain d'entretenir un doute sur le caractère prépondérant de cette proposition par rapport à des propositions qui pourraient lui faire concurrence, par exemple : « les PESP n'ont pas eu d'effet sur l'incidence populationnelle des ITSS chez les personnes incarcérées ».

Les critères suivants ont contribué à la décision de qualifier les propositions de vraisemblables ou de possibles :

- le nombre d'évaluations;
- la diversité des lieux d'évaluation et des auteurs;
- la cohérence des résultats entre les évaluations;
- la cohérence des résultats avec la logique d'action supposée des interventions;
- la cohérence des résultats avec les connaissances concernant les facteurs de risque et de protection;
- la signification statistique des tests et les intervalles de confiance.

Chapitre 2 Le régime québécois : état actuel et marge de manœuvre pour innover

Même s'il n'existe pas d'énoncé politique l'explicitant comme tel, on peut, de facto, considérer le régime de politiques publiques québécois en matière de substances psychoactives illicites comme un régime « à quatre piliers » stratégiques. En effet, celui-ci se compose d'un ensemble de lois, de règlements, d'institutions, de pratiques, d'instruments d'action et d'énoncés de politique diversifiés qui correspondent aux registres d'action stratégiques présents dans les régimes politiques désignés par l'expression « quatre piliers ». Les quatre piliers en question sont la prohibition, la réadaptation (ou le traitement), la prévention et la réduction des méfaits.

Dans ce chapitre, nous effectuerons dans un premier temps un portrait schématique de ce qui se fait au Québec dans chacun de ces registres stratégiques. Le portrait sera surtout qualitatif, mais, dans la mesure du possible, nous tenterons d'estimer certaines données quantitatives ainsi que les ressources financières en jeu dans chacun de ces registres afin de jauger quelque peu l'intensité de l'effort que l'on y mène. Le but est ici de fournir une analyse qui permette d'en saisir les traits principaux, mais aussi d'en faire ressortir les dimensions ou les éléments qui distinguent le régime québécois de ceux des autres provinces canadiennes ou d'autres pays occidentaux. Sur le plan de la compréhension, lorsque cela s'avérera important, nous tenterons de situer approximativement les dimensions ou les éléments décrits au plan historique. Dans un second temps, nous proposerons une analyse de la marge de manœuvre que détient le Québec dans le contexte juridique fédéral en vue du développement d'interventions novatrices en matière de substances psychoactives illicites.

2.1 Les quatre piliers du régime québécois en matière de substances illicites

Il faut d'emblée admettre que les frontières entre les piliers sont parfois poreuses, c'est-à-dire que les logiques d'action sont par moments enchevêtrées à travers les formes concrètes que prennent les politiques ou les interventions publiques. Par exemple, la réadaptation en dépendance a pour logique d'action caractéristique d'agir sur la dépendance pour en réduire la prévalence et les conséquences. Néanmoins, si à une certaine époque l'accent était en pratique exclusivement mis sur l'abstinence par rapport à la consommation de drogues, on y a désormais intégré certaines actions qui visent à mitiger les effets négatifs de la consommation pour les personnes qui ne peuvent ou ne souhaitent pas cesser de consommer complètement. Cette porosité des frontières et l'enchevêtrement des logiques rendent d'ailleurs difficile de distinguer clairement le financement des actions de réadaptation, de prévention et de réduction des méfaits en particulier. Pour cette raison, les informations financières à leur sujet sont fournies de manière agrégée, à la fin du portrait du registre de la réduction des méfaits.

Prohibition. Comme nous l'avons évoqué en introduction, la logique d'action caractéristique de notre régime de prohibition est de restreindre les usages des drogues à ceux effectués dans des cadres médicaux et scientifiques (ou dans des cadres étroitement associés à ceux-ci), d'une part, et d'encadrer ces usages médicaux et scientifiques par une série d'autorisations et d'interdictions, d'autre part. C'est de cette manière que l'on vise à restreindre la consommation de ces substances, à en signaler la dangerosité et à contrôler les conditions dans lesquelles elles sont consommées et les conséquences de santé et de sécurité publiques qui en découlent. Le présent document présente un portrait des activités policières, judiciaires et correctionnelles, médicales et scientifiques qui sont menées au Québec dans le cadre de la prohibition.

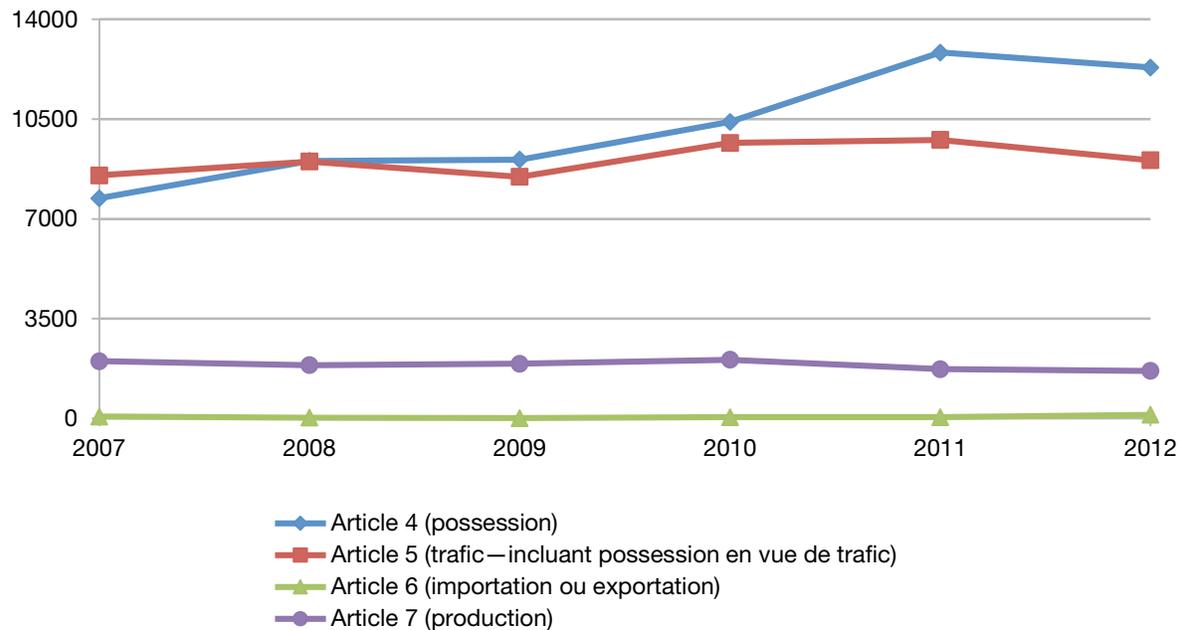
Les activités policières, judiciaires et correctionnelles. En 2007 au Québec, les services policiers ont rapporté 20 357 infractions relatives aux différents articles de la LRCDas — soit les articles 4, 5, 6 et 7 qui concernent respectivement la possession, le trafic, l'importation et l'exportation, et la production des substances désignées dans cette Loi. Une majorité d'infractions (14 194) concernaient le cannabis, alors que la cocaïne était l'objet de 2 275 d'entre elles, l'héroïne, de 60 et les « autres drogues », de 3828. L'infraction la plus rapportée était majoritairement la possession (12 958 cas), suivie du trafic avec 3978 cas. Dans le document consulté, les données ont été agglomérées pour la production et pour l'importation et l'exportation; à ce sujet, les services policiers ont rapporté 3421 infractions (Dauvergne, 2009, p. 21). Dans les cas de la possession et du trafic, les taux par habitant sont inférieurs à la moyenne du Canada, soit environ 10 % de moins dans le cas de la possession (206/100 000 habitants au Canada et 168 au Québec), et 15 % dans le cas du trafic (71/100 000 habitants au Canada et 52 au Québec). Par contre, les taux sont nettement plus élevés dans la catégorie « production et importation/exportation », où l'on rapporte environ 65 % plus d'infractions au Québec (28/100 000 habitants au Canada et 44 au Québec) (Dauvergne, 2009, p. 22). En 2011, les services policiers du Québec ont par ailleurs rapporté 22 811 infractions relatives à la LRCDas, dont 15 702 pour le cannabis (Direction de la prévention et de l'organisation policière 2012). Ce dernier document ne distingue pas les infractions.

Certaines variations régionales existent. Ainsi, en 2007, le taux d'infractions par cent mille habitants rapporté dans la publication consultée pour l'ensemble des infractions et des substances est de 125 dans la région métropolitaine de Saguenay, de 203 à Montréal, de 233 à Sherbrooke, de 285 à Québec, de 383 à Gatineau et de 565 à Trois-Rivières. La région métropolitaine de Trois-Rivières se situe à ce chapitre au second rang au Canada, tout juste derrière Vancouver, où ce taux est de 630. Le taux moyen d'infractions rapportées au Canada est de 305 (Dauvergne 2009, p.23). Ces variations ne sont pas expliquées.

En ce qui concerne les tribunaux, le ministère de la Justice du Québec (MJQ) ne compile pas systématiquement de statistiques sur ses activités en lien avec la LRCDas. Certaines informations nous ont toutefois été transmises par le bureau du Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP). En 2007, 7726 chefs d'accusation pour des infractions à l'article 4 de la LRCDas (« possession simple ») ont été portés par des procureurs dans 7127 dossiers. En outre, 8528 chefs d'accusation ont été portés la même année pour des infractions relatives à l'article 5 (trafic — incluant possession en vue d'en faire le trafic), et ce, dans 5671 dossiers. 74 chefs d'accusation pour des infractions relatives à l'article 6 (importation ou exportation) ont été aussi portés en 2007, dans 69 dossiers. Enfin, 2011 chefs d'accusation pour des infractions relatives à l'article 7 (production) ont été portés dans 1928 dossiers cette même année⁹.

⁹ Il semble incohérent que les 3978 infractions relatives au « trafic » rapportées par les services policiers aient pu mener à 8528 chefs d'accusation portés par des procureurs relativement à l'article 5. Il est probable que les services policiers classent comme infraction de « possession » l'infraction de « possession en vue d'en faire le trafic », qui est punissable en vertu de l'article 5 de la LRCDas.

Figure 2 Les accusations pour des infractions à la LRCDas au Québec, 2007-2012



Source : DPCP.

Dans les cinq années suivantes, comme l'illustre la figure 2, les informations transmises par le DPCP laissent voir une certaine stabilité. La possession paraît une exception, car on peut voir une augmentation d'environ 50 % des chefs d'accusation, qui passent de moins de 8000 en 2007 à plus de 12 000 en 2012. Étant donné l'absence d'informations plus récentes sur l'activité policière, il est impossible de savoir si cette hausse est liée à l'activité policière ni de préciser dans quelle mesure ce serait le cas.

Par ailleurs, il existe au Québec un Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes. À notre connaissance, ce programme est unique au Canada¹⁰. Pour certaines infractions criminelles considérées comme mineures, les procureurs peuvent, grâce à ce programme, décider de ne pas déposer d'accusations à certaines conditions, telle l'absence d'infractions préalables en même matière. Les infractions de possession (art. 4[1]) et de possession en vue d'en faire le trafic (art. 5), lorsqu'elles concernent moins de 1 gramme de résine de cannabis ou 30 grammes de marijuana, font partie de ce programme (Directeur des poursuites criminelles et pénales 2012). Selon les informations transmises par le bureau du Directeur des poursuites criminelles et pénales, 1374 cas de possession de cannabis ou de marijuana ont ainsi été traités en 2007 par les procureurs. Une augmentation constante se produit jusqu'en 2011, alors que 2522 cas en ont fait l'objet. En 2012, une certaine diminution est perceptible, alors que 2311 cas ont été traités ainsi.

Les personnes condamnées pour des infractions à la LRCDas sont sanctionnées diversement : par des amendes, par des périodes de probation ou par des peines d'emprisonnement plus ou moins longues. Ces sanctions sont administrées par les services correctionnels québécois et canadiens. Les services correctionnels fédéraux sont impliqués lorsqu'une peine de prison est de deux ans ou

¹⁰ Il existe dans d'autres provinces, comme en Ontario ou en Colombie-Britannique, des directives qui permettent aux procureurs de certaines juridictions de ne pas porter d'accusations à propos d'infractions mineures. On en comprend que les infractions de possession de cannabis pourraient faire partie de ce groupe, mais aucun autre programme provincial ne précise les infractions concernées.

plus, alors que pour les peines de moins de deux ans, les services québécois sont impliqués. Il n'a pas été possible de repérer ou d'obtenir des informations précises au sujet des peines imposées, des peines servies, ou de leur administration. Il est ainsi impossible de préciser qui est sanctionné, la nature des sanctions, ou de comprendre comment ces sanctions sont appliquées.

On notera aussi qu'en décembre 2012, la Cour du Québec a mis sur pied un projet pilote de tribunal de traitement de la toxicomanie. Ce tribunal offre à des prévenus disposés à plaider coupable aux infractions criminelles pour lesquelles ils sont accusés, et dont on estime que la cause première de la criminalité est la toxicomanie, la possibilité de suivre une démarche de réadaptation avant d'obtenir leur sentence¹¹. La peine est ensuite modulée en fonction des résultats de la démarche de réadaptation. Ce projet pilote a été développé à même les ressources de certains partenaires du projet, comme le ministère de la Justice du Québec (MJQ), le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS)¹² et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Ce projet pilote fonctionne ainsi sans financement du gouvernement fédéral, contrairement aux autres TTT du pays.

Dans le même ordre d'idées, la Chambre de la jeunesse de cette même Cour du Québec a aussi récemment mis sur pied un projet pilote destiné aux parents aux prises avec des problèmes de dépendance qui compromettent la sécurité et le développement de leurs enfants de cinq ans ou moins.

Les pratiques médicales et les pratiques scientifiques associées. Plusieurs substances désignées dans la LRCIDAS font l'objet d'usages médicaux au Québec. D'abord, de nombreux opioïdes sont fréquemment, et depuis assez longtemps, employés dans des pratiques d'anesthésie et de prise en charge, par exemple, des douleurs chroniques cancéreuses ou en soins palliatifs. La méthadone est pour sa part employée dans le cadre du traitement de la dépendance aux opioïdes, mais nous y revenons dans la prochaine sous-section, qui sera consacrée à la réadaptation. En outre, les dernières années ont vu l'approbation ou la mise en marché de « nouveaux » opioïdes ou l'extension des usages thérapeutiques pour lesquels les opioïdes sont mobilisés. Lors de la dernière décennie, ils ont notamment été intégrés dans les pratiques médicales de prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses (Houle et Raymond 2008).

Au sujet des usages médicaux des opioïdes, une recherche a récemment tracé un portrait de l'évolution des pratiques de prescription de « fortes doses » (plus de 200 mg par jour) au Canada de 2006 à 2011. On y apprend d'abord que le Canada est le pays où la consommation globale d'opioïdes sous prescription est la plus élevée dans le monde, et que la prescription de fortes doses a augmenté de 23 % de 2006 à 2011, soit de 781 à 961 unités par mille habitants (Gomes 2014, p.828). On y apprend aussi que le Québec est la province où il s'est prescrit le moins de fortes doses d'opioïdes au pays en 2011, soit 386 par mille habitants (Gomes 2014, p.829). En guise de point de repère, l'Ontario est la province où la prescription est la plus intense, à 1382 par mille habitants. De plus, il se dégage de l'analyse une nette tendance à la hausse, dans toutes les provinces (Gomes 2014, p.829).

¹¹ Ce TTT suit ainsi le modèle dit *post-plea*, ou postplaidoyer. Un autre modèle, que suivent certains autres TTT, consiste à offrir le programme avant le processus de mise en accusation. Ce dernier peut alors être abandonné lorsque les prévenus « réussissent » leur traitement.

¹² Les ressources professionnelles nécessaires ont été puisées dans les budgets de fonctionnement des partenaires. Même si elle ne permet pas de quantifier l'effort de façon précise, la description du programme fournit un aperçu des ressources immobilisées dans ce projet. Lien consulté le 19 décembre 2014: <http://www.tribunaux.qc.ca/c-quebec/PTTCQMontreal.pdf>.

Le portrait de l'usage médical du cannabis au Québec est plus flou. Il fut impossible de trouver des informations précises sur les pratiques de prescription des formes synthétiques de cannabis au Québec. Pour ce qui est de sa forme séchée, le Collège des médecins a transmis des directives à ses membres au sujet de son utilisation thérapeutique (Collège des médecins 2014). On y souligne d'emblée que le cannabis n'est pas un traitement médical reconnu. On y dit également que les usages thérapeutiques de ce traitement, puisqu'il n'est pas reconnu, devraient se limiter aux cadres de recherche. Ces directives rappellent aussi aux médecins que certaines formes de cannabis sont reconnues par Santé Canada et commercialisées sous son autorisation, et que l'usage du cannabis séché doit se faire en dernier recours seulement. On sait néanmoins qu'en 2013, 890 Québécois détenaient une autorisation de Santé Canada pour possession de cannabis séché à des fins médicales — un nombre fort restreint si on considère respectivement les plus de 8600 personnes en Ontario et les 14 000 personnes en Colombie-Britannique qui possèdent une autorisation¹³. Une première clinique spécialisée vient aussi d'ouvrir à Montréal¹⁴.

Des projets de recherche scientifique sont associés aux pratiques médicales, mais il fut impossible d'en trouver un répertoire exhaustif. Ainsi, nous nous limiterons à noter que le Consortium canadien pour l'investigation des cannabinoïdes (CCIC) est basé à Montréal¹⁵. Il est notamment financé par l'Université McGill, par un groupe pharmaceutique et par le Réseau québécois de recherche sur la douleur. Ce dernier regroupe des chercheurs universitaires d'établissements québécois et est financé conjointement par le MSSS et deux groupes pharmaceutiques.

Par ailleurs, le projet North American Opiate Medication Initiative (NAOMI) est fort probablement le dernier projet de recherche à avoir été mis en œuvre au Québec (un volet était situé à Montréal et l'autre à Vancouver) concernant l'utilisation d'opioïdes dans le traitement de la dépendance aux drogues. Ce projet, qui s'est terminé en 2009, concernait l'usage de la diacétylmorphine (héroïne) dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. Le groupe de chercheurs a développé un projet de recherche subséquent, surnommé SALOME, qui a été financé en Colombie-Britannique, mais pas au Québec. La prochaine section, consacrée à la réadaptation, en parlera brièvement.

La réadaptation. La logique qui sous-tend ce registre d'interventions est d'agir sur les comportements de personnes ayant développé une relation de dépendance ou de type toxicomaniaque avec les drogues. Le but est de permettre à ces personnes de retrouver un fonctionnement personnel et social plus équilibré, et de réduire, sur le plan populationnel, la prévalence de la dépendance. Cette dernière est l'objet d'interventions parce qu'elle est, d'une part, considérée en elle-même comme un problème de santé et parce qu'elle est, d'autre part, associée à divers autres comportements ayant des conséquences négatives sur la santé ou la sécurité des personnes UD ou de la collectivité plus globalement. Par exemple, la dépendance est associée à l'injection en public, au partage de matériel d'injection, à la consommation de type *binge* et au jeu pathologique, entre autres. Elle est donc vue comme un déterminant ou un facteur de risque pour divers autres problèmes sociaux ou de santé. Cet objectif de réduction des conséquences de la dépendance par la réadaptation est défini comme un but de plusieurs énoncés politiques (voir par exemple ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2005, p.54).

Au Québec, deux grandes approches de réadaptation coexistent et se complètent. La première approche est celle du « traitement », où l'on cherche à guérir la toxicomanie. L'abstinence est vue comme l'indicateur de succès principal — et souvent comme le but ultime — de la thérapie. La seconde approche en est une de réadaptation et s'inscrit plutôt dans la philosophie du soin. L'accent

¹³ Lien consulté le 19 décembre 2014 : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/stat/index-fra.php>.

¹⁴ Lien consulté le 16 décembre 2014 : <http://www.santecannabis.ca/>.

¹⁵ Lien consulté le 12 mars 2015 : http://www.ccic.net/index.php?home_fr&lng=fr.

est mis sur l'habileté des personnes à reprendre et à maintenir une vie personnelle et sociale fonctionnelle — ce qui peut inclure l'abstinence, si cela est jugé nécessaire. A priori, l'abstinence n'est pas exclue des interventions et elle est même très souvent intégrée au processus. Cependant, elle n'est pas nécessairement le premier objectif ou même un absolu valable dans tous les cas. Même si on peut croire que cette approche réadaptative existait auparavant, il semble que ce soit les difficultés causées par l'émergence de l'épidémie du VIH/sida dans les populations de personnes UDI qui lui aient donné une impulsion au Québec (Landry et Lecavalier 2003).

Il existe au Québec une offre étendue de services de traitement et de réadaptation pour les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Le continuum de services en traitement et en réadaptation comprend des services d'évaluation, de désintoxication, et d'intervention clinique en interne et en externe, mais aussi des services d'aide à la réinsertion sociale (par exemple, des programmes de soutien à l'emploi). Certains établissements offrent aussi du soutien aux membres de la famille. Cette offre est fournie par un réseau d'établissements publics et d'organismes privés à but lucratif ou non lucratif.

Dans le cadre du traitement de la dépendance aux opioïdes, le médicament le plus fréquemment utilisé (et depuis plus longtemps) dans les efforts de réadaptation en matière de drogues au Québec est la méthadone, mais on utilise aussi depuis quelques années une combinaison de buprénorphine et naloxone en guise d'alternative à la méthadone. Le Québec suit en cela plusieurs pays et juridictions occidentaux comme la Suisse, le Royaume-Uni et quelques autres. Ces thérapies assistées par médicament sont généralement réservés à des personnes ayant des problèmes de dépendance sévères et récurrents, et qui ont souvent épuisé les autres options de réadaptation.

Plusieurs difficultés se dressent pour qui veut faire un portrait financier de ce qui se fait actuellement dans ce registre d'actions au Québec. D'abord, dans bien des cas, les offres de services (en particulier l'offre publique) sont ouvertes à la prise en charge de dépendances à d'autres objets que les substances psychoactives (SPA) — par exemple la dépendance aux jeux de hasard¹⁶. Dans le même ordre d'idées, il arrive fréquemment que les utilisateurs de ces services soient aux prises avec des problèmes concomitants (dépendance aux jeux de hasard, par exemple) qui rendent difficile d'attribuer un volume de ressources à la dépendance aux drogues précisément. En outre, d'autres ministères sont parfois impliqués d'une façon ou d'une autre dans le financement des services ou des programmes, comme c'est le cas du projet pilote de TTT évoqué plus tôt. Pour ne prendre qu'un autre exemple, le programme d'aide sociale du Québec offre des aides pour frais de séjour aux bénéficiaires profitant d'un traitement en centre d'hébergement privé. Ainsi, la détermination du nombre de personnes bénéficiant de services, la caractérisation de ces services et le portrait financier de ce registre d'actions, spécifiquement pour les drogues, deviennent nécessairement approximatifs.

La réduction des méfaits. La logique qui sous-tend l'action s'inscrivant dans le registre de réduction des méfaits est de viser d'abord la diminution des conséquences négatives de la consommation, des modes et des pratiques de consommation en habilitant les personnes et en créant les conditions pour qu'elles puissent consommer de la manière la plus sécuritaire possible (la création « d'environnements favorables »). Un des précurseurs de la réduction des méfaits au Québec l'a d'ailleurs décrite ainsi :

¹⁶ Il semble que plus de 55 000 personnes utilisent chaque année l'un ou plusieurs des services offerts par les organisations membres de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec — ce qui inclut, tel qu'évoqué, des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance à d'autres objets que les drogues (ARCDQ 2013).

L'approche de réduction des méfaits est une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou « addictifs »), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements et aux effets pervers des contrôles sur ces comportements, pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social (Brisson 1997, p.9).

Dans le cadre de cette approche, la consommation ou la toxicomanie, elles-mêmes, sont en quelque sorte des objets secondaires de l'intervention. Même si on peut penser que les interventions qui s'inscrivent dans le registre de la réduction des méfaits peuvent aussi réduire la consommation et la toxicomanie (comme le laissent d'ailleurs voir plusieurs études que nous présentons plus loin), l'accent est d'abord mis sur les méfaits qui en découlent pour les personnes UD et la collectivité.

Comme c'est le cas dans de nombreuses autres juridictions au pays ou dans le monde, c'est clairement par des efforts de lutte aux ITSS que ce registre s'est le plus enrichi au Québec, même si d'autres initiatives ont été mises en œuvre. Voici une courte liste des initiatives qui semblent les plus importantes :

- Le réseau des Centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) mis en place vers la fin des années 1980 a pour fonction première d'offrir du matériel stérile aux personnes qui consomment des drogues par injection. Les 851 centres recensés par l'INSPQ en 2007 sont autant des pharmacies privées (519), des établissements du réseau public de la santé et des services sociaux (277) ou des organismes à but non lucratif dont cela constitue ou non la mission première (55). La même année, plus de 1,45 million de seringues ont été distribuées à l'occasion de plus de 111 000 visites d'usagers dans ces centres (Noël 2008, p.2). Quelques-uns de ces OBNL offrent également du matériel d'inhalation aux personnes qui font usage de crack, aussi dans une optique de prévention des ITSS.
- L'Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD) est une organisation à but non lucratif reconnue par le MSSS dans le cadre de son Programme de soutien aux organismes communautaires. L'AQPSUD gère l'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes consommant des drogues du Québec (ADDICQ) et *L'Injecteur*, une publication faite « par et pour » des personnes faisant usage de drogues par injection¹⁷. Le financement public d'un regroupement de personnes consommant des drogues n'est pas unique au Canada — il en existe notamment un autre en Colombie-Britannique. Mais à notre connaissance, ce type de soutien public ne se trouve pas dans les autres provinces, faisant du Québec un lieu plutôt distinct à ce chapitre.
- L'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) est très active dans le registre de la réduction des méfaits. Elle produit notamment l'*Infolettre réduction des méfaits* et d'autres outils d'information au profit de la communauté des intervenants en toxicomanie. Elle a aussi développé pour eux de nombreux outils de formation à ce sujet. Elle est soutenue, à ce chapitre, par le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS) du MSSS.
- Le GRIP Montréal est un OBNL qui intervient en prévention des toxicomanies et en réduction des méfaits, notamment auprès des jeunes (de 15 à 25 ans), au sujet des drogues de synthèse et des nouvelles drogues. S'il aborde les questions liées aux ITSS, la gamme de ses préoccupations est nettement plus large. Par exemple, il fournit des éléments permettant de réduire les risques de violence sexuelle dans la foulée de la consommation de drogues comme le GHB¹⁸. Le GRIP

¹⁷ Lien consulté le 12 mars 2015 : <http://linjecteur.ca>

¹⁸ Lien consulté le 27 janvier 2015 : <http://www.gripmontreal.org/popmedia/ghb.html>

priorise des activités de proximité afin de joindre sa clientèle. Ainsi, sa mission s'actualise principalement par ses interventions préventives dans les milieux festifs (raves, *after-hours*, établissements commerciaux festifs, etc.), dans les milieux scolaires (écoles secondaires, cégeps et universités) et dans d'autres lieux fréquentés par les jeunes (maisons des jeunes, organismes communautaires, etc.). Trois principaux moyens d'intervention sont utilisés, soit des animations préventives, des stands d'information préventive et la formation d'intervenants. L'information est aussi publiée sur le site Web de l'organisation.

Pour ne mentionner que cet autre aspect, ce registre d'action pourrait aussi inclure le traitement médical et pharmacologique des ITSS, dans la mesure où il permet de réduire la transmission des infections dans les populations de personnes UD. Ici comme ailleurs, on réfère souvent à cette approche par la notion de « traitement comme prévention » (*treatment as prevention*).

Prévention. La logique qui organise ce registre d'action est d'agir sur les facteurs de risque prédisposants ou situationnels afin de réduire la consommation elle-même, la toxicomanie ou les problèmes de santé et de sécurité publiques qui en découlent. Dans une compréhension large de la prévention, l'action sur les facteurs de risque peut porter sur ceux qui favorisent la consommation (prévention primaire), sur ceux qui provoquent la transformation de la consommation en une consommation de type toxicomane (prévention secondaire) ou encore sur les impacts de la consommation, de la toxicomanie ou de certains modes ou pratiques de consommation jugés abusifs ou inappropriés (prévention tertiaire)¹⁹. Le concept de prévention peut donc potentiellement s'étendre de façon très vaste. Il est d'ailleurs fréquent de le voir employé pour désigner aussi bien certaines activités décrites ci-haut comme appartenant au registre de la prohibition (par exemple la « réduction de l'offre » par l'arrestation de trafiquants) ou à celui de la réduction des méfaits (par exemple, l'offre de services de désintoxication et de réadaptation par l'intermédiaire de la distribution de matériel d'injection). En outre, et comme nous venons de le voir, des services de réadaptation comprennent des interventions destinées à réduire les méfaits associés à la consommation, et ces services pourraient ainsi être compris comme de la prévention secondaire ou tertiaire. Ceci dit, aux fins du présent exercice, on regroupe ici sous le concept de prévention les actions publiques qui ne sont pas décrites dans les autres registres d'action. La notion de prévention fonctionne donc ici comme une catégorie résiduelle.

Au Québec, les grandes lignes de l'offre de prévention ainsi entendue peuvent être présentées comme un effort de diffusion d'informations concernant autant les substances que certaines pratiques de consommation ou les facteurs personnels et situationnels qui peuvent amplifier ou protéger des effets non souhaités des substances. Il existe aussi plusieurs programmes d'acquisition d'habiletés personnelles pour gérer les facteurs qui influencent la consommation, notamment en milieu scolaire²⁰. Les efforts sont généralement déployés auprès de segments précis de la population, notamment les jeunes ou les femmes enceintes, par exemple. Ils sont aussi parfois concentrés sur des situations particulières, comme la consommation avant de prendre le volant ou la consommation en contexte festif ou sportif. Une Semaine de prévention de la toxicomanie est l'occasion, chaque année depuis environ dix ans, d'intensifier la diffusion de cette information auprès des groupes concernés : le MSSS a aussi créé un portail Web²¹.

¹⁹ Il ne s'agit que d'une des typologies permettant de distinguer différents types de pratiques préventives. On utilise aussi ailleurs les concepts de prévention universelle et ciblée (ou sélective ou indiquée) (Jean-Sébastien Fallu, École de psychoéducation, Université de Montréal, communication personnelle, janvier 2015).

²⁰ Jean-Sébastien Fallu, École de psychoéducation, Université de Montréal, communication personnelle, janvier 2015.

²¹ Lien consulté le 22 décembre 2014 : <http://dependances.gouv.qc.ca/index.php?accueil>

Les logiques d'action de chacun des quatre piliers du régime de politiques publiques québécois en matière de substances psychoactives sont enchevêtrées et les limites de chacun des registres sont poreuses. Il est par conséquent difficile de faire un portrait précis du financement de chacun. En outre, il ne nous fut malheureusement pas possible, dans les limites des ressources disponibles et de l'échéancier fixé, de chercher à faire le portrait de ce que les services des municipalités, du milieu scolaire, et des autres milieux offrent peut-être dans l'un ou l'autre de ces registres. Néanmoins, nous pouvons préciser qu'en 2012-2013, le secteur de la dépendance du MSSS (qui est en gros responsable de ce que nous avons défini ici comme « réadaptation et prévention ») gérait un budget d'un peu plus de 100 M\$ et que le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS), qui est globalement responsable de ce qui a été défini comme la réduction des méfaits, gérait un budget d'environ 15 M\$. En outre, selon la Protectrice du citoyen, le MSP versait dans les dernières années près de 400 000 \$ annuellement à des organismes privés en toxicomanie et offrant de l'hébergement afin de permettre à des personnes en libération conditionnelle de bénéficier de ces services (Protectrice du citoyen 2013, p.5.). Le ministère de la Solidarité sociale et de l'Emploi (MSSE) offre pour sa part des aides pour frais de séjour aux bénéficiaires d'aide sociale profitant d'un traitement en centre d'hébergement privé. Le coût de ce programme s'élevait à 24,6 M\$ en 2012.

Le portrait que nous avons pu tracer est fragmentaire et inégal dans la couverture de chacun des registres stratégiques. Il serait certainement souhaitable et possible de l'améliorer, mais les ressources disponibles et l'échéancier fixé pour cette synthèse nous incitent à nous en satisfaire pour le moment.

Il aurait aussi été intéressant de pouvoir situer davantage la situation québécoise par rapport à ce qui se fait plus généralement au Canada et en Occident. L'exercice est par contre impossible à effectuer de manière exhaustive et rigoureuse. Comme nous l'avons démontré, il est assez difficile de faire un portrait de ce qui se passe au Québec. Il est tout aussi ardu de dresser un portrait exhaustif et rigoureux de ce qui se fait ailleurs. Le European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (EMCDDA) a bien commencé la publication de « profils de pays », mais seuls deux ont été abordés jusqu'ici — le Portugal en 2011 et l'Irlande en 2013²².

Par ailleurs, l'enchevêtrement des logiques d'action et la porosité des registres font en sorte que les chercheurs et les analystes font un usage irrégulier des concepts analytiques. Ainsi, des chercheurs appellent parfois « réduction des méfaits » ce que nous avons décrit comme « prévention », et vice-versa.

Néanmoins, notons que la plupart des juridictions occidentales ont des régimes de politiques à quatre piliers. Ce qui différencie le plus les juridictions est la liste précise des interventions que chacune a mises en place, et probablement l'allocation des ressources que cette liste entraîne. Les États-Unis d'Amérique, par exemple, sont fort probablement le pays qui investit le plus de ressources dans la prohibition, et particulièrement dans les activités policières, judiciaires et correctionnelles qui en participent, en termes absolus. Pour ne prendre que cet indicateur, environ 48 % et 15 % des personnes incarcérées respectivement dans les pénitenciers fédéraux (en 2011) et les prisons étatiques (en 2010) des États-Unis d'Amérique (É.-U. A.) le sont principalement pour des infractions aux lois sur les substances illicites (Carson 2012, p.10). Cela peut être dû notamment à l'expansion de la « guerre aux drogues » depuis le début des années 1980 (Alexander 2010, p.15). Au Québec, il semble qu'environ 13 % de la population carcérale est dans une situation similaire (Giroux 2001, p.21)²³. Considérant en outre que les taux d'incarcération par 100 000 habitants sont de sept à huit

²² Lien consulté le 08 janvier 2015 : http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=a106

²³ Les accusations en fonction des lois sur les drogues ne sont pas toujours les seules accusations portées contre une personne dans un dossier donné. Ainsi, certaines personnes accusées de voies de fait peuvent en même temps être accusées de possession de drogues. Les données présentées ici concernent tous les cas où des personnes ont été condamnées pour une infraction aux lois sur les drogues.

fois plus élevés aux É.-U. A. qu’au Canada et au Québec (738) en 2005 aux É.-U. A. contre 104 en 2004 au Canada — et un peu moins au Québec), le contraste apparaît encore clairement²⁴. On a aussi mis en place aux É.-U. A. plus de mille tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT) — alors que cinq sont établis au Canada, plus un projet pilote au Québec.

En matière de réduction des méfaits, le Canada héberge deux services d’injection supervisée (à Vancouver), et il en existe en Suisse, aux Pays-Bas, en Allemagne, au Luxembourg et en Norvège, mais pas au Québec ni dans les autres pays européens. Il existe des programmes d’échange de seringues dans pratiquement tous les pays occidentaux, mais seuls quelques pays européens en ont mis en place dans les prisons. Pour prendre un dernier exemple, de nombreuses juridictions occidentales, dont le Québec, offrent des programmes de maintien à la méthadone et à la buprénorphine -naloxone, mais certaines juridictions offrent en plus des programmes de maintien en utilisant d’autres opioïdes. Il aurait été intéressant de pouvoir constituer un tableau comparatif de toutes les options politiques possibles, mais nous nous limitons ici à en produire un qui répertorie les interventions abordées dans cette synthèse.

Tableau 1 Comparaison de l’offre de services et de programmes en 2014

Jurisdiction/ Intervention	Québec	Canada — hors Québec	États-Unis d’Amérique	Union européenne
Programmes d’éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone	Projet pilote en développement	X	X	X
Services de consommation supervisée		X		X
Programmes de logement à bas seuil d’accessibilité		X	X	X
Programmes de prévention et d’analyse de substances en milieu festif		X	X	X
Programmes d’échange de seringues en prison				X
Programmes de distribution de matériel d’inhalation pour le crack	X	X		X
Commissions de dissuasion de la toxicomanie				Portugal
Régimes de contravention pour le cannabis			X	X
Tribunaux de traitement de la toxicomanie	Projet pilote en cours	X	X	X

²⁴ Lien consulté le 14 juillet 2015 : <http://www.oecd.org/fr/apropos/editionsocde/38148889.pdf>

2.2 La marge de manœuvre du Québec dans le contexte juridique canadien

Comme on peut le soupçonner à la lecture de ce qui précède, la marge de manœuvre des autorités québécoises pour innover dans le cadre du contexte législatif canadien semble relativement importante. Comme le montre le tableau 1, plusieurs des interventions qui seront couvertes dans cette synthèse sont d'ailleurs déjà mises en œuvre dans d'autres provinces au Canada. Cela s'explique assez aisément. Dit de manière générale, si le législateur fédéral est responsable de la définition des lois criminelles en matière de drogues, ce sont très généralement les autorités des provinces qui sont responsables de les appliquer sur leur territoire respectif. Comme l'adjectif « généralement » le laisse entendre, il existe certaines exceptions à ce principe, par exemple l'application des lois sur le territoire d'enclaves de juridiction fédérale (les ports et les aéroports ou les bases militaires, notamment). En outre, les autorités provinciales sont généralement responsables de la planification et de la mise en œuvre des services sociaux et des soins de santé. Encore une fois, certaines exceptions existent pour certaines enclaves fédérales, comme les bases militaires et les réserves autochtones.

Ces principes transparaissent clairement dans les programmes en vigueur au Québec. Le Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions commises par les adultes est exemplaire à ce chapitre. Bien que la LRCDas interdise expressément la possession de cannabis hors des cadres médicaux et scientifiques dûment autorisés, les autorités québécoises ont décidé de ne pas l'appliquer tous azimuts. Dans certaines circonstances précises, en l'occurrence à propos d'infractions qu'elles considèrent comme mineures et pour lesquelles elles jugent que les coûts (pour les personnes sanctionnées ou pour l'État) dépassent les bénéfices pouvant découler de l'application de la Loi, les autorités québécoises ont décidé d'accorder aux procureurs la possibilité de ne pas appliquer cette Loi en déterminant des mécanismes de prise en charge différents.

Cela ne signifie pas que les lois, les règlements et les programmes fédéraux en matière de drogues illicites n'ont aucune effectivité en territoire québécois. Par exemple, la récente décision judiciaire de la Cour suprême et les modifications au *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* qu'a effectuées Santé Canada dans sa foulée renvoient maintenant aux médecins québécois la responsabilité de la prescription de cette substance sous sa forme séchée. Le Collège des médecins a ainsi été poussé à produire des directives pour encadrer sa prescription. Les procédures d'exemption pour l'ouverture de services d'injection supervisée, qui ont elles aussi été définies par Santé Canada dans la foulée d'un jugement de la Cour suprême, imposent de la même manière un certain nombre d'exigences aux autorités québécoises qui souhaitent offrir un tel service. Mais ce cas des services d'injection supervisée illustre aussi la marge de manœuvre relativement importante des autorités provinciales. Dans ce cas, la Colombie-Britannique a en effet voulu offrir un service d'injection supervisée. Elle a demandé à Santé Canada une exemption en vue d'un projet de recherche, laquelle lui fut accordée. Les autorités provinciales ont par la suite jugé que ce service avait atteint ses objectifs et elles ont voulu continuer à l'offrir. Les autorités fédérales s'y sont opposées en signalant leur intention de refuser la nouvelle demande d'exemption, et les autorités provinciales ont été amenées à contester en cour ce refus annoncé. À ce sujet, la Cour suprême du Canada a conclu que le gouvernement fédéral ne pouvait empêcher la mise en œuvre de ce service de santé en raison des droits à la sécurité et des droits à la vie de la personne protégés par la *Charte canadienne des droits et libertés*. De l'avis de la Cour, ce service ne porte en effet pas préjudice à l'intégrité du régime de prohibition fédéral, car celui-ci inclut déjà des dispositions permettant des exemptions aux fins visées par les services. Dans la foulée de ce jugement, Santé Canada a émis des lignes directrices destinées à guider les futures demandes d'exemption pour offrir ce service particulier. On a largement jugé que celles-ci constituent un effort pour compliquer, voire empêcher

l'ouverture de nouveaux services. Mais il semble peu probable que ces règles parviennent à empêcher des autorités provinciales d'ouvrir des services si celles-ci les jugent pertinents.

C'est donc dire que les autorités québécoises semblent posséder une marge de manœuvre assez grande pour décider des façons d'appliquer les lois fédérales en matière de drogues. Elles peuvent offrir des services sociaux et de santé à l'intérieur de paramètres assez étendus, et même possiblement encore extensibles. Par exemple, Santé Canada a refusé d'octroyer une exemption à d'anciens participants au projet de recherche concernant la prise en charge de la toxicomanie aux opioïdes instauré à Vancouver dans la foulée du projet NAOMI, mais un jugement vient de forcer le gouvernement fédéral à leur octroyer une exemption pour qu'ils puissent recevoir de l'héroïne. Il n'est pas clair si Santé Canada, au vu de la jurisprudence qui se développe, est en mesure de s'opposer à des initiatives médicales ou scientifiques si elles sont justifiées et si elles ne nuisent pas à l'intégrité générale du régime prohibitif fédéral, qui permet des usages médicaux et scientifiques des substances désignées. En somme, des projets de recherche médicaux ou des offres de soins de santé, dont à peu près toutes celles qui sont couvertes dans cette synthèse, ne sont pas a priori incompatibles avec le cadre législatif fédéral.

À première vue, une seule des pistes d'intervention couvertes dans cette synthèse semble nécessiter une modification aux lois par les autorités fédérales pour pouvoir être mise en œuvre au Québec : celle d'un régime de contravention pour la régulation du cannabis. En effet, en l'état actuel du droit canadien, il n'est pas possible pour les autorités provinciales (ou pour des autorités municipales ou autres qui sont habilitées par celles-ci) de promulguer une loi ou un règlement visant un comportement se situant explicitement dans un champ de compétence fédérale. La jurisprudence en la matière a été développée autour de deux cas de réglementation de la prostitution. Les autorités de Montréal et de Calgary avaient édicté des règlements prévoyant des contraventions pour les activités de racolage aux fins de prostitution par leur pouvoir de réglementation de l'usage des rues. Dans les deux cas, la Cour suprême a jugé qu'il s'agissait d'une ingérence dans une sphère de compétence fédérale et a annulé les règlements (Barnett 2008, pp.24-25). Il est raisonnable de penser qu'un régime de contravention provincial ou municipal qui serait promulgué au Québec en matière de cannabis serait jugé de la même façon.

AVERTISSEMENT :

L'auteur de ce document n'est pas avocat. Les réflexions juridiques qui sont développées dans cette synthèse ne peuvent d'aucune façon être considérées comme constituant un avis juridique. Les organisations qui voudraient mettre en œuvre l'une ou l'autre de ces interventions devraient obtenir des avis juridiques pour s'assurer de la légalité de leur projet.

Chapitre 3 Un survol des pistes d'action

3.1 Programmes d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone (PEPPSN)

3.1.1 DESCRIPTION

Le concept de PEPPSN désigne une offre d'éducation à la consommation sécuritaire d'opioïdes par rapport aux surdoses et à la prise en charge d'événements de surdose aux opioïdes avec la naloxone. Ce sont des programmes par lesquels on cherche à joindre les consommateurs ou leurs proches, et qui incluent la distribution de la naloxone et de l'équipement nécessaire pour l'administrer à ces personnes.

Mieux connue sous le nom commercial « Narcan^{MC} », la naloxone est une substance antagoniste des récepteurs d'opioïdes. Les substances opioïdes (héroïne, morphine et autres dérivés de l'opium) ont des effets déprimeurs sur le système nerveux central. Elles peuvent ainsi entraîner une dépression respiratoire, qui peut elle-même avoir des conséquences létales ou morbides²⁵. La naloxone agit en isolant les récepteurs des opioïdes des agents actifs de ces substances. Le corps humain produit des opioïdes endogènes, mais la naloxone n'a que peu d'effet pharmacologique si le corps récepteur ne comporte pas d'opioïdes exogènes. La naloxone agit rapidement et on ne rapporte que très peu de complications dues à son administration. Des symptômes liés au sevrage soudain d'opioïdes sont plus courants : confusion, maux de tête, nausées ou vomissements, agressivité, tachycardie, transpiration et tremblements (Kerr, Dietze, & Kelly, 2008, p. 380). Ces symptômes sont généralement sans gravité (Wermeling, 2010).

Par ailleurs, l'administration de naloxone fait partie de protocoles d'intervention normalisés en cas de surdoses dans plusieurs milieux de pratiques parahospitaliers et hospitaliers en Occident. Elle est généralement réservée à certains professionnels de la santé à l'œuvre dans ces milieux. Par contraste, certaines juridictions ont choisi d'autoriser et d'habiliter un plus grand nombre de personnes à conduire des interventions incluant l'administration de la naloxone. Ces « nouveaux intervenants » sont des professionnels de la santé, comme ceux travaillant au sein des services d'urgence préhospitaliers, ou des non-professionnels, comme des personnes consommant des drogues ou leurs proches.

Lorsqu'il est question des personnes qui consomment des drogues ou leurs proches, l'autorisation et l'habilitation à administrer de la naloxone sont réalisées de deux façons. D'une part, elles se font par des organismes à but non lucratif ou par des infirmières travaillant dans des lieux offrant déjà des services aux personnes consommant des drogues : il peut s'agir, par exemple, de PES ou d'établissements de détention. Dans ces cas, la distribution de naloxone se fait généralement sous un régime d'ordonnance collective. D'autre part, les responsables peuvent également être des médecins qui, dans le cadre de consultations cliniques, prescrivent la naloxone à leurs patients et les informent sur son utilisation adéquate en cas d'urgence. Ce sont d'ailleurs ces deux cas de figure qui

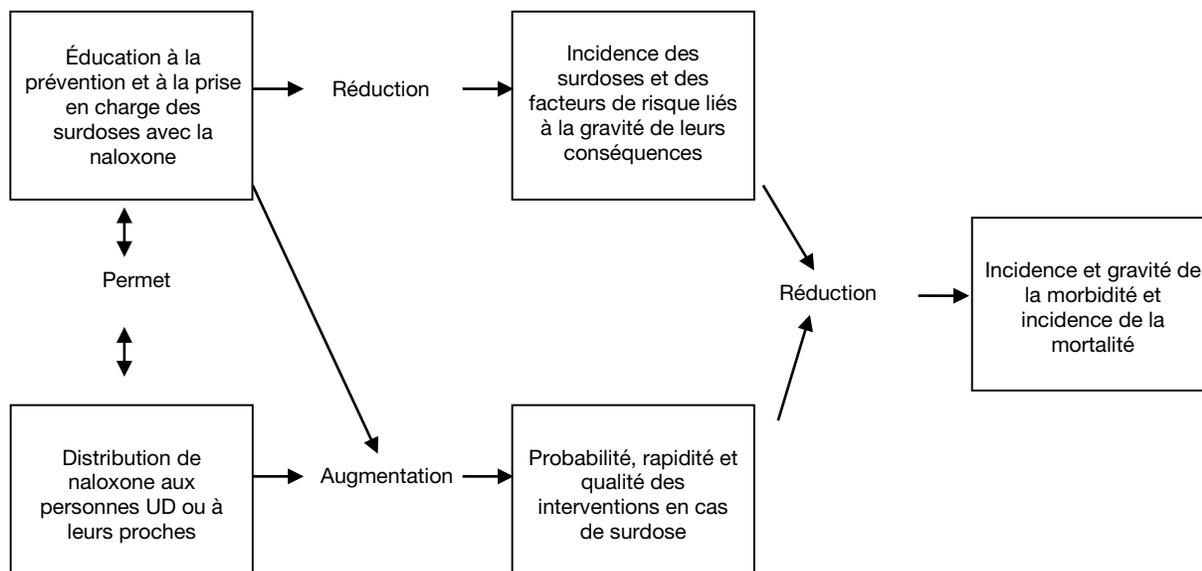
²⁵ Lorsqu'elles n'engendrent pas la mort, les surdoses peuvent entraîner d'autres dommages, dont des problèmes neurologiques dus à un manque d'oxygène prolongé, une dégradation des cellules des muscles squelettiques (rhabdomyolyse), des œdèmes et d'autres complications pulmonaires. Par ailleurs, plus une intervention visant à renverser la surdose se fait rapidement, plus l'incidence ou la sévérité de ces effets sera limitée. De plus, un rétablissement complet est possible si on remédie au manque d'oxygène avant que des dommages permanents aux organes ne soient causés (Kerr, Dietze, & Kelly, 2008, p. 380).

sont couverts par les évaluations disponibles et qui sont désignés ici par l'expression « programmes d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone ».

3.1.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

Dans la documentation qui décrit ces interventions, l'objectif le plus souvent défini de manière explicite pour les justifier est la réduction de la mortalité par surdose. Dans au moins un cas, on a posé comme objectif la réduction de la morbidité par surdose.

Figure 3 La logique d'action des PEPPSN



On souhaite atteindre cet objectif par les deux types d'action décrits, soit l'éducation et la distribution de naloxone. La composante éducative porte souvent autant sur les pratiques et les conditions de pratiques à risque que sur la reconnaissance des signes de surdose et les protocoles d'intervention en cas de surdose (Kerr, Dietze, Kelly, *et al.*, 2008, p. 358). De cette manière, on cherche à faire en sorte que les personnes consommant des drogues se placent moins dans des situations risquées en matière d'incidence et de gravité des conséquences des surdoses. On cherche en même temps à augmenter la probabilité, la rapidité et la qualité d'une intervention lorsque des surdoses surviennent. Par exemple, on peut enseigner qu'en consommant seules, les personnes s'isolent des intervenants potentiels, rendant les interventions à la fois moins probables et moins rapides. En enseignant à reconnaître et à intervenir en cas de surdose, y compris à administrer la naloxone si approprié, on espère aussi augmenter la probabilité et la rapidité de l'intervention, mais aussi particulièrement sa qualité. Comme la section « Bilan des évaluations » le mentionnera d'ailleurs, la prise en charge des surdoses par les non-professionnels est souvent assez risquée en l'absence de formation. Certains disent par exemple avoir injecté de la cocaïne pour contrer la dépression respiratoire chez une victime de surdose²⁶. La distribution de naloxone vise, quant à elle, à permettre l'utilisation plus fréquente de cet antidote, lorsqu'elle est appropriée.

²⁶ Il semble aussi que certains s'injectent du NACL pour éviter les surdoses (Richard Cloutier, MSSS, communication personnelle, 3 novembre 2014).

3.1.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

C'est au Royaume-Uni et en Allemagne qu'on a lancé, dans les années 1990, les premiers programmes d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone (PEPPSN). De 1999 à 2010, 150 de ces programmes ont été mis sur pied dans 19 États-Unis (Toronto Public Health 2012).

Le premier PEPPSN du Canada a été mis sur pied par le Edmonton Street Outreach Program, un programme de pairs aidants. En 2011, la santé publique de Toronto a été la première organisation de santé publique à mettre en œuvre un PEPPSN. En 2012, la direction de santé publique d'Ottawa et le British Columbia Centre for Disease Control ont mis sur pied des PEPPSN, dans ce dernier cas à l'échelle provinciale²⁷.

Par ailleurs, les personnes UD réduisent ou arrêtent souvent leur consommation pendant leur incarcération. Or, la tolérance qui s'installe graduellement chez les personnes consommant des opioïdes se résorbe lorsqu'elles arrêtent. La reprise de consommation aux doses auxquelles elles s'étaient habituées avant leur incarcération les expose ainsi à un risque élevé de surdoses. C'est pourquoi on a récemment mis sur pied au Royaume-Uni un projet pilote au bénéfice des personnes à risque à la fin de leur période d'incarcération, dans les établissements carcéraux d'où elles sortent (Muirhead 2011).

Il convient par ailleurs de noter que plusieurs organisations définissent ce type de programme comme piste d'action à suivre ou « meilleure pratique », comme c'est le cas :

- de CATIE²⁸ (2010);
- de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies²⁹;
- des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis d'Amérique (2012);
- de la Coalition canadienne des politiques sur les drogues³⁰.

3.1.4 LES ÉVALUATIONS

En 2005, les auteurs d'une revue de la littérature sur les PEPPSN estimaient que les résultats des évaluations étaient prometteurs, mais anecdotiques (Baca and Grant 2005)³¹. À ce moment, en effet, les méthodologies évaluatives faisaient essentiellement du « monitoring » de programmes. Ces évaluations laissent voir qu'une large part des participants à divers PEPPSN avaient rapporté être intervenus avec succès dans des cas de surdoses potentiellement mortelles en utilisant de la naloxone, et pas ou peu de décès avaient suivi les interventions. Quelques autres évaluations ont d'ailleurs confirmé ces premiers résultats, tout en transformant le mode et en élargissant l'objet d'évaluation dans plusieurs cas (Seal, Thawley *et al.* 2005, Galea, Worthington *et al.* 2006, Heller and Stancliff 2007, Piper, Stancliff *et al.* 2008, Strang, Manning *et al.* 2008, Doe-Simkins, Walley *et al.* 2009, Tobin, Sherman *et al.* 2009, Enteen, Bauer *et al.* 2010, Wagner, Valente *et al.* 2010, Bennett, Bell *et al.* 2011, Dong 2012, Leece 2013, Banjo 2014).

²⁷ Lien consulté le 17 décembre 2013 : <http://towardtheheart.com/naloxone/>

²⁸ CATIE : La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C.

²⁹ Lien consulté le 14 juillet 2015 : http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=11UK02&tab=objectives

³⁰ Lien consulté le 14 juillet 2015 : http://drugpolicy.ca/report/CDPC2013_fr.pdf

³¹ Étant donné l'existence de la revue de la littérature de Baca et Grant (2005), nous avons décidé de n'inclure dans le présent travail que cette revue et les évaluations publiées par la suite.

Malgré leurs qualités, ces évaluations ont laissé de nombreuses questions sans réponse. Plusieurs recherches évaluatives ont été menées depuis 2005. Elles concernent notamment les effets de ces interventions sur la mortalité par surdoses, sur les compétences et la qualité des interventions des « nouveaux intervenants », et sur la consommation de substances psychoactives. De plus, une étude coût-efficacité a été réalisée et quelques études permettent de soupeser les inquiétudes au sujet des effets indésirables pouvant découler, selon certains, de la mise en œuvre de ces programmes. Ces recherches sont synthétisées ci-dessous.

La mortalité par surdoses. Plusieurs évaluations ont tenté de mesurer les effets des programmes sur la mortalité par surdose. La plus récente examine un programme de l'État du Massachusetts, aux États-Unis d'Amérique. De 2006 à 2009, l'État a déployé des programmes à travers des OBNL offrant des services aux personnes UD de plusieurs municipalités sur son territoire. Dans leur analyse, les auteurs ont sélectionné 19 municipalités ayant connu cinq surdoses mortelles chaque année, de 2004 à 2006. Ils ont aussi neutralisé plusieurs facteurs sociaux et démographiques. L'analyse a suivi la méthode dite de séries chronologiques. L'étude compare les taux de surdose dans des municipalités sans PEPPSN à ceux de municipalités avec PEPPSN. Dans ce dernier cas, l'analyse distingue les municipalités où le taux d'implantation est faible (cent participants et moins) de celles dont le taux d'implantation est élevé (plus de cent participants). Comparativement aux taux de mortalité observés dans les municipalités où aucun PEPPSN n'a été mis en place, les taux (ajustés en fonction de diverses variables) des municipalités ayant un tel programme sont significativement plus bas, et ce, que le taux d'implantation soit faible (-27 % (IC 95 % -43 % à -9 %)) ou élevé (-46 % (IC 95 % -61 % à -24 %)) (Walley, Xuan *et al.* 2013).

Une évaluation a porté sur un programme, le Lazarus Project, du comté de Wilkes, en Caroline du Nord (É.-U. A.). Lancé en 2007 par une démarche communautaire et en réaction à une hausse importante des surdoses liées aux opioïdes de prescription, ce projet a plusieurs volets. Il comporte notamment un PEPPSN géré par des médecins cliniciens, un programme d'éducation des médecins à la gestion des douleurs chroniques, une modification des politiques des salles d'urgence et l'instauration d'un système de gestion de la prescription d'opioïdes rendant impossible les pratiques de « magasinage de médecins » visant à cumuler plusieurs prescriptions. S'ils ne peuvent attribuer leurs résultats uniquement et spécifiquement au PEPPSN, les chercheurs ont néanmoins calculé que le taux de mortalité est passé de 43 par 100 000 habitants en 2008 à 29 par 100 000 habitants en 2010 (Albert, Wells Brason II *et al.* 2011).

Une autre évaluation a porté sur un PEPPSN de la région de Chicago, en Illinois (É.-U. A.). Le programme est officiellement mis en œuvre à partir de 2001 par la Chicago Recovery Alliance (CRA), une organisation qui soutient les personnes UDI depuis 1991. La CRA a commencé à distribuer de la naloxone à petite échelle en 1998. Elle possède une flotte de 16 véhicules motorisés, six sites fixes et un réseau de travailleurs présents dans une dizaine de secteurs de la région métropolitaine. Chaque semaine, l'OBNL joint 340 personnes UDI directement en plus d'en toucher 780 indirectement, par l'entremise des premières. Selon les données du bureau du coroner du comté de Cook, qui inclut la ville de Chicago et ses banlieues, de 1996 et 2000, la mortalité par surdose à l'héroïne est passée de 198 à 466. En 2001, année d'instauration du PEPPSN, cette mortalité fut de 374 (-19 %), puis elle est descendue à 344 en 2002 (-8 % par rapport à l'année précédente) et à 324 en 2003 (-6 %) (Maxwell, Bigg *et al.* 2006). On constate donc une diminution de la mortalité par surdose de 40 % en trois ans.

Certaines des évaluations recensées rapportent des symptômes liés au sevrage soudain, et des décès sont survenus dans la foulée d'une portion congrue d'interventions, par exemple en raison d'arrêts cardiaques (Kerr, Dietze *et al.* 2008). Mais on estime généralement que les décès ne peuvent pas être attribués à l'administration de la naloxone elle-même. Ils seraient par exemple dus à la

consommation concomitante d'autres substances, telle la cocaïne, par les victimes. Une évaluation des effets de la naloxone sur le rythme cardiaque des victimes de surdose laisse d'ailleurs plutôt voir que cette substance aurait au contraire quelque peu régularisé celui-ci (Saybolt, Alter *et al.* 2010).

Les compétences des intervenants et la qualité de leurs interventions. Quelques évaluations permettent de juger l'efficacité des composantes éducatives des PEPPSN et, ainsi, la qualité des interventions effectuées par les participants aux programmes. Les portraits des interventions réalisées par les participants avant les formations laissent voir des pratiques peu « optimales », et même fort risquées. Par exemple, une étude indique que dans des situations de surdose, certaines personnes ont tenté d'injecter de l'eau, du lait ou de la cocaïne aux victimes dans le but de les réanimer. Après la formation et la réception d'une trousse de naloxone, cette évaluation montre, comme d'autres, un abandon quasi complet des pratiques inefficaces ou dangereuses. Les participants à cette évaluation semblent aussi faire un suivi assez serré des protocoles d'intervention enseignés — par exemple, l'emploi de techniques de réanimation respiratoire et l'administration de naloxone de manière appropriée —, et ce, même jusqu'à six mois après avoir suivi la formation (Wagner, Valente *et al.* 2010). Une autre évaluation a en outre souligné que les participants savaient gérer leur trousse de naloxone adéquatement (MCAuley, George *et al.* 2011) Un bémol : cette même évaluation signale qu'une minorité importante des participants ne transporte pas toujours sa trousse avec elle, ce qui n'est pas l'idéal.

Les formations encouragent leurs participants à appeler les services d'urgence après avoir administré une dose de naloxone, mais cet élément demeure une zone particulièrement grise. Les évaluations indiquent une stabilité et même, dans certains cas, une baisse de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers ou préhospitaliers (Walley, Xuan *et al.* 2013, par exemple). Une étude souligne la peur, chez les personnes qui sont intervenues (et qui sont souvent elles-mêmes des UD), d'être sanctionnées par les services policiers (Wagner, Valente *et al.* 2010). Selon une autre, les personnes qui sont intervenues ont jugé que l'état de la victime de surdose ne nécessitait plus d'aide professionnelle après l'intervention (Enteen, Bauer *et al.* 2010).

La consommation de substances psychoactives. Les quelques évaluations qui se sont intéressées à la consommation de substances psychoactives des participants aux programmes montrent des niveaux de consommation et de pratiques à risque stables ou en baisse (Seal, Thawley *et al.* 2005, Maxwell, Bigg *et al.* 2006, Wagner, Valente *et al.* 2010). On a estimé que la formation à la prévention des surdoses avait pu faire prendre conscience à certains participants de leur niveau de consommation et des risques inhérents à certaines pratiques, les amenant à réduire ceux-ci (Maxwell, Bigg *et al.* 2006). Enfin, on a noté que l'administration ou la prise de naloxone en cas de surdose est une expérience hautement désagréable et que les personnes les ayant vécues ne souhaitent pas les reproduire (Bigg, 2002).

Qualité méthodologique des évaluations. Il est d'abord remarquable que les effets des PEPPSN sur la morbidité liée aux surdoses n'aient pas été un objet d'investigation.

Certaines autres limites (comme l'emploi de modes d'investigation observationnels et de données autorapportées) traversent de nombreuses interventions couvertes dans cet avis. Elles seront soupesées dans la section 4.10.

Le rapport coût-efficacité. Une étude révèle que ces programmes semblent présenter un rapport coût-efficacité intéressant. Comme l'expliquent ses auteurs, leur analyse démontre que les PEPPSN « augmenteraient les années de vie ajustées pour la qualité (QALY) et seraient "hautement" coût-efficaces, même sous des postulats très conservateurs » (Coffin and Sullivan 2013, traduction libre). Plus précisément, ils estiment que leurs résultats placent ce type d'intervention nettement au-dessus

des seuils de coût-efficacité généralement reconnus pour les interventions dans le domaine de la santé. Les auteurs, qui se sont basés sur les résultats des évaluations passées en revue ici, notent par ailleurs que des recherches de type expérimental permettraient de définir plus précisément les bénéfices relatifs de la distribution de naloxone à des non-professionnels et de raffiner la modélisation coût-efficacité. Notons que cette étude ne considère pas les coûts de la morbidité conséquente aux surdoses, et qu'ils sont donc fort probablement largement sous-estimés.

3.1.5 ASPECTS JURIDIQUES

Le personnel non médical n'est pas autorisé, sauf exception, à administrer un médicament sous prescription à une personne pour qui ce médicament n'a pas été prescrit (Doe-Simkins, Walley, Epstein, & Moyer, 2009). Pour mettre en place un PEPPSN au Québec, il faudrait créer une telle exception et aborder les enjeux de responsabilité civile qui y sont liés. Cette réflexion devrait probablement se mener en considérant qu'il a été prouvé que l'administration de naloxone agit efficacement sur la détresse respiratoire en cas de surdose et comporte des risques faibles de complications. De plus, la Charte québécoise des droits et libertés prévoit, à son article 2, un « droit au secours » entraînant une obligation de porter assistance à personne en danger. Ces deux éléments semblent créer d'emblée un contexte légal assez peu risqué pour les intervenants n'appartenant pas formellement au domaine médical (les proches, comme des amis, des partenaires de consommation ou des membres de la famille) et les organisations qui les auraient autorisés et habilités à intervenir en cas de surdose. Ce risque sera probablement d'autant plus faible si des protocoles de formation et de distribution de la naloxone sont établis pour s'assurer autant que possible que les interventions se produisent de manière appropriée.

En outre, il existe des précédents en matière d'administration de médicament par des non professionnels ou les premiers répondants, dont l'épinéphrine (EpiPen^{MC}) en cas de réactions anaphylactiques (allergies) et le glucagon pour l'hypoglycémie (Kerr, Dietze, Kelly, *et al.*, 2008). A priori, rien n'indique que permettre à ces deux catégories de personnes d'administrer de la naloxone ne serait très différent sur le plan du risque légal encouru par les personnes intervenantes ni par les organisations les ayant formées et équipées pour ce faire. On a d'ailleurs déjà souligné que la naloxone est plus sécuritaire et a moins d'effets secondaires indésirables que l'épinéphrine et le glucagon, notamment (Maxwell, Bigg *et al.* 2006).

Afin de maximiser le potentiel d'intervention et le recours aux services préhospitaliers d'urgence, on pourrait par ailleurs vouloir légiférer en s'inspirant de lois dites du « bon samaritain 911 » (*911 Good Samaritan Drug Overdose Law*) existant notamment dans les États de New York et de Washington. Ces lois stipulent que des personnes victimes ou témoins d'une surdose qui demandent de l'aide ne peuvent pas être accusées de possession de drogue par la suite. Ces lois ont été mises en place pour réduire le nombre de décès liés aux surdoses en encourageant les victimes ou les témoins à appeler les secours sans craindre de représailles judiciaires (Alcohol and Drug Abuse Institute 2011). Elles s'inscrivent ainsi explicitement dans une logique de prévention des surdoses. Au Québec, la règle du bon samaritain existe plutôt dans le Code civil en tant que mesure de protection générale visant à encourager le devoir de bon samaritain en exemptant de toute responsabilité quiconque commet de bonne foi un préjudice à l'égard d'une autre personne à qui il vient en aide.

3.1.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Au début des travaux lancés dans le cadre de cette synthèse, au Québec, l'administration de la naloxone était réservée à certains professionnels des services hospitaliers et parahospitaliers. Trois projets pilotes auraient aussi été en cours au sein de services préhospitaliers d'urgence au Québec (Pierre-André Dubé, Institut national de santé publique du Québec, communication personnelle, 22 août 2013). Mais la situation québécoise a changé depuis. La Corporation d'Urgences-santé, qui dessert Montréal et Laval, a décidé de doter une partie de ses équipes d'intervention de naloxone et de leur offrir la formation conséquente. En outre, le MSSS a autorisé le lancement d'un projet pilote de PPESN mené par l'OBNL Méta d'Âme en collaboration avec le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN et la Direction de santé publique de Montréal)³².

Ces changements se sont produits dans le contexte d'une augmentation ponctuelle du nombre de décès par surdose aux opioïdes sur l'île de Montréal. Mais, à plus long terme, ils surviennent également dans un contexte de tendance à la hausse des décès par surdose aux opioïdes. En effet, un rapport récent de l'INSPQ laisse voir que le nombre de décès (n = 400 à 504) et le taux de mortalité (de 10 à 11 par 100 000 personnes) par intoxication liée aux substances psychoactives ont augmenté considérablement au Québec de 1990 à 2009. Or, 41 % de ces décès sont attribuables aux opioïdes. En outre, ce rapport attribue principalement cette hausse aux médicaments opioïdes — qui sont la cause de 91 % des décès répertoriés pour cette classe de substances. De 2000 à 2009, le taux de mortalité par intoxication chez les hommes est passé de 1,9 à 3,7 décès par 100 000 personnes (une augmentation moyenne de 9 % par année). Chez les femmes, le taux de décès est passé de 1 à 2,2 décès par 100 000 personnes (une augmentation de 10 % par année). Enfin, et bien que des augmentations soient visibles dans toutes les tranches d'âge, le rythme de l'augmentation semble plus élevé chez les personnes âgées de plus de 50 ans (Gagné *et al.*, 2013).

Les auteurs du rapport proposent quelques pistes de réflexion sur les déterminants de cette mortalité et de la hausse constatée. Ils attirent l'attention sur la hausse de la prescription médicale des opioïdes pour le traitement des douleurs chroniques, tout comme sur les usages de ces substances hors des cadres médicaux. Il paraît toutefois important de dresser un portrait épidémiologique plus poussé de la mortalité et de la morbidité liées aux surdoses. Ce portrait est nécessaire pour plusieurs décisions importantes qui devront être prises dans le déploiement de ces programmes et pour d'autres interventions qu'on pourrait vouloir mettre de l'avant de manière concurrente. En effet, il faudrait notamment en savoir davantage sur les pratiques et les conditions de consommation des personnes concernées, sur la répartition spatiale de la mortalité et de la morbidité liées aux surdoses, sur l'utilisation actuelle et potentielle de services sociaux et de santé par les personnes affectées, et sur les profils sociodémographiques des usagers. Tout cela permettrait notamment d'évaluer les forces et les limites respectives des nombreux milieux qui pourraient être mobilisés dans une offre de PEPPSN aux personnes UD et à leurs proches : les OBNL, les cliniques, les centres hospitaliers, les établissements de détention, etc.

Par ailleurs, il faudra éventuellement délibérer pour décider des caractéristiques techniques des trousseaux de naloxone à distribuer. Actuellement, chaque option présente des avantages et des inconvénients. Par exemple, l'administration par injection n'est peut-être pas optimale pour les personnes UD qui sont plus à risque, car elles sont souvent de mauvais candidats aux ponctions

³² Il est intéressant que les services préhospitaliers d'urgence soient autorisés et habilités à administrer de la naloxone en même temps que sont lancés des programmes de distribution aux personnes UD et à leurs proches. De cette manière, on peut éviter des situations incongrues où de simples citoyens seraient habilités à effectuer une intervention d'urgence alors que des professionnels ne le seraient pas.

veineuses en raison de veines endommagées par des injections répétées (Ashton & Hassan, 2006; Barton *et al.*, 2002).

Les environnements sombres et exigus dans lesquels se trouvent parfois les victimes de surdose (toilettes publiques, ruelles, etc.) peuvent également compliquer la ponction et l'injection (Kerr, Dietze, & Kelly, 2008)³³. D'autre part, si le nez présente un taux d'absorption appréciable, des muqueuses endommagées, un excès de mucus et une présence de sang (qui se retrouvent possiblement chez des consommateurs de cocaïne et d'opioïdes par voie intranasale) peuvent nuire à la bonne absorption du médicament et à son efficacité si on l'administre par un pulvérisateur (Kerr, Dietze, & Kelly, 2008, pp. 381-382). La rapidité d'administration intranasale de la naloxone peut aussi compenser sa moins grande vitesse d'absorption. En outre, on devrait conduire des recherches plus poussées sur la naloxone par voie intranasale et créer des préparations de naloxone mieux adaptées à l'inhalation, puisque celles qui existent actuellement nécessitent l'administration d'une trop grande quantité de médicament pour une absorption optimale (Kerr, Dietze, & Kelly, 2008)³⁴. Par ailleurs, il semble que les méthodes intramusculaire et sous-cutanée se sont avérées efficaces, mais leur vitesse d'absorption et de réponse serait plus lente que celle de la méthode intraveineuse (Barton *et al.*, 2002, p. 54). La Federal Drug Administration (FDA) des États-Unis d'Amérique a, quant à elle, autorisé en avril 2014 un dispositif d'autoadministration par injection semblable à celui de l'EpiPen^{MC}, mais on ne sait pas encore si celui-ci sera bientôt autorisé au Canada³⁵. Il semble que son coût (on a dit qu'il pourrait être de 500 \$ par dispositif, même si la compagnie n'a pas encore annoncé le prix) se comparerait fort mal à celui des troussees distribuées au Canada, dont le coût atteindrait au plus 40 \$. Bref, chaque mode d'administration de la naloxone a des limites et des avantages. C'est pourquoi il reste à réfléchir aux dispositifs d'administration de la naloxone qui devraient être privilégiés. Le portrait épidémiologique déjà invoqué devrait notamment alimenter les discussions à ce sujet.

Par ailleurs, en considérant le petit nombre et la faible gravité des effets indésirables rapportés à la suite d'une intervention jugée « réussie », on pourrait vouloir relativiser l'importance de l'appel aux services d'urgence dans l'appréciation de la capacité de ces interventions à atteindre leurs objectifs. Mais si on juge que l'appel aux services d'urgence est une dimension absolument nécessaire de la prise en charge des surdoses en toutes circonstances, il faudra probablement examiner les façons de mitiger les facteurs qui peuvent mettre un frein à la volonté d'avoir recours aux services d'urgence, comme la peur d'être interpellé après une réponse policière.

Enfin, des critiques émises au début de la mise en place de ces programmes soutenaient que des programmes de prévention et d'éducation ciblant les surdoses et destinés aux populations UDI pourraient s'avérer tout aussi efficaces et moins coûteux que les PEPPSN (Darke & Hall, 1997). À

³³ Les représentants de l'AQPSUD participant aux présents travaux ont exprimé leur préférence pour l'administration par injection. Par contraste, un sondage mené auprès de personnes UDI en Australie indique que l'administration par voie intranasale est perçue comme plus simple et, pour cette raison, une majorité de répondants a dit préférer ce mode d'administration (Kerr, Dietze, Kelly, et Jolley, 2008).

³⁴ Au début des PEPPSN, certains auteurs ont énoncé des craintes au sujet de l'utilisation, par certaines personnes UDI, de la naloxone comme « arme » à l'encontre d'autres usagers. Ils ont rappelé les possibles dérives liées à la prescription de médicaments puissants à des personnes qui évoluent dans les milieux marginalisés de la vente et la consommation de drogues illégales (Ashworth & Kidd dans Graham *et al.*, 2001). En l'absence ou quasi absence d'effets pharmacologiques autres que comme antagonistes des opioïdes, il semble toutefois que la naloxone se porte peu à la revente ou à d'autres usages non souhaitables. Qui plus est, les craintes entourant la distribution de seringues à des personnes UDI semblent ne pas prendre en considération le fait que l'on distribue déjà des seringues à ce groupe de personnes. La relative rareté des programmes de distribution de seringues aux É.-U. A., là où ont été menées la plus grande part des évaluations, explique peut-être ces préoccupations. En tout état de cause, aucun cas étayant ces craintes n'est apparu dans la littérature recensée. Ceci dit, l'administration de la naloxone par voie intranasale, sous une forme inhalable, pourrait contribuer à réduire les risques — réels ou appréhendés — de blessures ou d'infections liées à l'utilisation de seringues et d'aiguilles (Robertson, Hendey, Stroh, & Shalit, 2009).

³⁵ Lien consulté le 5 décembre 2014 : <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm391465.htm>

notre connaissance, aucune évaluation ne permet de soutenir ou de contredire cette proposition. Ceci dit, considérant que les programmes de distribution de naloxone incluent pratiquement toujours une composante éducative de prévention et d'intervention, il semble que les PEPPSN doivent tout au moins être considérés autrement. En effet, si on postule qu'il faut mettre en place des interventions éducatives relatives aux surdoses, la question devrait concerner uniquement les coûts et les bénéfices de la mise à disposition de la naloxone à d'autres personnes que des professionnels. Or, si on considère que les intervenants professionnels et les intervenants non professionnels semblent avoir des compétences à peu près équivalentes, la seule différence tangible entre le coût-efficacité des deux types d'intervenants semble tenir aux pertes et aux vols des trousse de naloxone qui semblent affecter, jusqu'à un certain point, les personnes UD. Dans ce cas de figure, certaines évaluations ont en effet noté jusqu'à environ 20 % de pertes ou de vols de trousse de naloxone.

3.2 Services de consommation supervisée (SCS)

3.2.1 DESCRIPTION

Le concept de services de consommation supervisée désigne la pratique de supervision de l'usage de drogues par injection ou inhalation par du personnel qualifié, dans un lieu aménagé à cette fin. Les usagers des SCS ont acquis ces drogues avant de s'y présenter et la vente ou l'échange de substances ou de matériel de consommation y sont interdits. Le personnel est en mesure de répondre à des situations d'urgence, comme les événements de surdose. De nombreux autres services, comme l'éducation à la consommation sécuritaire ou l'orientation vers des services de désintoxication et de réadaptation, sont offerts en parallèle, bien que de manière variable d'un service à l'autre (Noël 2009).

On distingue deux grands modèles d'organisation. D'une part, de nouveaux espaces peuvent être aménagés afin d'offrir spécifiquement ce type de services. Dans ces cas, on utilise souvent les expressions « salles de consommation » ou « sites d'injection supervisée » (lorsqu'on accueille seulement ceux et celles qui consomment des drogues par injection), même si d'autres services sont également offerts dans ces lieux. Au Canada, le site vancouverois Insite correspond à ce cas de figure. D'autre part, le service de consommation supervisée peut être intégré à une offre de services existante. Situé à Vancouver également, le service d'injection supervisée offert au Dr. Peter Centre correspond à ce cas de figure. Il s'agit d'un centre de soins de santé destiné aux personnes vivant avec le VIH/sida qui a commencé à offrir un service d'injection supervisée dans une des salles de l'édifice en 2002³⁶.

Ces services sont généralement offerts dans des lieux fixes, mais les autorités barcelonaises ont mis sur pied un service dans une unité mobile qui sillonne la ville. Enfin, lorsque des services accueillent l'injection et l'inhalation, des salles séparées sont aménagées.

³⁶ Lien consulté le 14 juillet 2015 : <http://www.drpeter.org/dr-peter-centre/model-of-care/>

3.2.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

Le but général des SCS a toujours deux facettes : on vise une amélioration de la santé et de la sécurité publiques. Le mécanisme d'action principal des services de consommation supervisée consiste à transférer la consommation se produisant en public vers un lieu protégé et supervisé.

Ce transfert permettrait de mener plusieurs actions dans la recherche d'objectifs relativement précis. D'abord, on espère ainsi joindre un segment de la population qui a peu accès aux services sociaux et aux soins de santé courants. Par ailleurs, ce transfert de la consommation vers des espaces plus sains et sécuritaires permettrait d'éviter que des personnes UD consomment dans des lieux propices aux surdoses et aux infections. Le transfert permettrait aussi de superviser la consommation et, ainsi, de prévenir le partage de matériel infecté et d'intervenir en cas d'événements de surdose. D'ailleurs, ces services sont généralement équipés de dispositifs d'administration de naloxone. Cette supervision est elle-même l'occasion d'offrir *in situ* des conseils éducatifs en matière de consommation sécuritaire, par exemple au sujet du dosage, de la combinaison des substances ou des techniques d'injection. Elle implique aussi la récupération du matériel usagé, permettant d'éviter que du matériel de consommation soit laissé à la traîne. Cette supervision inclut généralement une période de repos postconsommation. Cette période de repos permet d'éviter que les personnes UD ne se trouvent en état d'intoxication aiguë en public et donne l'occasion aux intervenants d'établir un contact social avec les personnes UD. Ce contact permettrait de leur offrir l'accès à un certain nombre de services sociaux et de santé primaires ou de seconde ligne, qu'ils soient offerts sur place ou ailleurs dans les réseaux de santé et de services sociaux.

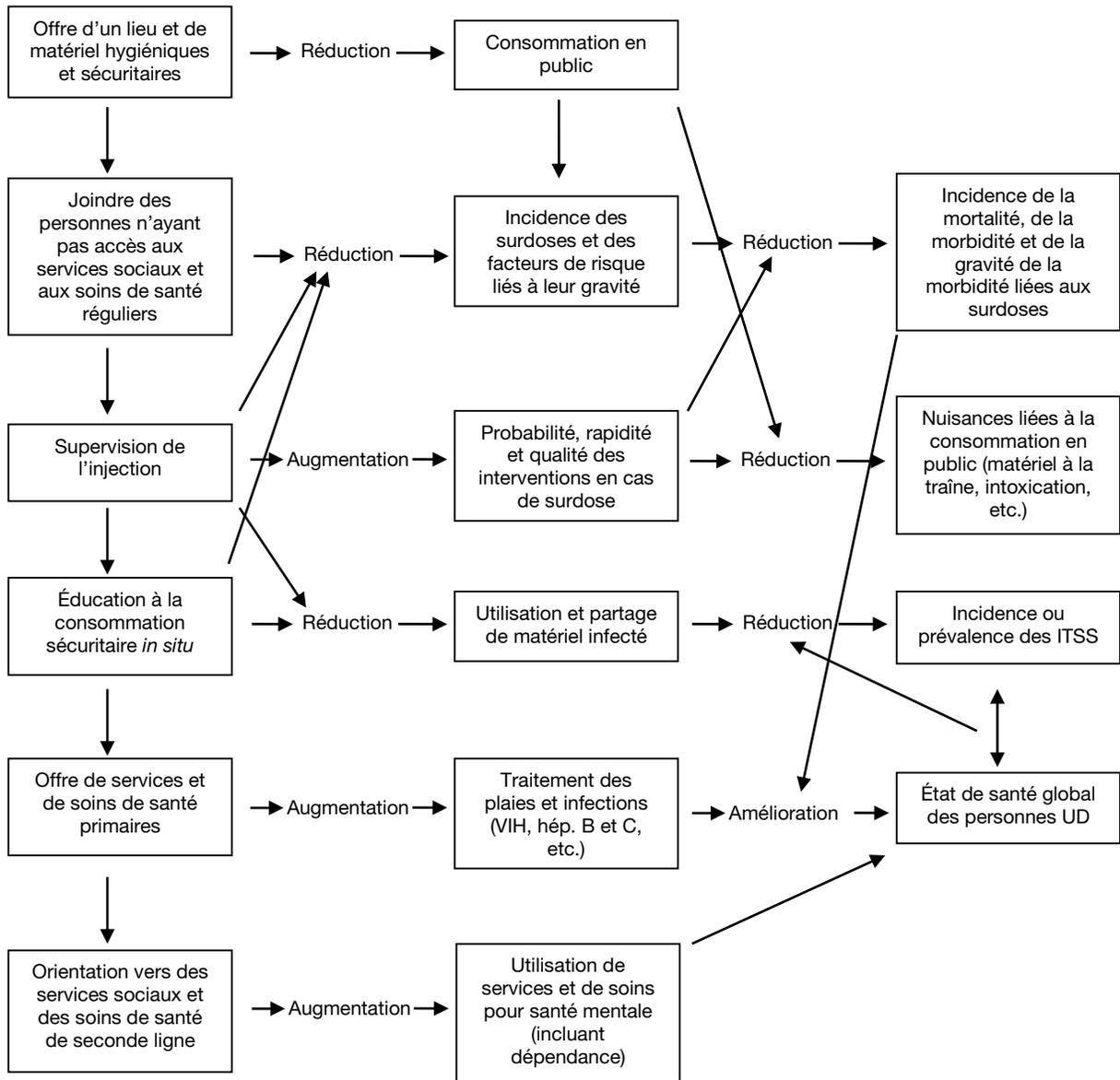
Bref, c'est par la combinaison de toutes ces actions (et d'autres encore), rendues possibles par le transfert de la consommation vers des espaces plus sains et sécuritaires, que l'on estime possible de :

- réduire l'incidence et la gravité des conséquences des surdoses;
- réduire l'incidence et la prévalence des ITSS;
- réduire les nuisances liées à l'injection en public³⁷;
- stabiliser l'état de santé général des personnes UDI.

La figure 4 illustre la logique d'action des SCS.

³⁷ Bien que cet objectif soit généralement absent des énoncés produits pour justifier ces interventions, on pourrait aussi vouloir protéger les personnes intoxiquées — et notamment les femmes — contre les dangers inhérents à la vie de la rue, comme les vols et les agressions sexuelles et physiques plus généralement (Fairbairn 2008).

Figure 4 La logique d'action des SCS



3.2.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

Des services informels ont vraisemblablement été mis en œuvre plus tôt, mais le premier SCS publiquement sanctionné a été inauguré à Berne (Suisse) en 1986 (Hedrich 2004). Les SCS furent implantés dans la foulée de l'émergence de l'épidémie du VIH/sida dans les populations de personnes UDI. Aujourd'hui, on estime qu'il existe plus de 90 SCS publiquement sanctionnés dans le monde. La majorité se situe dans des villes européennes (Allemagne, Espagne, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Suisse), mais il en existe aussi en Australie et au Canada.

Au pays, il existe deux SIS, qui sont situés à Vancouver. Le premier à avoir été offert, en 2002, se trouve au Dr. Peter Centre, un centre de santé soignant des personnes vivant avec le VIH/sida. Le site d'injection supervisée Insite a, quant à lui, ouvert ses portes en 2003. Il n'existe pas encore de

services accueillant l'inhalation au pays, bien qu'une salle soit déjà aménagée à Insite et que certains aient réclamé un projet pilote.

3.2.4 LES ÉVALUATIONS

L'INSPQ a effectué une revue de la littérature concernant les SIS dans le cadre d'un avis de santé publique à leur sujet³⁸. Celle-ci affirme, malgré les limites méthodologiques qu'elle souligne, que les évaluations des SIS permettent de conclure :

- que les SIS ont joint des segments des populations de personnes UDI fortement marginalisées;
- qu'aucun décès ne s'est produit sur les lieux des services, malgré un nombre important d'événements de surdose, et qu'ils ont probablement contribué à la réduction de l'incidence des surdoses dans les villes où ils ont été implantés;
- qu'ils ont contribué à réduire les pratiques à risque pour les ITSS (par exemple, le partage de seringues ou le non-usage du condom) sur les lieux et à l'extérieur, mais que leurs effets sur leur incidence ne sont pas connus;
- qu'ils ont contribué à augmenter la fréquence d'entrée en services de désintoxication et de traitement;
- qu'ils ont eu des effets neutres ou positifs sur diverses dimensions de l'ordre public (par exemple, en matière de seringues à la traîne);
- que le rapport coûts-bénéfices de ces interventions paraît avantageux (Noël *et al.* 2009, pp.25-36).

Ces analyses, fondées sur les évaluations publiées jusqu'en 2008 (soit la grande majorité des évaluations des SCS publiées à ce jour), forment le point de départ de la présente revue de la littérature. En fait, celle-ci concerne trois évaluations qui portent sur le SIS Insite de Vancouver et une autre qui porte sur le SIS de Sydney, en Australie.

Une première évaluation a porté sur le lien entre l'utilisation du SIS, l'utilisation des services de désintoxication et de traitement et l'arrêt des pratiques d'injection. Comme de nombreuses autres évaluations portant sur ce service, celle-ci a porté sur une cohorte d'un peu plus de mille usagers du SIS connue sous le nom de *Scientific Evaluation of Supervised Injecting* (SEOSI)³⁹. Elle révèle que l'utilisation du SIS est liée à l'arrêt des pratiques d'injection. 23 % des participants ont en effet arrêté de s'injecter après deux ans de fréquentation du SIS — l'arrêt de l'injection étant défini comme une absence d'injection dans les six mois précédents. Les auteurs associent cette réduction à l'augmentation de la participation à des programmes de maintien à la méthadone ou à d'autres formes de traitement (DeBeck 2010, pp.3/5 - 4/5).

Une autre évaluation a porté sur l'effet d'Insite sur l'incidence de la mortalité par surdose. Elle a utilisé les données du coroner de la Colombie-Britannique pour comparer l'évolution de l'incidence des surdoses dans un rayon de 500 mètres du SIS par rapport au reste du territoire de Vancouver de 2001 à 2005, soit environ deux ans avant et deux ans après son ouverture. L'analyse montre que les

³⁸ Aucune littérature évaluative n'est consacrée spécifiquement au service de supervision de l'inhalation.

³⁹ Elle est constituée de manière aléatoire parmi les personnes UDI utilisant le SIS depuis son ouverture en 2003. Les participants répondent à un questionnaire administré par un interviewer à leur entrée dans la cohorte et sont appelés à répondre à des questionnaires de suivi deux fois par année. Les questions portent autant sur des caractéristiques sociodémographiques des usagers (âge, ethnicité, histoire d'incarcération, etc.) que sur leurs pratiques de consommation, ce qui permet dans les études de contrôler pour un certain nombre de facteurs explicatifs. Les réponses aux questions concernant l'utilisation de services de santé sont contre-vérifiées à l'aide des bases administratives du système de santé.

incidents de décès par surdose sont passés d'une moyenne annuelle de 253,8 à 165,1 décès par cent mille personnes dans un rayon de 500 mètres du SIS — une réduction de 35 %. Dans le reste de la ville, le taux annuel moyen est passé de 7,6 à 6,9 décès par cent mille personnes, soit une diminution de 9,3 %. Les auteurs constatent que la diminution a été significativement plus importante dans un rayon de 500 mètres du SIS que dans le reste de la ville, où la diminution n'est pas significative en termes statistiques. Ils associent par conséquent cette diminution au service. Les auteurs reconnaissent qu'un certain nombre de phénomènes, comme le niveau d'utilisation des programmes de méthadone ou l'accessibilité des drogues, ont pu influencer leurs résultats. Ils soulignent néanmoins que selon les informations dont ils disposent, ces phénomènes sont demeurés stables, ou ils n'ont pas trouvé d'informations pouvant permettre d'estimer certaines de ces possibilités (Marshall 2011, pp.5 et suivantes).

La troisième étude concernant Insite est une modélisation coûts-bénéfices qui se veut critique par rapport aux modèles et à certains paramètres (notamment le nombre d'infections évitées) qu'emploient les études coûts-bénéfices qu'a passés en revue l'avis de l'INSPQ. Ces autres études concluaient qu'Insite était intéressant en termes coûts-bénéfices en ce que le SIS permettait d'éviter de 17 à 59 infections au VIH par année. La présente étude, en adoptant un nouveau modèle et de nouveaux paramètres (plus conservateurs, aux dires de son auteur), conclut plutôt qu'Insite préviendrait environ cinq ou six infections par année. Malgré cela, l'étude conclut que le SIS demeure intéressant sur le plan du rapport coûts-bénéfices (Pinkerton 2011, pp.4/5 -- 5/5).

L'étude concernant le SIS de Sydney (Australie) a porté sur ses répercussions sur la fréquence d'appel des services ambulanciers pour des événements de surdose aux opioïdes. Suivant une approche « écologique », elle a mesuré la fréquence mensuelle des appels au cours des 36 mois précédant l'ouverture du SIS et des 60 mois ayant suivi celle-ci, en cherchant à comparer les différences entre ses environs immédiats, soit un territoire de 3,6 km autour du SIS, et le reste de l'État de la Nouvelle-Galles-du-Sud. On a aussi vérifié les différences dans les appels faits durant les heures d'ouverture ou de fermeture du SIS. On a constaté une baisse de 7 % supérieure des appels pour des événements de surdose dans les environs du SIS par rapport au reste de l'État (68 % contre 61 %). En raffinant l'analyse par le découpage de deux zones de proximité du SIS, les auteurs montrent même que la zone « immédiate » a subi une baisse plus importante qu'une zone « voisine », soit respectivement 80 % et 45 %. En outre, durant les heures d'ouverture du SIS, les auteurs montrent aussi une réduction de 80 % de la fréquence des appels dans l'environnement immédiat, comparativement à 60 % dans le reste de l'État (Salomon 2010).

En somme, les évaluations parues depuis la publication de l'avis de l'INSPQ au sujet des services d'injection supervisée confirment les conclusions établies dans celui-ci quant à la réduction des pratiques à risque pour les ITSS, à la réduction de la mortalité par surdose et sur le plan du ratio coûts-bénéfices de ces services. Dans ce dernier cas, toutefois, la nouvelle étude diminue ce ratio en raison d'estimations plus conservatrices du nombre d'infections au VIH évitées. Enfin, une autre évaluation montre une réduction de l'utilisation des services d'urgence préhospitaliers pour des événements de surdose aux opioïdes.

Qualité méthodologique des évaluations. Les forces et les limites des évaluations sur lesquelles s'est fondé l'avis de l'INSPQ au sujet des SIS ont été largement couvertes dans cet avis, que ce soit sur le plan individuel ou dans leur ensemble.

En ce qui a trait aux évaluations que couvre le présent document, notons simplement que l'évaluation concernant les surdoses autour d'Insite n'aborde pas la question de la morbidité. Les autres forces et limites seront discutées dans la sous-section concernant les enjeux méthodologiques transversaux.

En outre, les quatre évaluations portent sur deux SIS à grande capacité et concernant l'injection. Il faut demeurer conscient que l'ampleur des effets de plus petits services ne peut être considérée comme étant la même. En outre, pour certaines dimensions particulières étudiées, il faut être prudent avant de présumer que ces effets pourront être les mêmes pour les services de supervision de l'inhalation.

3.2.5 ASPECTS JURIDIQUES

Toute organisation souhaitant mettre en œuvre un SCS doit déposer une demande d'exemption à la LRC DAS auprès du ministre fédéral de la Santé, et ce, en vertu de l'article 56 de cette Loi. Dans son jugement au sujet d'Insite, la Cour suprême du Canada a clairement précisé les facteurs que doit prendre en compte la ou le ministre pour rendre une décision relativement à une demande d'exemption éventuelle pour un tel service :

Les facteurs pris en compte (...) doivent comprendre la preuve, si preuve il y a, concernant l'incidence d'un tel centre sur le taux de criminalité, les conditions locales indiquant qu'un centre d'injection supervisée répond à un besoin, la structure réglementaire en place permettant d'encadrer le centre, les ressources disponibles pour voir à l'entretien du centre et les expressions d'appui ou d'opposition de la communauté (Canada 2011, pp.192-193).

Au Québec, certaines démarches entreprises permettent d'emblée de répondre à ces conditions. Nommément, le MSSS a produit un document établissant des balises pour les organisations qui souhaiteraient offrir ces services (MSSS 2013). Toutefois, seule une réponse publique à propos d'une demande d'exemption permettra de vérifier l'interprétation que la ou le ministre fédéral de la Santé fera des directives de la Cour suprême. À ce jour, la décision d'accorder une exemption à Insite n'a pas été publicisée et la seule autre demande acheminée à Santé Canada (pour le SIS au Dr. Peter Centre) n'a pas fait l'objet d'une décision.

3.2.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Globalement, que ce soit au sein des groupes représentant les usagers de drogues, des OBNL offrant des services aux personnes UDI ou des autorités de santé, l'acceptabilité de principe des SIS semble élevée au Québec. Les SIS sont inscrits au programme national de santé publique depuis 2003 et, comme nous l'avons souligné, le MSSS a récemment développé des balises pour orienter le développement de ces services⁴⁰.

Sur le plan régional, à la suite d'une démarche d'implantation impliquant de nombreux partenaires et acteurs (le Service de police de la ville de Montréal, l'AQPSUD, des Centres de services sociaux et de santé, des OBNL, etc.), la Direction de santé publique (DSP) de Montréal a conclu que l'intervention était pertinente et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en a entériné le principe. Une demande de financement visant une offre de services dans quatre lieux différents sur l'île, incluant un service mobile, a été acheminée au MSSS par l'Agence. Par ailleurs, une démarche d'évaluation de la pertinence de l'intervention, y compris une évaluation des besoins pour les personnes UDI, est en cours à Québec. Au sein de ces démarches, en même temps qu'ils ont signifié leur accord de principe quant à la pertinence des interventions, certains groupes

⁴⁰ Lien consulté le 25 mars 2015 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-313-01W.pdf>

représentant des gens d'affaires et certains résidents de quartiers où on envisage d'implanter des SIS ont exprimé leur opposition ou énoncé des conditions d'acceptation, que ce soit en matière de localisation des services ou d'autres éléments.

Hors de ces deux grands centres urbains, on n'a pas encore documenté la consommation en public ou exploré la mise sur pied de ces services. Mais si des analyses régionales en montraient le besoin, rien ne rend en principe ces services moins pertinents dans des agglomérations de taille réduite. Plusieurs SCS européens se situent d'ailleurs dans des municipalités de plus petite taille.

Enfin, les pratiques de consommation évoluent rapidement au Québec (Roy 2013). De plus en plus de personnes consomment par inhalation. Il faudra peut-être éventuellement nous questionner sur la pertinence d'ajouter des salles de consommation par inhalation aux services de consommation supervisée.

3.3 Programmes d'échange de seringues en prison (PESP)

3.3.1 DESCRIPTION

Le concept de programme d'échange de seringues en prison désigne un service de distribution et de récupération de matériel d'injection dans un lieu de détention correctionnelle.

Il existe quatre moyens connus d'assurer la distribution de seringues à l'intérieur des établissements de détention : par le personnel médical du service de santé d'un établissement, par des OBNL ou des professionnels indépendants, par des détenus formés comme pairs aidants, ou par des machines distributrices qui récupèrent aussi les seringues usagées (Obradovic 2012, p.5)⁴¹.

Il s'agit de programmes analogues aux programmes d'échange de seringues (PES) implantés hors des établissements de détention. Ils permettent, sauf dans les cas où la distribution s'effectue exclusivement par l'entremise de machines distributrices, d'offrir aux usagers des services de santé de première ligne et de les orienter vers d'autres types de services sociaux et de santé, tels les services de traitement de la toxicomanie ou des conseils éducatifs en matière d'injection sécuritaire.

Mais le type de lieu où ces programmes sont offerts entraîne néanmoins certaines particularités dans leur mode de fonctionnement. D'une part, la demande de participation à un tel programme est souvent adressée au personnel médical de la prison. Des membres du personnel peuvent aussi passer régulièrement aux cellules pour faire l'échange de seringues avec les détenus. Des trousse de matériel d'injection sont souvent distribuées aux détenus dans des sacs qui masquent leur contenu, pour respecter la confidentialité. Ces trousse comprennent des seringues, des aiguilles, des filtres, du matériel de chauffage, un sachet d'acide ascorbique, un tube de remise de seringues usagées, des tampons alcoolisés, des tampons secs et des fioles de sérum physiologique (AITQ 2012).

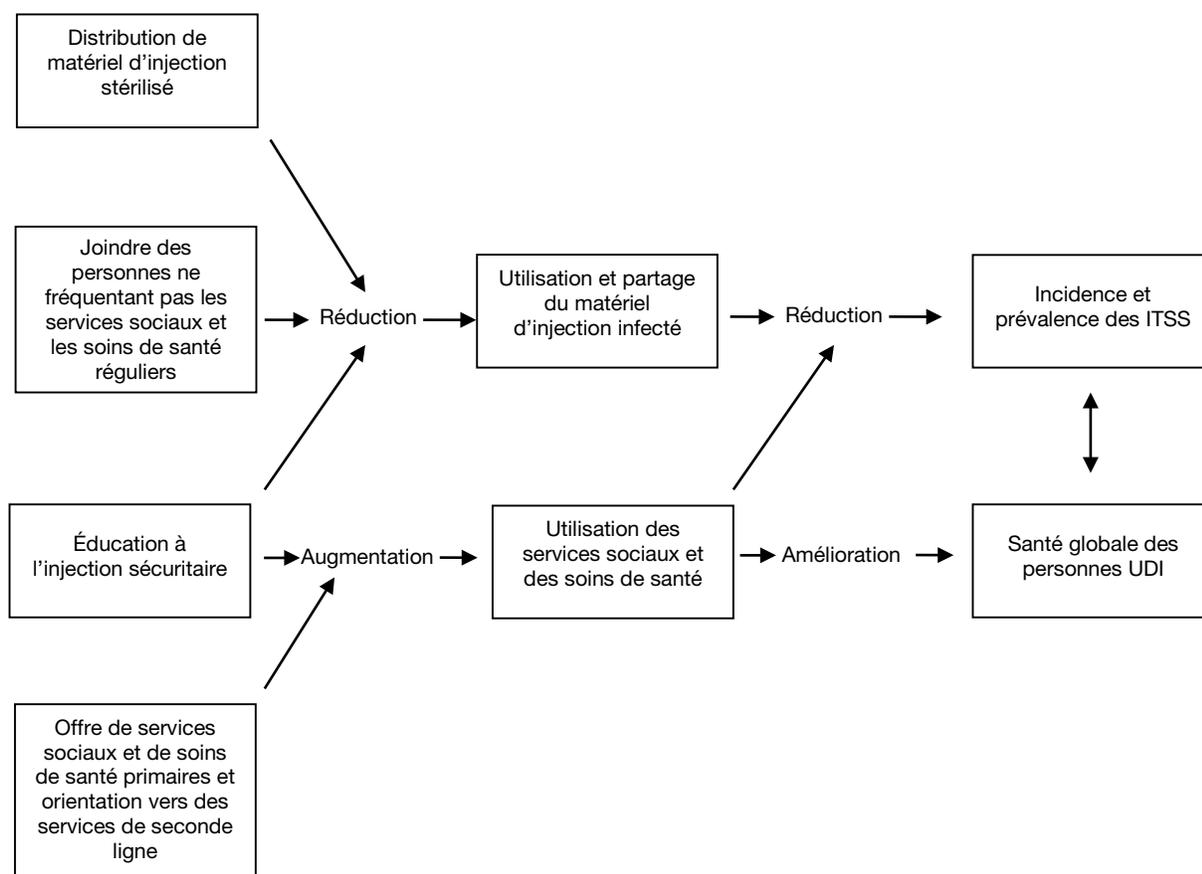
D'autre part, des directives du service médical accompagnent généralement chaque trousse d'injection. Elles détaillent les règles indiquant l'endroit de la cellule où la seringue peut ou ne peut pas se trouver. Ces règles précisent également qu'une seringue doit toujours être dans son emballage d'origine ou dans le tube sécurisé de remise des seringues usagées. Elles énoncent enfin les sanctions qui peuvent s'appliquer en cas de non-respect des règles (AITQ 2012).

⁴¹ Pour une appréciation de certains avantages et inconvénients de chacun des vecteurs de distribution, voir Obradovic (2012, p.6).

3.3.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

L'objectif premier des PESP est la réduction de l'incidence des ITSS et, à plus long terme, la réduction de leur prévalence. Mais on mentionne aussi souvent un objectif d'amélioration de l'état de santé plus général de la population UDI en détention. Offrir du matériel d'injection stérile est une façon de joindre des personnes UDI qui ne sont pas en contact avec les services de santé de la prison et cela constitue donc un mécanisme clé de l'action. De fait, cette intervention est nécessaire pour réduire le nombre de seringues usagées en circulation et augmenter le nombre de personnes en possession de seringues stériles et recevant des conseils au sujet du non-partage du matériel d'injection usagé. En outre, on veut aussi joindre des personnes UDI pour leur offrir les services sociaux et de santé de première ligne, qu'ils soient offerts par l'établissement ou non, et ceci afin d'améliorer plus globalement leur état de santé.

Figure 5 La logique d'action des PESP



3.3.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

Le premier programme d'échange de seringues en prison a été implanté en Suisse en 1992. Aujourd'hui, une soixantaine de programmes existent dans plus d'une dizaine de pays, dont l'Arménie, le Bélarus, l'Espagne, le Luxembourg, la Moldavie et la Roumanie (Obradovic 2012, p3).

Plusieurs programmes d'échange de seringues ont d'abord été implantés à titre de projets pilotes et beaucoup de juridictions ont décidé de les pérenniser ou de les déployer dans un plus grand nombre d'établissements après une période d'essai. Malgré tout, il est clair qu'ils ne sont jusqu'à maintenant déployés que dans une part seulement des établissements de détention correctionnelle d'un territoire donné. En Allemagne, par exemple, une seule prison sur 185 en accueille. Même dans un pays comme l'Espagne, où une directive ministérielle prévoit leur déploiement dans tous les établissements de détention, des PESP sont offerts que dans environ 40 % de ceux-ci (Obradovic, 2012, p.3).

Par ailleurs, certains de ces programmes ont été abolis, malgré leurs succès et l'opinion globalement favorable des administrations et du personnel pénitentiaires. C'est le cas notamment au Portugal et en Allemagne, où un PESP a été aboli (Kerr and Jürgens 2004). Il semble que ce soit en raison du caractère controversé et largement impopulaire des PESP auprès des élus (Kerr and Jürgens 2004).

Enfin, plusieurs organisations québécoises, canadiennes et internationales soutiennent, dans une publication commune, le développement des PESP, dont l'Organisation mondiale de la Santé, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et le programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA) (Organisation mondiale de la Santé 2007). Notons que l'ONUDC est chargé de l'application des traités internationaux sur les stupéfiants, et qu'il est généralement défavorable aux « assouplissements » au régime de la prohibition (à savoir le régime d'actions policières, judiciaires et correctionnelles qui en fait partie). L'ONUSIDA vient pour sa part de produire une nouvelle publication qui réitère son soutien aux PESP⁴².

3.3.4 LES ÉVALUATIONS

Un rapport publié en 2005 par le Centre canadien de lutte à l'alcoolisme et aux toxicomanies (CCLAT⁴³) a évalué le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons. Cette évaluation incluait une appréciation de la littérature au sujet des expériences étrangères en matière de PESP. On y concluait que l'état des connaissances sur le sujet :

[justifie] amplement que le gouvernement envisage de mettre en œuvre à court terme des études pilotes visant à évaluer l'efficacité et la faisabilité des programmes d'échange de seringues dans les prisons (Thomas, 2005, p. 14).

Dans leur conclusion d'une « revue des revues des données probantes » concernant les effets de diverses activités de prévention sur l'incidence et la prévalence des ITSS, d'autres auteurs concluaient quant à eux au sujet des PES en général (et non des PESP en particulier) que :

Nous n'avons pas trouvé dans ces revues de données probantes suffisantes nous permettant de conclure que les PES sont efficaces pour empêcher la transmission du VHC chez les personnes UDI. L'ensemble des données probantes était plus solide en ce qui a trait à la prévention du VIH (c.-à-d. qu'il contenait un plus grand nombre d'études et que plus d'entre elles montraient des

⁴² Lien consulté le 13 janvier 2015 : http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

⁴³ Le CCLAT est devenu depuis le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT).

résultats positifs). Toutefois, nous avons relevé des incohérences entre les revues principales — en ce qui a trait aux études qu’elles ont trouvées, à leur description de la conception et des résultats de ces études, et aux conclusions qu’elles tirent de leur ensemble de données probantes respectif — et nous ne pouvons donc que conclure que les preuves de l’efficacité des PES à prévenir la transmission du VIH sont provisoires. Nous avons aussi constaté que les études écologiques démontrent plus uniformément que les études observationnelles à l’échelle individuelle un impact positif des PES sur le VHC et le VIH. Contrairement aux conclusions relatives aux résultats biologiques (VHC et VIH), suffisamment de données probantes démontrent que les PES sont efficaces pour réduire les comportements autorapportés associés aux infections. (Palmateer, Kimber *et al.* 2010, p.853, traduction libre)

Par ailleurs, certaines évaluations montrent d’autres effets intéressants des PES situés dans ou hors des prisons, notamment sur les surdoses et sur l’engagement dans un processus de réadaptation, et aucune ne montre d’effets délétères sur ces plans. C’est d’ailleurs ce qu’exprimaient récemment des chercheurs se questionnant sur les raisons de l’absence de PESP au Canada :

Les études portant sur l’évaluation de l’efficacité des PES, soit en communauté, soit en détention, indiquent leurs effets positifs et l’absence d’effets négatifs. En milieu carcéral, les résultats les plus fréquemment observés sont : 1) une réduction significative du partage de seringues; 2) la diminution importante des surdoses, 3) l’ouverture accrue des détenus à discuter le sujet de la toxicomanie. (...) Les PES n’encouragent pas non plus la consommation de drogues. (Orsi et Brochu 2009, p.853)

Les autorités de santé publique jugent globalement que les PES sont pertinents et efficaces — qu’ils soient offerts en prison ou à l’extérieur. Les débats et les controverses à leur sujet tournent autour des dangers qu’ils présenteraient pour le personnel correctionnel et de leur acceptabilité au cœur même du dispositif visant à assurer l’abstinence en matière de consommation de drogues. En ce qui concerne les dangers qu’ils présenteraient pour le personnel correctionnel, comme nous le verrons sous peu, la littérature évaluative disponible ne confirme pas cette crainte. De son côté, l’acceptabilité des PES en prison est une question normative que ne peut régler la littérature évaluative.

Étant donné le haut niveau de cohérence de la littérature au sujet de l’efficacité des PES, que ce soit en prison ou à l’extérieur, il nous paraît suffisant d’effectuer ici une synthèse sommaire de la revue de littérature la plus récente au sujet de ces programmes lorsqu’ils sont offerts en prison. Celle-ci a été produite sous l’égide de l’Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Un tableau, reproduit ci-dessous, en résume les évaluations les plus récentes recensées.

Tableau 2 Les effets des PESP

Prisons et évaluations	Consommation de drogues	Injection de drogues	Partage de seringues	Incidence du VIH/VHC
Am Hasenberge (Hambourg, All.) Stöver et Nelles (2003a)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de données
Hannöversand (Basse-Saxe, All.) Stöver et Nelles (2003b)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de données
Lehrter Strasse et Lichtenberg (Berlin, All.) Stark et al. (2006)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	4 séroconversions (1 infection en prison)
Lingen 1 (Basse-Saxe, All.) Stöver (2000) et Jacob et Stöver (2000)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de séroconversion
Vechta (Basse-Saxe, All.) Stöver (2000); Jacob et Stöver (2000)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de séroconversion
Vierlande (État de Hambourg, All.) Heinemann et Gross (2001)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de données
Basauri (Grand Bilbao, Esp.) Menoyo et al. (2000)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Pas de données	Pas de séroconversion
Isaphan et Amadan (Téhéran, Iran) Shabazi et al. (2010)	Pas de données	Pas de données	Diminution importante	Pas de données
Branesti, colonies pénitentiaires 4 et 15 de Cricova, Prunucl, Rusca Hooever et Jürgens (2009)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution
Hindelabank (Canton de Berne, Suisse) Nelles et al. (1999)	Diminution	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de séroconversion
Realta/Cazis (canton des Grisons, Suisse) Nelles et al. (1997)	Diminution	Pas d'augmentation	Cas particuliers	Pas de séroconversion

Reproduit d'après Obradovic (2012).

D'après ce tableau, il est remarquable que les évaluations révèlent assez systématiquement :

- une diminution ou une absence d'effet sur la consommation de drogues;
- une absence d'effet sur l'injection de drogues;
- une diminution ou une absence d'effet sur le partage de seringues;
- hormis une prison où une infection et quatre séroconversions sont survenues pendant le suivi, une diminution de l'incidence du VIH/VHC ou l'absence d'événements de séroconversion.

En outre, l'auteure souligne que les évaluations n'ont montré aucun cas de séroconversion du VHB. Elle souligne plusieurs autres « bénéfiques connexes » repérés dans une ou plusieurs des évaluations recensées :

- une réduction du nombre d'abcès;
- une augmentation du recours aux soins;

- une sensibilisation accrue aux risques de transmission des infections et aux comportements à risque;
- une réduction du nombre d'incidents impliquant des seringues dissimulées lors de fouilles;
- les membres du personnel savent combien de seringues sont en circulation, quels détenus en possèdent et où elles sont entreposées dans les chambres (Obradovic 2012, p.8)⁴⁴.

Elle souligne enfin que les évaluations ne rapportent aucun cas d'usage de seringues comme arme, contrairement à ce que craignaient certains avant l'implantation des PESP (Obradovic 2012, p.8).

Qualité méthodologique des évaluations. On souligne dans la revue de littérature synthétisée ici quelques tenants et aboutissants méthodologiques des évaluations recensées. D'une part, on note que les évaluations ont porté sur des programmes d'établissements relativement petits, avec moins de trois cents personnes en détention, et les résultats sont plus ou moins généralisables à de plus gros centres. En second lieu, et comme c'est le cas dans plusieurs autres interventions que couvre cet avis, la collecte de données repose largement sur l'autodéclaration par les participants aux recherches et les recherches sont de type observationnel (Obradovic 2012, p.9). Comme nous l'avons noté dans le cas d'autres interventions, ces enjeux méthodologiques seront abordés dans une section subséquente concernant les enjeux transversaux à plusieurs interventions.

3.3.5 ASPECTS JURIDIQUES

Dès le milieu des années 1990, un professeur de droit a évalué que le potentiel de poursuite des services correctionnels canadiens pour négligence d'offrir des seringues stériles était important. Selon lui, plusieurs éléments nécessaires au type de démonstration légale qu'une telle poursuite implique étaient à ce moment réunis (Malkin 1996). Une telle poursuite a effectivement été déposée en 2012 par une coalition d'organisations à l'endroit des services correctionnels canadiens⁴⁵. Les plaignants cherchent à forcer les services correctionnels fédéraux à instaurer des PESP dans l'ensemble de leurs établissements. Toutefois, les tribunaux canadiens se sont généralement limités à une interprétation voulant que la *Charte canadienne des droits et libertés* protège contre des actions des autorités publiques. En effet, les tribunaux se sont montrés réticents, face à l'inaction des autorités, à leur imposer la mise en œuvre d'une intervention précise afin de protéger un droit garanti (autrement dit, à interpréter la Charte de façon positive). Dans ce cas, un jugement favorable aux plaignants constituerait un changement dans la jurisprudence et aurait probablement des conséquences pour les prisons québécoises — en surcroît des pénitenciers fédéraux qui sont l'objet du litige.

Outre cette question en suspens, les enjeux juridiques propres au PESP (par rapport aux PES) semblent pouvoir se réduire à la question de la confidentialité médicale pour les personnes UD. Comme nous l'avons noté plus haut, les PESP exigent parfois que les personnes s'inscrivent auprès des autorités médicales pour pouvoir bénéficier des services. Aussi, les pratiques d'échange de seringues dans un milieu aussi peu anonyme peuvent révéler implicitement tous les problèmes de santé des participants à ces programmes. Les autorités qui offriraient des PESP devraient vraisemblablement élaborer des mécanismes et des procédures (de distribution et de récupération de seringues, notamment) pouvant garantir la confidentialité des informations médicales.

⁴⁴ À la prison de Champ-Dollon, en Suisse, où environ quatre cents seringues sont distribuées annuellement, le taux de retour des seringues usagées n'est que de 72 %. Cela s'expliquerait par le fait qu'il s'agit d'une prison préventive d'où les détenus ressortent rapidement, avec leurs trousses d'injection encore non utilisées (AITQ 2012).

⁴⁵ Lien consulté le 15 mars 2015 : <http://www.cbc.ca/news/canada/lawsuit-seeks-needle-exchange-programs-for-prisons-1.1221229>

3.3.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Sur le plan épidémiologique, en 2003 au Québec, 3 % des personnes incarcérées étaient infectées par le VIH et 19 % par le virus de l'hépatite C. Ces taux d'infection touchent majoritairement les personnes UDI (AITQ 2012). En outre, 4 % des hommes et 1 % des femmes affirment s'être déjà injectés pendant leur incarcération (AITQ 2012). Dans les établissements fédéraux, 11 % des détenus affirmaient s'être déjà injectés depuis le moment de leur arrivée en prison, selon une enquête menée en 1995 (Chu et Elliott 2009). Différentes mesures de réduction des méfaits sont déjà mises en place dans des établissements pénitentiaires provinciaux et fédéraux pour faire face à ces phénomènes, dont : « la distribution de condoms, la mise en disponibilité d'eau de Javel et le traitement d'entretien à la méthadone » (Chu and Elliott 2009, p. 1).

Or, si l'usage de javellisant s'est avéré efficace pour éliminer des traces de VIH, il ne contribuerait pas à réduire considérablement les risques d'hépatite C. En outre, plusieurs études ont démontré que les personnes UDI ne savent pas toujours comment désinfecter adéquatement une seringue à l'eau de Javel. De plus, cette méthode de désinfection ne serait pas nécessairement appropriée pour les seringues artisanales qui circulent le plus souvent en prison. Les détenus UDI seraient particulièrement réticents à se procurer de l'eau de Javel, craignant d'alerter les agents correctionnels sur leur consommation de drogues. En somme, si la distribution d'eau de Javel en prison représente un pas en avant intéressant, elle ne saurait remplacer l'échange de seringues comme mesure efficace de réduction des méfaits liés aux drogues injectables (Chu & Elliott, 2009; Kerr and Jürgens 2004).

À ce sujet des PESP, l'Agence de la santé publique du Canada écrivait en 2002 :

Le SCC [Service correctionnel du Canada] fournit actuellement aux détenus des trousse de désinfection à l'eau de Javel pour leur permettre de nettoyer leurs aiguilles, et a récemment mis en place un projet de salon de tatouage dans six prisons fédérales. Actuellement, le SCC n'offre pas de programme d'échange d'aiguilles [*sic*] aux détenus, en vertu de sa politique de « tolérance zéro » vis-à-vis de la consommation et du trafic de drogues en prison, mais aussi dans le souci de préserver la santé des détenus et la sécurité des établissements. Des négociations ont été engagées entre le SCC et l'Agence de la santé publique du Canada concernant la mise en place d'un éventuel projet pilote collaboratif dans les établissements correctionnels fédéraux⁴⁶.

Le fait que la situation n'ait pas évolué depuis plus de dix ans maintenant — et que la situation soit la même dans le réseau des prisons provinciales — semble indiquer un déficit d'acceptabilité de ces programmes. Ce déficit tient aux positions d'un certain nombre d'acteurs, dont les services correctionnels, une part importante de la population et ses représentants élus.

L'instauration d'un programme d'échange de seringues en prison suscite en effet des inquiétudes dans le milieu correctionnel en général, et chez les agents correctionnels en particulier. La principale crainte exprimée concerne la sécurité des agents, mais aussi celle des détenus. Les agents craignent qu'eux-mêmes ou des détenus soient attaqués avec les seringues, ou encore blessés accidentellement par une seringue lors d'une fouille. Ils craignent également d'éventuelles infections dues au contact avec une seringue souillée (AITQ 2012). Ces appréhensions, qui se manifestent dans un contexte où le milieu correctionnel est aux prises avec de nombreux défis liés à la gestion des troubles mentaux et à la surpopulation carcérale, représentent un obstacle important à la mise en place de tels programmes. En outre, dans ce milieu comme dans la population en général et chez les élus, l'idée que l'on puisse « accepter » la consommation de drogues en prison crée une dissonance cognitive et éthique qui génère d'importants clivages et tensions. Dans l'esprit de plusieurs, la prison

⁴⁶ Lien consulté le 27 mars 2014: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-6-2-fra.php>

est un rouage important du dispositif visant à assurer l'abstinence par rapport à la consommation de drogues.

Le phénomène n'est toutefois pas immuable, comme le montre l'existence de PESP depuis de nombreuses années dans plusieurs pays, dont certains sont aux prises avec les mêmes défis. Dans une prison suisse, par exemple, l'expérience des PESP semble avoir mené à une plus grande acceptabilité de ces programmes auprès des agents correctionnels. C'est en effet ce qui semble s'être produit à la prison de Champ-Dollon, où un programme d'échange de seringues a été instauré en 2004. Un PESP y a été mis en œuvre après qu'un accord eut été trouvé avec le syndicat des gardiens qui, au départ, s'opposait à la mesure. Aucun cas d'agression à la seringue envers des membres du personnel ou des codétenus ni de blessures accidentelles n'a été rapporté sur une période de sept ans. Les rares incidents rapportés concernent des seringues n'ayant pas été rangées à l'endroit approprié dans la cellule (AITQ 2012). Le syndicat des gardiens de la prison de Champ-Dollon croit désormais que la sécurité de ses membres a été renforcée plutôt que menacée depuis l'instauration du programme, en mettant notamment fin au trafic de seringues à l'intérieur des murs (AITQ 2012).

3.4 Programmes de logements à bas seuil d'accessibilité (PLBSA)

3.4.1 DESCRIPTION

Le concept de programmes de logements à bas seuil d'accessibilité désigne une offre de logement permanent, de services sociaux et de santé faite à un groupe de personnes qui vivent en situation d'itinérance de rue de longue durée. L'offre concerne spécifiquement des personnes vivant des problèmes importants de toxicomanie et, bien souvent, de santé mentale plus largement. Le logement est dit à bas seuil d'accessibilité, car il est offert sans condition d'engagement préalable, dans un processus de réadaptation ou traitement⁴⁷. Par ailleurs, cela n'empêche pas qu'une rencontre périodique avec des personnes responsables de l'offre de soins et de services soit parfois une condition de maintien en logement. L'offre de logement ne prend pas fin lorsqu'un bénéficiaire est « rétabli » ou « réadapté ». Afin de consacrer cette dissociation des deux offres, l'organisation qui gère le logement n'est généralement pas celle qui offre les services sociaux et de santé.

On peut distinguer deux grands modèles d'offre de logement à bas seuil. D'une part, l'offre peut être centralisée dans des édifices regroupant plusieurs logements. Ces bâtiments sont généralement de propriété publique ou sociale et gérés par des OBNL⁴⁸. D'autre part, l'offre de logement peut être dispersée dans des appartements séparés sur un territoire donné. Ces appartements sont généralement de propriété privée et à but lucratif. Par contre, certains programmes européens ont utilisé des unités dans des édifices de logements sociaux (Busch-Geertsema 2013, p.5)⁴⁹. L'offre de services sociaux et de santé est dans les deux cas effectuée par les organisations responsables sur le territoire où sont situés les logements, et elle varie d'une juridiction à l'autre⁵⁰.

⁴⁷ Les expressions « *housing first* » (logement d'abord) et « *treatment first* » (traitement d'abord) permettent de contraster rapidement les approches à bas seuil et celles à haut seuil.

⁴⁸ Voir une offre de ce type à Seattle, dans l'État de Washington, lien consulté le 16 novembre 2013 : http://www.desc.org/aurora_house.html.

⁴⁹ Voir une offre de ce type à New York, dans l'État de New York, Lien consulté le 16 novembre 2013 : <http://pathwaystohousing.org/our-model/>.

⁵⁰ L'offre est en effet potentiellement très modulable. Par exemple, l'agence régionale de santé de Vancouver (Vancouver Coastal Health) examine présentement la possibilité d'utiliser les édifices de logements à bas seuil pour bonifier son offre de services d'injection supervisée.

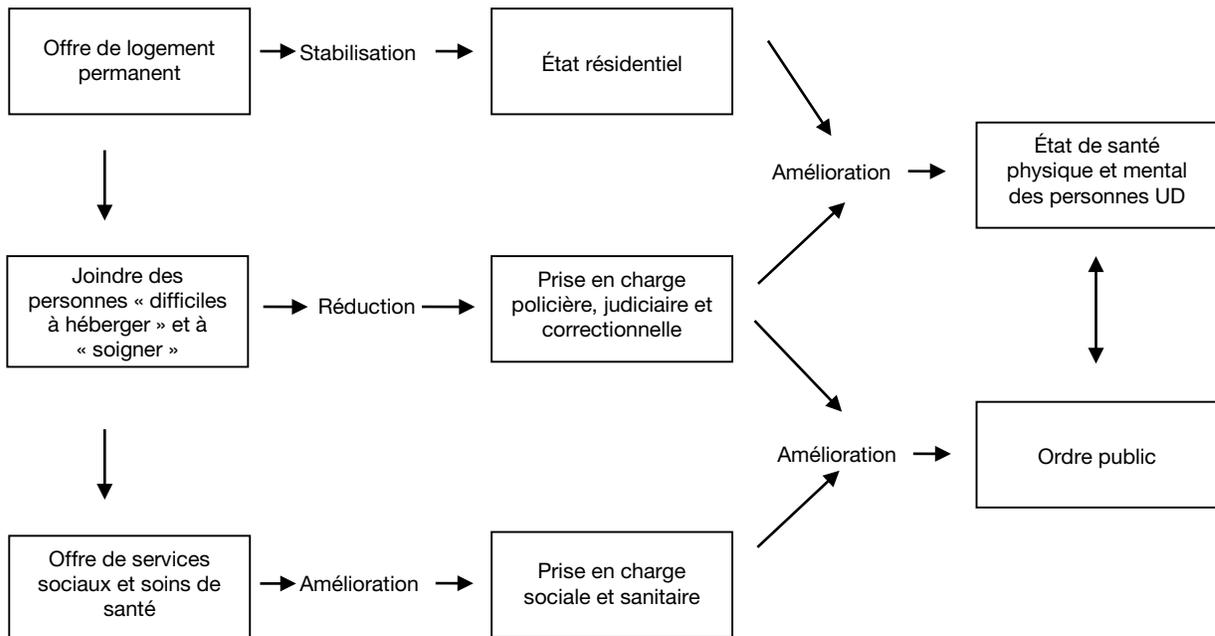
3.4.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

Par leur situation de vie et leur état social et de santé, plusieurs des personnes qui se trouvent en situation d'itinérance de longue durée (parfois dite chronique) et qui vivent avec des troubles de toxicomanie ou de santé mentale importants sont dans l'impossibilité d'amorcer une démarche de réadaptation. Dans ce cas, elles sont le plus souvent considérées comme « difficiles à héberger » (voire « impossibles à héberger ») dans les logements sans services et sont en même temps exclues des services de logement associés à un traitement. En outre, par leur situation de vie largement publique, elles se trouvent souvent au cœur de tensions communautaires importantes. Ces tensions les exposent à diverses sanctions (notamment judiciaires) aux conséquences importantes sur les plans social et de la santé. Le but premier de ces programmes, qui est aussi leur principal mécanisme d'action, est de stabiliser la situation résidentielle et l'état social et de santé de ces personnes.

La littérature justifiant ces programmes démontre qu'en stabilisant la situation résidentielle, on souhaite atteindre les objectifs suivants :

- une stabilisation à court terme de l'état de santé physique et mental et une amélioration de celui-ci à moyen et à long termes;
- une amélioration de l'ordre public.

Figure 6 La logique d'action des PLBSA



3.4.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

L'origine des édifices publics de logements qui regroupent plusieurs unités et sont gérés par des OBNL se situe probablement à Portland (Oregon), aux États-Unis d'Amérique. L'origine du modèle qui consiste à offrir le logement dans des unités éparpillées sur le marché privé provient probablement de New York (État de New York), toujours aux É.-U. A. Des offres de logement à bas seuil existent dans plus de deux cents villes dans ce pays (Stefancic et Tsemberis 2007, p.266). Dans les deux cas, ces développements se sont produits au cours de la décennie 1990 et font partie de stratégies locales et fédérales destinées à « mettre fin à l'itinérance chronique ».

Des programmes existent aussi dans plusieurs villes européennes et un projet de recherche européen à propos de certains de ceux-ci a été entrepris (concernant Amsterdam, Budapest, Copenhague, Glasgow et Lisbonne)⁵¹. En 2011, le gouvernement français a aussi lancé un programme de recherche portant sur les programmes de logements à bas seuil⁵².

3.4.4 LES ÉVALUATIONS

Des évaluations de programmes de logements à bas seuil suivant les deux modèles évoqués ont été effectuées et d'autres sont en cours. Dans leur revue de la littérature publiée jusqu'en 2005, des auteurs expliquent en conclusion que :

...notre revue de littérature montre clairement qu'une offre de logement permanent accompagné de services de soutien pour les personnes en situation d'itinérance et vivant avec des problèmes de santé mentale produit des effets positifs relativement importants sur le statut résidentiel [...] Par contraste, une offre de traitement résidentiel, dans laquelle le logement est offert seulement durant le processus de traitement, n'a pas d'effet sur le statut résidentiel (Nelson, Aubry *et al.* 2007, p.35, traduction libre).

Cette conclusion constitue le point de départ de la présente revue de littérature. Globalement, nous nous concentrons ici sur les évaluations publiées à partir de 2005 et qui n'ont pas été examinées par Nelson et ses collaborateurs. Toutefois, nous avons aussi retenu ici certaines études qu'ont examinées ces auteurs, lorsqu'elles permettaient d'éclairer de manière particulière certaines dimensions des interventions. En outre, précisons que les évaluations portent sur plusieurs dimensions différentes et qu'elles les abordent de manières très diverses. De plus, elles sont souvent riches sur le plan qualitatif, ce qui rend impossible de les synthétiser de manière complètement fidèle, même lorsqu'elles sont potentiellement intéressantes. Par exemple, une évaluation a notamment considéré les pratiques de sélection des bénéficiaires de deux organisations offrant du logement à bas seuil, montrant qu'une des deux avait tendance à effectuer une sélection plus restrictive (Stefancic and Tsemberis 2007).

Nous aborderons les dimensions qui nous semblent les plus significatives, dont les effets des programmes sur :

- la stabilité résidentielle;
- l'utilisation des services sociaux et de soins de santé;
- la consommation de substances psychoactives et la santé mentale;
- la qualité de vie et la participation sociale.

⁵¹ Lien consulté le 7 novembre 2013 : <http://www.socialstyrelsen.dk/housingfirsteurope>

⁵² Lien consulté le 8 novembre 2013 : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INPSY_8903_0233

Nous traiterons également les évaluations permettant de juger certains tenants et aboutissants financiers des programmes.

La stabilité résidentielle. Dans les évaluations recensées, la stabilité résidentielle est mesurée de diverses façons et à différents moments après l'intervention. Plusieurs évaluations ont comparé le programme offert par l'OBNL Pathways to Housing (pionnière de l'approche new-yorkaise) à un ensemble de programmes à haut seuil d'accessibilité (selon l'approche dite *continuum of care* ou continuum de soins) dans la ville de New York. Elles emploient essentiellement la même méthodologie et concernent plus ou moins le même groupe de participants. Globalement, elles indiquent des taux d'hébergement — soit le pourcentage de temps hébergé dans un logement dans les six mois précédents — significativement plus élevés pour le groupe ayant bénéficié du programme à bas seuil. Pour celui-ci, ces taux variaient de 65 % à 90 % jusqu'à 48 mois après le début du programme. Chez les bénéficiaires des services à haut seuil, les taux variaient de 15 % à 50 %. Dans le même ordre d'idées, la proportion moyenne du temps en situation d'itinérance était pour les bénéficiaires de l'offre à bas seuil de moins de 10 % et d'un peu moins de 30 % pour les bénéficiaires de services à haut seuil (Tsemberis, Gulcur *et al.* 2004, pp. 654-655; Padgett, Gulcur *et al.* 2006, p.79). Une étude montre en particulier que les usagers du programme à bas seuil se sont trouvés en situation d'itinérance beaucoup moins souvent que ceux des programmes à haut seuil, qu'ils provenaient initialement « de la rue » ou « d'institutions psychiatriques » (Gulcur, Stefancic *et al.* 2003, p. 177).

Une autre évaluation a comparé trois groupes de personnes participant à des programmes de logements distincts dans un comté suburbain de l'État de New York. Un groupe bénéficiait d'un programme « logement d'abord » offert par un consortium d'OBNL offrant jusque là des services à haut seuil, un deuxième groupe participait à un programme de l'OBNL Pathways to Housing et un troisième groupe bénéficiait de l'offre de services sociaux et de santé régulière. L'OBNL Pathways to Housing offrait alors ce type de programme pour la première fois hors des quartiers centraux de la ville de New York. L'évaluation a perdu la trace de près de la moitié des 51 participants du groupe bénéficiant de l'offre régulière, et ne laisse voir qu'un cas où une personne est parvenue à obtenir et à maintenir un logement permanent après vingt mois de suivi. Les autres participants ont abandonné le programme, ont quitté le comté, ou ont été hébergés dans des logements offrant des services sociaux et de santé ou n'avaient pas autrement obtenu ou conservé de logement permanent. Par contraste, les bénéficiaires des deux programmes à bas seuil, offerts par Pathways ou par le consortium, ont respectivement présenté des taux de rétention de 89 % et de 79 % après vingt mois, et de 78 % et 57 % après 47 mois (Stefancic et Tsemberis 2007, pp.272-273).

Une étude comparant trois programmes⁵³ aux caractéristiques variables (services sociaux et de santé sur place ou non, unités dispersées ou regroupées, etc.) indique, en moyenne, un taux d'hébergement de 84 % des participants après 12 mois, avec de légères variations non statistiquement significatives entre les programmes (Pearson, Montgomery *et al.* 2009, p.410). Des 16 % non hébergés après 12 mois, une proportion similaire était décédée, avait été incarcérée, avait agressé d'autres résidents ou souhaitait conserver un mode de vie errant (Pearson, Montgomery *et al.* 2009, p.411). Cette étude montre aussi que les participants provenant directement de la rue sont ceux qui ont le plus souvent quitté le programme après 12 mois. Inversement, ceux qui venaient de refuges, d'hôpitaux psychiatriques et d'autres établissements (comme la prison) étaient les plus susceptibles d'être encore hébergés. Selon les auteurs, cela explique les légères variations entre les programmes. D'autres variations statistiquement significatives furent les suivantes : les femmes ont davantage conservé leur logement; les « noirs » ont davantage quitté leur logement; et le niveau

⁵³ Les trois programmes sont Downtown Emergency Service Center (DESC - Seattle, Washington), Pathways to Housing (New York, New York) et Reaching Out and Engaging to Achieve Consumer Health (REACH - San Diego, Californie.)

d'éducation était corrélé à la conservation du logement. Le degré d'organisation comportemental et psychologique était aussi associé à la conservation du logement (Pearson, Montgomery *et al.* 2009, pp.411-412). Les personnes ayant conservé leur logement après 12 mois avaient passé en moyenne trente jours de l'année dans « d'autres milieux de vie » (rue, hôpitaux, etc.) et ceux qui l'ont quitté (et qui n'étaient donc pas demeurées toute l'année dans le programme sous évaluation) avaient passé en moyenne 61 jours dans d'autres milieux. Un programme (REACH) a présenté une moyenne significativement plus élevée que les autres programmes. En ce qui a trait aux journées d'absence, les auteurs spéculent que cela pourrait être dû à de plus grandes restrictions au sujet de la consommation de substances psychoactives. Sans que ce résultat soit expliqué, ce même programme a aussi vu le plus de participants changer de logement au cours de l'année d'étude (Pearson, Montgomery *et al.* 2009, p.413). Toutefois, le programme semble structuré de manière telle à mener graduellement les participants vers un logement en unité isolée, en passant par diverses formes de logements de transition (« *safe haven* », hôtels de chambres, etc.), ce qui pourrait expliquer ces résultats. Les perceptions des participants sur leur « placement en logement » ont été explorées, mais le portrait général révèle peu de différences quant au niveau d'appréciation, à l'exception des participants ayant été hébergés dans un des hôtels de chambres dans le cadre de REACH — leur niveau d'appréciation était plus bas (Pearson, Montgomery *et al.* 2009, p.414). Cela pourrait aussi expliquer en partie les résultats.

Une autre évaluation a utilisé la méthode de la cohorte rétrospective dans le cadre des programmes de DESC à Seattle, afin de vérifier l'influence du passé criminel sur la stabilité résidentielle des participants. Elle indique qu'après deux ans de participation, ni l'existence ni le type d'histoire criminelle ne sont statistiquement associées à la stabilité résidentielle, qui s'est avérée de 72 % pour l'ensemble des participants (n=249) (Malone 2009, p.227). En outre, parmi l'ensemble des variables testées dans une analyse multivariée, seul l'avancement en âge s'est avéré positivement corrélé avec la stabilité résidentielle (Malone 2009, p.227). L'auteur estime que cela s'explique peut-être par le décès prématuré des personnes ayant des troubles d'adaptation plus sérieux ou par le fait que les personnes plus âgées quittent peut-être moins leur logement en raison de limitations physiques (Malone 2009, p.228).

Une autre évaluation a comparé un groupe ayant bénéficié de programmes de « logement d'abord » avec un groupe ayant bénéficié des services sociaux et de santé réguliers dans le comté de San Diego, en Californie. Elle a examiné différents indicateurs sociaux et de santé lors des années ayant précédé et suivi l'accès aux services. Le but premier de l'évaluation était de comparer les effets des deux types d'intervention sur l'utilisation et les coûts des services sociaux et de santé ainsi que sur la qualité de vie de ces deux groupes. Les auteurs ne comparent pas les effets de ces types d'intervention sur la situation résidentielle des deux groupes, mais ils montrent néanmoins des effets sur la situation résidentielle du groupe ayant profité des logements à bas seuil. En effet, le nombre moyen de jours passés en logement a augmenté de 48 à 123 (99 %), alors que celui passé en situation d'itinérance (de 191 à 62 ou -67 %) ou dans le système de justice (de 26 à 6 ou 77 %) a significativement diminué. Quant au nombre moyen de jours passés dans des refuges d'urgence ou « ailleurs/inconnu », il paraissait avoir augmenté, mais de manière non significative sur le plan statistique (Gilmer, Stefancic *et al.* 2010, p.649).

Par ailleurs, dans une autre évaluation, des chercheurs ont examiné une initiative, Collaborative Initiative to Help End Chronic Homelessness (CIHECH) qui englobait incluant 11 programmes états-uniens de « logement d'abord ». Elle a exploré les liens entre l'historique d'incarcération d'un groupe de participants à l'initiative, l'utilisation des services sociaux et des soins de santé, et les résultats de ces évaluations. Aux fins de l'analyse, le groupe a été divisé en trois, selon la durée d'incarcération à vie : aucun historique d'incarcération; pendant un an ou moins; pendant plus d'un an. L'évaluation

vérifie une longue série de variables sociodémographiques, en sus de l'historique d'incarcération. Après un an, il n'y avait aucune différence entre les trois groupes, peu importe l'indicateur de stabilité résidentielle considéré (Tsai 2012, p.317).

Une autre évaluation, parente de celle concernant le programme DESC de Seattle, avait pour objectif d'explorer les liens entre l'histoire criminelle, la participation à un programme de logement à bas seuil et l'incarcération subséquente des participants. Le suivi a été effectué pendant une période de deux ans suivant leur admission dans le programme. L'évaluation montre que ni le nombre de crimes ni le nombre de délits commis ne sont associés à la stabilité résidentielle (Clifasefi, Malone *et al.* 2013, p.293).

L'utilisation des services sociaux et de soins de santé. L'examen des évaluations portant sur l'utilisation des services sociaux et de santé révèle également diverses façons de mesurer et des mesures prises à différents horizons temporels suite à l'intervention. La première évaluation du programme Pathways to Housing à New York indique que les participants au programme à bas seuil ont été moins longtemps hospitalisés que ceux du programme à haut seuil servant de groupe témoin, le programme ayant apparemment un effet plus important pour les participants provenant « d'institutions psychiatriques » (Gulcur, Stefancic *et al.* 2003, pp.179-180). La seconde évaluation démontre que les personnes ayant bénéficié de ce programme à bas seuil utilisaient nettement moins les services de traitement de la toxicomanie que ceux ayant bénéficié des services à haut seuil. En outre, il appert que cette différence s'est accentuée graduellement au fil des 24 mois de l'enquête : le premier groupe a réduit son usage et le second l'a augmenté (Tsemberis, Gulcur *et al.* 2004, pp.654). La troisième étude a étendu la période de suivi et indique pour sa part que les usagers des services à haut seuil ont davantage utilisé les services de réadaptation en dépendance et de psychiatrie, et ce, à tous les intervalles de suivi (Padgett, Gulcur *et al.* 2006, p.79).

Une évaluation porte sur un programme destiné à des personnes aux prises avec une dépendance sévère à l'alcool à Seattle, dans l'État de Washington (É.-U. A.)⁵⁴. Les auteurs notent qu'après six mois d'hébergement, l'utilisation de services sociaux et de santé (refuge, hôpital, centre de désintoxication, centre de dégrisement) a, de manière générale, significativement diminué chez un groupe de personnes ayant obtenu un logement comparativement à un groupe demeuré sur une liste d'attente. Par contre, au cours de cette même période, le groupe hébergé a augmenté son utilisation des services d'urgence préhospitaliers et le groupe demeuré sur la liste d'attente l'a diminuée. Cela demeure vrai nonobstant le fait qu'après 12 mois, l'utilisation de ces services par le groupe hébergé a diminué par rapport à son utilisation initiale (Larimer 2009, p. 1353).

Une évaluation a comparé des groupes de participants à des programmes de « logement d'abord » et des usagers de l'offre régulière dans le comté de San Diego. Elle démontre que les personnes hébergées dans les services à bas seuil utilisent davantage les services de santé mentale en externe que les personnes ayant amorcé des programmes dans le cadre de l'offre de soins régulière. Précisément, le nombre de visites par le groupe de « logement d'abord » a été plus élevé par rapport à tous les indicateurs retenus, soit le nombre de visites pour « gestion de cas » (35 visites supplémentaires), « gestion de la médication » (24), et « thérapie/réadaptation » (19). Inversement, l'utilisation relative de services de santé par ce groupe a diminué pour les services offerts « à

⁵⁴ Nous l'avons conservée ici, car même si les bénéficiaires ont été recrutés en raison de leur dépendance à l'alcool, la logique d'action demeure la même et il est plutôt courant que les membres de ce groupe consomment aussi des substances illicites. D'ailleurs, cet article explique la perte d'un certain nombre de participants en raison de décès associés à l'usage de ces substances illicites.

l'interne » (-14 %), à l'urgence (-32 %) et dans le système de justice (-17 %) (Gilmer, Stefancic *et al.* 2010, pp.649-650).

L'évaluation ayant examiné l'initiative CIHECH démontre une absence de différence en matière d'utilisation de services sociaux et de santé entre des groupes ayant des historiques d'incarcération variés (Tsai 2012, p.318).

La consommation de substances psychoactives, la toxicomanie et la santé mentale. Dans les évaluations, les mesures employées et les moments suivant l'intervention où sont mesurés les effets sont également diversifiés. Deux des évaluations comparatives impliquant le programme Pathways to Housing à New York n'indiquent aucune différence dans la consommation ou dans les symptômes psychiatriques des groupes ayant bénéficié des services à bas seuil ou à haut seuil, et ce, jusqu'à 48 mois après le début du programme (Tsemberis, Gulcur *et al.* 2004, p.654, Padgett, Gulcur *et al.* 2006).

Une revue de littérature de type « réaliste » a examiné une série de programmes destinés aux personnes vivant en situation d'itinérance et aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie importants. Ces programmes offraient tous une variété de services sociaux et de santé, incluant une forme ou une autre d'hébergement. L'un de ceux-ci était Pathways to Housing, de la ville de New York. La revue de littérature révèle que ce programme a réduit les symptômes psychiatriques, mais qu'il n'a eu aucun effet sur la consommation de substances psychoactives (O'Campo, Kirst *et al.* 2009, p.973). Par ailleurs, la revue de littérature qualifie de « stratégies prometteuses » certaines interventions — particulièrement en ce qui concerne les problèmes de santé mentale — et celles-ci font toutes partie du programme Pathways to Housing : un accent sur le choix du client dans les décisions concernant le traitement, des relations interpersonnelles positives entre le client et celui qui fournit le service, une offre de service plus large que des interventions en santé mentale et toxicomanie, et une approche non restrictive (O'Campo, Kirst *et al.* 2009, p.983).

L'évaluation comparant les programmes DESC, REACH et Pathways to Housing ne montre aucun changement dans les symptômes psychiatriques ou dans la consommation de substances après 12 mois (Pearson, Montgomery *et al.* 2009, p.414).

Une étude subséquente, « parente » de celle concernant le programme destiné à des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance à l'alcool à Seattle (évoquée plus tôt), a pris comme objet les trajectoires de consommation d'alcool des participants. Le suivi a été effectué jusqu'à deux ans après l'entrée dans un PLBSA, mais dans ce cas, aucune comparaison avec un groupe sur une liste d'attente n'a été effectuée. Cette étude indique une association linéaire significative entre le temps passé dans le programme de « logement d'abord » et les indicateurs de consommation retenus. Ainsi, pour chaque trimestre passé dans le programme, la quantité d'alcool que les participants ont rapporté avoir consommé quotidiennement au cours des trente jours précédents diminue de 7 % et la quantité maximale dans une journée, de 8 %. En outre, chaque trimestre passé dans le programme augmente de 21 % la probabilité que les participants rapportent n'avoir pas bu jusqu'à l'intoxication, réduit de 30 % celle de rapporter un épisode de *delirium tremens* et réduit de 4 % celle de rapporter des « symptômes de dépendance » à l'alcool (Collins, Malone *et al.* 2012, pp.513-514).

L'évaluation ayant examiné l'initiative CIHECH révèle une absence de différence en matière de consommation de substances psychoactives (incluant la toxicomanie) et de santé mentale entre les groupes aux histoires d'incarcération différentes, et ce, un an après l'entrée dans les programmes (Tsai 2012, p.318).

La qualité de vie et la participation sociale. L'évaluation qui a comparé des groupes de participants à des programmes de « logement d'abord » et à l'offre régulière dans le comté de San Diego indique que les personnes hébergées dans les services à bas seuil rapportent une qualité de vie significativement meilleure, et ce, dans toutes les dimensions explorées. En effet, elles ont exprimé un niveau supérieur de « satisfaction générale envers la vie », et leurs réponses indiquent une meilleure appréciation de leur « situation de vie », de leurs « loisirs », « activités quotidiennes », relations familiales et sociales, « enjeux légaux et de sécurité » et « santé » (Gilmer, Stefancic *et al.* 2010, p.650).

La première évaluation portant sur un programme de Seattle destiné aux personnes aux prises avec une dépendance sévère à l'alcool (DESC). Elle révèle que le nombre moyen d'admissions et de journées passées en prison ont plus significativement diminué chez un groupe de personnes ayant obtenu un logement à bas seuil que chez un groupe demeuré sur une liste d'attente pour ce type d'hébergement, et ce, six mois après le début de l'hébergement (Larimer 2009, p. 1353).

Un an après l'entrée dans les programmes, l'évaluation ayant examiné l'initiative CIHECH indique une absence de différence en ce qui a trait à l'adaptation communautaire (incluant la qualité de vie subjective, l'emploi et le revenu) entre les groupes aux histoires d'incarcération différentes. Une des seules différences significatives est l'état de santé physique, qui s'est révélé plus dégradé chez les participants ayant un historique d'incarcération de plus d'un an que chez les deux autres groupes (Tsai 2012, pp.317-318). Sans avoir d'information précise à ce sujet, les auteurs estiment que cela peut être dû à la difficulté à avoir accès à des services de santé en milieu carcéral (Tsai 2012, p.320).

L'autre évaluation concernant le programme DESC de Seattle révèle que le nombre d'admissions en prison a significativement diminué, passant d'une moyenne de 3,4 par année dans les deux ans précédant l'entrée dans le programme à 1,5 par année dans les deux ans suivant cette entrée. Les journées d'incarcération ont aussi significativement diminué, passant d'une moyenne de 41,2 à 18,1 pour les mêmes périodes (Clifasefi, Malone *et al.* 2013, p.293). En outre, la participation au programme était le facteur prédictif le plus important de ces résultats, et ceux-ci s'accroissaient en parallèle au temps passé dans le programme. Sur le plan statistique, le passé criminel n'y était pas associé (Clifasefi, Malone *et al.* 2013, p.294).

Dans le cadre du volet vancouverois du projet *At Home/Chez soi*, une évaluation de type essai randomisé a examiné les effets du PLBSA sur la qualité de vie subjective des participants. L'analyse procède en considérant que les participants au projet de recherche ont reçu un logement dans un immeuble regroupant plusieurs unités, un appartement individuel ou aucun logement (cas de figure dans lequel ils ont reçu l'offre régulière de services sociaux et de soins de santé). Des suivis ont été effectués avec les participants après six et douze mois dans le programme de recherche. À ces deux moments de suivi, les participants ayant reçu un logement ont connu des améliorations significatives de leur qualité de vie subjective. Cela est vrai tant dans l'absolu que relativement aux participants n'ayant pas reçu de logement. Ces améliorations sont visibles pour chacune des six sous-dimensions qu'a explorées l'étude (famille, situation financière, loisirs, situation de vie, sécurité et rapports sociaux). Les améliorations sont particulièrement marquées pour les dimensions « sécurité » et « situation de vie ». Aucune différence significative n'a été observée entre les participants ayant bénéficié de logements dans des édifices dispersés sur le territoire et ceux ayant bénéficié de logements dans des édifices regroupant plusieurs unités (Patterson, Moniruzzaman *et al.* 2013, pp.1249-1256).

Une étude exploratoire des points de vue de participants à tous les volets du projet *At Home/Chez soi* a examiné le processus d'engagement dans l'intervention et la réadaptation précoce (« *early recovery* »). Les entrevues semi-structurées ont été menées dans le mois suivant l'entrée en logement, soit avant l'obtention des services sociaux et de soins de santé. L'analyse narrative révèle que la plupart des participants « décrivent le rôle de l'hébergement comme leur permettant de s'orienter vers le futur et de se réapproprier une identité positive. Toutefois [...] un sous-groupe de participants a décrit une lutte contre la démoralisation, des difficultés d'ajustement, et de l'isolement social. Ces défis rendaient difficile, pour les participants, la contemplation d'une possibilité de réadaptation » (Polvere, Macnaughton *et al.* 2013, p.111).

Les coûts de l'intervention. Quelques évaluations abordent d'une façon ou d'une autre les dimensions financières de ces interventions. À New York, une des évaluations comparatives du programme Pathways to Housing révèle, en excluant du calcul les jours où les personnes étaient en situation d'itinérance, que les coûts d'utilisation de services sociaux et de santé pour les participants du programme à bas seuil étaient significativement plus bas que ceux pour les participants aux programmes à haut seuil, et ce, jusqu'à 24 mois après le début du programme (Gulcur, Stefancic *et al.* 2003, pp.180-181). L'évaluation concernant deux programmes à bas seuil offerts par l'OBNL Pathways to Housing et un consortium d'organisation ainsi que l'offre régulière d'un comté suburbain de l'État de New York indique, en moyenne, pour les programmes à bas seuil, des coûts d'hébergement de 20 410 \$ comparativement à des coûts de 24 269 \$ à 43 530\$ pour les différents refuges du comté (les indemnités forfaitaires journalières versées à chacun des refuges sont variables) (Stefancic et Tsemberis 2007, pp.273-274).

L'évaluation du programme de Seattle pour des personnes aux prises avec une dépendance sévère à l'alcool signale que les coûts en services sociaux et de santé ont diminué de manière plus significative pour le groupe ayant obtenu un logement à bas seuil après six mois d'hébergement. En effet, le coût médian est passé de 4066 \$ par mois par personne, lors de l'année précédant leur entrée en logement, à 1492 \$ dans les six mois suivant l'entrée en logement. Pour le groupe demeuré sur la liste d'attente, les coûts sont passés de 3318 \$ par mois par personne à 1932 \$ pour les six mois suivant leur inscription sur la liste. Autrement dit, les coûts par personne par mois ont diminué de 53 % de plus dans le groupe ayant obtenu un logement comparativement au groupe demeuré sur la liste d'attente (Larimer 2009, p.1353).

Douze mois plus tard, les coûts de l'intervention étaient de 958 \$ par mois par personne pour le groupe de personnes hébergées.

Quant à l'évaluation ayant comparé des groupes de participants à des programmes de « logement d'abord » et les usagers de l'offre régulière dans le comté de San Diego, les auteurs ont constaté un coût supplémentaire de 2116 \$ pour les participants au programme de logement d'abord. Le calcul des coûts des programmes de logement d'abord inclut toutefois les frais d'hébergement, alors que le calcul pour les bénéficiaires de l'offre régulière les exclut. Sur le plan statistique, la différence n'est pas significative. Les coûts ont précisément augmenté d'un peu plus de 9180 \$ pour les services externes et ont été de 3180 \$ pour l'hébergement. Mais en ce qui a trait aux services offerts à l'interne, ces coûts ont inversement diminué davantage pour le premier groupe (-6882 \$), aux services d'urgence (-1721 \$) et dans le système de justice (-1641 \$) (Gilmer, Stefancic *et al.* 2010, p.650).

Qualité méthodologique des évaluations. Le nombre d'évaluations, la diversité des lieux d'évaluation, des programmes évalués et des méthodologies déployées, le contrôle fréquent de plusieurs caractéristiques des participants et la cohérence élevée des résultats indiquent une validité et une fiabilité relativement élevées. En outre, les évaluations révèlent, à la fois, les effets des interventions sur différents indicateurs de santé et éclairent plusieurs des mécanismes qui permettent de comprendre les régularités et les variations qu'elles présentent.

Néanmoins, de nombreuses inconnues demeurent, notamment dans l'explication des variances des résultats et dans certaines zones de préoccupation en santé publique, comme les ITSS. Aussi, les défis méthodologiques associés à ce type de travail de recherche et à l'anticipation des bienfaits que ces interventions peuvent présenter sont importants. Par exemple, nous avons noté que certains programmes à bas seuil ayant été évalués accueillent parfois des clientèles présentant des problèmes de toxicomanie de faible intensité, ce qui limite ainsi ce que l'on peut anticiper à propos des personnes ayant de graves problèmes.

3.4.5 ASPECTS JURIDIQUES

Les locataires de ces logements peuvent, comme n'importe qui d'autre, être arrêtés s'ils sont trouvés en possession de drogues. À Vancouver, des ententes entre les OBNL qui gèrent les logements et le service de police de la ville permettent aux programmes de logement d'atteindre leurs objectifs. Il faudra vraisemblablement que de telles ententes soient développées plus ou moins explicitement pour que les services de logement puissent être exploités convenablement.

3.4.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Jusqu'à tout récemment, le projet de recherche *At Home/Chez soi* s'est déroulé au Canada sous les auspices de la Commission de la santé mentale du Canada. Un des cinq volets du projet était situé à Montréal, où environ deux cents personnes furent hébergées avec services selon les modalités du modèle new-yorkais⁵⁵. Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 mentionne le logement à bas seuil (Gouvernement du Québec 2009). Il évoque les principes de la stabilisation résidentielle et de l'amélioration de l'offre de services pour ce groupe.

Ces intentions s'expliquent par le fait que le groupe de personnes concerné par les PLBSA tombe présentement largement entre les mailles du filet social et de santé québécois, sauf dans des cas extrêmes de situation urgente et détériorée. De plus, en raison de comportements parfois hors-norme dans les espaces publics, ce groupe de personnes fait l'objet de sanctions policières, judiciaires et correctionnelles. Ces sanctions ne sont généralement pas considérées comme des solutions durables et intéressantes pour les situations et les problèmes à l'origine de ces comportements, et elles constituent des fardeaux pour les organisations qui les appliquent.

Malgré tout, l'allocation des ressources est un enjeu prégnant. Bien que les PLBSA présentent vraisemblablement un haut ratio coût-efficacité, les acteurs qui pourraient être appelés à y contribuer ou qui en bénéficieraient (comme ceux qui composent le système de santé et de services sociaux, les organisations policières, judiciaires et correctionnelles, les organisations responsables de l'offre de logements) sont multiples et ont chacun des obligations d'optimisation des ressources dans un contexte de plus grande rareté. En outre, on hésite souvent à consacrer autant de ressources à un nombre de personnes aussi limité. Toutefois, il convient aussi de garder à l'esprit que la condition très dégradée de ces personnes a des effets très importants sur leurs proches et sur les collectivités territoriales desquelles elles participent plus largement. Or, ces collectivités sont la plupart du temps défavorisées sur le plan socioéconomique et sur celui de leurs états de santé.

⁵⁵ Lien consulté le 7 novembre 2013 : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/rechercheMontreal.aspx>

3.5 Programmes de distribution de matériel d'inhalation pour le crack (PDMIC)

3.5.1 DESCRIPTION

Le concept de programme de distribution de matériel d'inhalation pour le crack désigne une offre de matériel stérilisé et de services sociaux et de santé à des usagers de cette substance. Le contenu d'une trousse varie, mais elle comprend généralement au moins un doseur, des embouts, des filtres et des tampons⁵⁶. Il s'agit d'une offre de services analogue à celle déployée dans le cas du matériel d'injection, et d'ailleurs les mêmes OBNL l'offrent souvent en complément à celle-ci. Elle est ainsi souvent accompagnée de pratiques d'éducation à la consommation sécuritaire (notamment au sujet des pratiques à risque pour les ITSS), de services de récupération du matériel usagé et de services d'orientation vers des services de désintoxication et de réadaptation. Dans un cas au moins, une équipe de pairs aidants faisant du « travail de rue » distribue des troussees lors des rencontres effectuées pendant ses déplacements (Johnson, Malchy *et al.* 2008).

3.5.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

Un des objectifs prédominants qui servent à justifier une offre de matériel d'inhalation stérile est de joindre des usagers de drogues n'utilisant pas ou peu les services sociaux et de santé réguliers ou les PES. Joindre de nouvelles personnes par la distribution de matériel stérile est également un mécanisme d'action pour l'atteinte d'autres objectifs, puisqu'on peut ainsi offrir des conseils de consommation sécuritaire, des conseils pour des pratiques sexuelles sécuritaires, des soins de santé primaires ou, notamment, des services d'orientation en désintoxication et réadaptation de la toxicomanie. Mais une part importante des usagers de crack s'injectent aussi des substances et fréquentent déjà les PES. Dans ce cas de figure, il s'agit plus simplement d'étendre les pratiques de réduction des méfaits à un autre mode de consommation que l'injection chez des usagers existants⁵⁷.

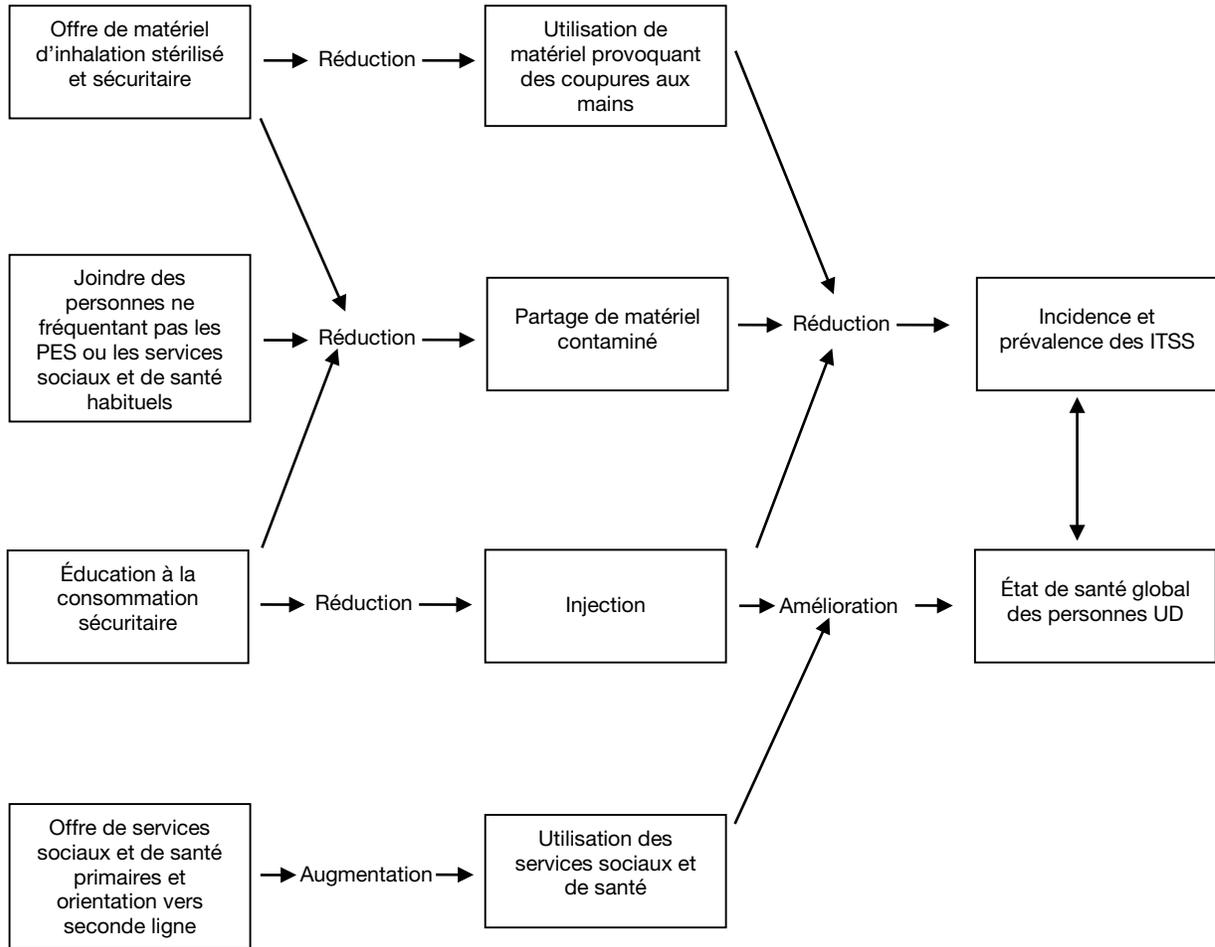
Dans les deux cas de figure, l'objectif ultime visé est une amélioration globale de la santé physique et mentale, incluant toujours spécifiquement l'incidence des ITSS⁵⁸. C'est que le matériel artisanal produit par les usagers, comme le processus de production du matériel et les pratiques de consommation, augmentent les niveaux de risque — par exemple, en occasionnant de nombreuses coupures ou brûlures sur les doigts et la bouche des usagers, ou en raison de l'utilisation de matériel contaminé (Espoir Goutte d'Or 2004; Jauffret-Roustide *et al.* 2008).

⁵⁶ Comme les pratiques sexuelles d'une partie des usagers de crack semblent particulièrement à risque, certains programmes incluent aussi des préservatifs dans les troussees distribuées (Jauffret-Roustide, Rony *et al.* 2008).

⁵⁷ Dans un cas, on a visé la réduction de la pratique d'injection par un transfert vers l'inhalation (un mode de consommation moins risqué pour les ITSS et les surdoses). De l'avis unanime des membres du comité de travail mis sur pied dans le cadre de cette synthèse, les bénéfices d'un tel transfert ne paraissent ni évidents ni potentiellement substantiels si on considère d'autres dimensions de la santé que les ITSS. Ce transfert ne devrait à notre avis pas faire partie des objectifs de l'intervention, ni des indicateurs qui servent à l'évaluer.

⁵⁸ Même si le niveau de risque pour les ITSS inhérent au matériel d'inhalation semble moins élevé que celui inhérent au matériel d'injection et qu'il soit en partie lié à celui-ci, le fumage du crack semble de plus en plus considéré comme un facteur de risque indépendant de tout autre et important (DeBeck, K., Kerr, T., Li, K., Fischer, B., Buxton, J., Montaner, J., & Wood, E., 2009) Ainsi, la popularité de la consommation du crack et de l'inhalation en fait un phénomène préoccupant pour les ITSS. Ceci est d'autant plus vrai qu'une part des consommateurs utilisant ce mode de consommation est dans un état social et de santé fort précaire et, on le présume, fréquente peu les PES lorsque c'est son seul mode de consommation.

Figure 7 La logique d'action des PDMIC



3.5.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

Il existe des PDMIC dans plusieurs pays occidentaux. Le premier au Canada a été mis en place à Toronto, mais on en répertoriait déjà aussi au milieu des années 2000 à Vancouver, à Winnipeg, à Guelph et à Ottawa, notamment (Haydon and Fischer 2005). Au Québec, les deux premiers ont été mis en œuvre en Outaouais et sur l'île de Montréal, mais il en existe aujourd'hui aussi à Laval et à Québec.

3.5.4 LES ÉVALUATIONS

Dans une fiche d'information au sujet des PDMIC, le Centre canadien de lutte à l'alcoolisme et aux toxicomanies (CCLAT) écrivait il y a quelques années : « [...] il n'y a jusqu'ici pas assez de données probantes pour juger leur efficacité » (Canadian Centre on Substance Abuse 2006, p.3). Comme ce constat l'indique, quelques données d'évaluation existaient déjà à ce moment, même si elles étaient éparses et produites à travers des évaluations aux méthodologies présentant des limites importantes, malgré leurs qualités apparentes. Le présent bilan porte donc sur les évaluations produites avant et après ce constat. En particulier, celui-ci sera centré sur (1) la capacité des programmes à joindre les consommateurs de crack, et les effets des programmes sur (2) les risques et les pratiques à risque pour la santé, dont les ITSS, (3) les patrons de consommation de substances psychoactives, (4) l'état de santé global des personnes UD et (5) l'ordre public.

Joindre les personnes faisant usage de crack. L'OBNL accueillant un PES parisien (STEP) a publié un rapport issu d'une démarche d'auto-évaluation formative de l'implantation d'un PDMIC par les responsables de ce programme. Sa démarche a combiné les approches objectiviste et subjectiviste. En effet, l'OBNL a soumis un « questionnaire de contact » à certaines personnes au moment de la première prise de possession d'une trousse de consommation de crack (n = 71) et un questionnaire de suivi à trois et à six mois (n=75). Trente personnes UD ont répondu aux deux versions du questionnaire⁵⁹. Les questions concernaient autant leur fréquentation de l'OBNL que leurs pratiques de consommation et certaines de leurs caractéristiques socioéconomiques. L'OBNL a aussi compilé diverses données communes de monitoring de programmes (nombre de trousse distribuées, nombre de personnes inscrites, etc.) (Espoir Goutte d'Or 2004, pp.18-20). Durant les six premiers mois et demi, 33 trousse ont en moyenne été remises chaque jour. Le pourcentage de personnes nouvellement accueillies s'est élevé à 33 % durant la même période, dont 22 % de femmes. Sans pouvoir précisément les quantifier, les auteurs estiment que la hausse constatée de 87 % du nombre de visites au cours de la même période (de 4617 à 8624) était « surtout attribuable » à la distribution des trousse pour le crack. Les auteurs estiment, par conséquent, que l'objectif d'entrer en contact avec les consommateurs de crack a « largement été atteint » (Espoir Goutte d'Or 2004, pp.20-21).

À Ottawa, une évaluation a porté sur le déploiement d'un PDMIC par un OBNL offrant déjà l'accès à du matériel d'injection. Pour cerner les effets du programme, les évaluateurs ont combiné des données de monitoring de l'OBNL et des entrevues semi-structurées avec des utilisateurs du service (usagers de drogues par injection ou proches) six mois avant son démarrage et un mois, six mois et douze mois après son démarrage. On a utilisé ces données pour réaliser des analyses descriptives et univariées. Les résultats ont été publiés dans un rapport (Leonard, DeRubeis *et al.* 2006) et dans un article scientifique, aux fins duquel on a isolé un sous-ensemble de participants ayant dit avoir fumé du crack dans les six mois précédents (Leonard, DeRubeis *et al.* 2008). Le rapport constate que dans le mois suivant le début du PDMIC, 264 visites avaient été effectuées par des personnes faisant uniquement usage de crack par inhalation. Après 12 mois, on a enregistré 4043 visites de ce type. En outre, 4300 visites de personnes consommant à la fois par injection et par inhalation et 4168 visites de personnes faisant uniquement usage de drogues par injection ont été enregistrées après 12 mois – des proportions stables tout au long de la période de suivi. Dans l'article, on apprend également que la majorité des participants ont déclaré avoir vécu en situation résidentielle précaire dans les six mois précédents (de 61 % à 65 %, selon le moment où ils ont été questionnés), utilisé les services d'un PES (de 88 \$ à 93 %), et utilisé les services d'un PES à Ottawa précisément (Leonard, DeRubeis *et al.* 2008, p.258).

Une autre évaluation a porté sur un projet pilote de l'Agence de santé régionale de Vancouver (Vancouver Coastal Health [VCH]). Le but de cette évaluation était d'estimer l'efficacité des PDMIC de la ville pour réduire les risques à la santé chez les usagers de crack, et leur capacité à inciter ceux-ci à accéder à des services de désintoxication ou de traitement de la dépendance et à suggérer des façons d'améliorer l'offre. On a combiné la collecte de données de monitoring à des sondages réalisés grâce à un questionnaire soumis aux usagers du programme avant et après le début du projet. En effet, un sondage a été mené auprès de personnes UD en situation d'itinérance, et des groupes de discussion auprès d'usagers de crack vivant dans le secteur Downtown Eastside ainsi que des entrevues et des groupes de discussion ont été organisés avec des représentants des organisations offrant les PDMIC. Le rapport présente plus de détails méthodologiques. On y apprend que 4213 personnes différentes se sont procuré des trousse d'inhalation auprès des PDMIC de la ville de décembre 2011 à novembre 2012. Les auteurs notent également, pour la même période, 11 949 événements d'éducation à l'inhalation sécuritaire, 721 recommandations à des services de

⁵⁹ Aucun test de signification statistique n'est rapporté.

santé, 1280 recommandations à des services de dépendance et 9469 recommandations à d'autres services. Selon eux, cela indique que les personnes offrant les services joignent des personnes qui ne les recevaient peut-être pas auparavant (Vancouver Coastal Health 2013, pp. 25 et suiv.).

Les risques et les pratiques à risque pour la santé, dont les ITSS. Sur ce plan, l'évaluation du PDMIC de la région parisienne indique que les pratiques à risque pour les ITSS ont diminué de plusieurs façons. Par exemple, plusieurs personnes ont dit ne plus partager leurs embouts, les partager moins souvent ou avoir « changé leur comportement » ou être « plus soucieuses des maladies et de l'hygiène de consommation » (Espoir Goutte d'Or 2004, p.30). En outre, l'évaluation établit qu'il n'y a pas eu de changement dans les lieux de consommation, concluant que « les personnes se voient [toujours] contraintes de consommer dans des lieux peu hygiéniques » (Espoir Goutte d'Or 2004, p.30). Cela lui permet de souligner à la fois le caractère neutre ou positif de l'évolution de certaines pratiques à risque (par exemple, un partage réduit des doseurs, des embouts et des lames, ou le lavage des mains), et les limites de l'éducation à la consommation sécuritaire dans de telles conditions environnementales (par exemple, une consommation dans des lieux sans eau ni savon) (Espoir Goutte d'Or 2004, pp.31-33). Néanmoins, l'intervention a entraîné significativement moins de coupures aux lèvres et aux doigts chez les personnes UD (Espoir Goutte d'Or 2004, p.32).

Une évaluation émanant du projet-pilote SCORE⁶⁰ a été publiée dans un rapport (Johnson, Malchy *et al.* 2008) et dans un article scientifique (Boyd, Johnson *et al.* 2008)⁶¹. Ce projet de recherche participative a été mené autour des activités de fabrication de trousse de matériel d'inhalation pour le crack par des femmes UD et des activités de distribution des trousse par des pairs aidants. Les évaluateurs ont mobilisé des sondages prédistribution et postdistribution auprès de personnes fabricant ou utilisant les trousse, des notes « de terrain » prises par des observateurs participant à des exercices de fabrication de trousse, et des relevés compilant le nombre de trousse distribuées. À la fin du projet, 27 entrevues qualitatives avec des personnes ayant reçu et utilisé des trousse ont été menées par des questions ouvertes. Toutes les données ainsi collectées ont servi à la rédaction du rapport, mais seules les 27 entrevues ont formé le matériau pour la publication de l'article scientifique dont il est ici question. L'analyse qualitative est très riche et pour cette raison, il est impossible de la synthétiser de manière complètement fidèle dans le présent document. Néanmoins, il en ressort que de nombreux facteurs (individuels ou environnementaux, comme la précarité sociale, l'incapacité à lire ou à comprendre les cartes de prévention distribuées ou la consommation en public en petits groupes) freinent les efforts visant les changements de pratiques pour plusieurs personnes UD. Néanmoins, il en ressort aussi que la distribution de matériel de consommation, les contacts avec des pairs aidants et l'offre répétée de conseils d'éducation à la consommation sécuritaire en situation de consommation semblent avoir généré de nombreux changements dans les pratiques de plusieurs autres personnes (réduction du partage des pipes ou de l'utilisation d'embouts brisés, ou début d'utilisation de filtres, par exemple) (Boyd, Johnson *et al.* 2008, pp. 6 et suiv. du document électronique non paginé).

L'évaluation du PDMIC d'Ottawa montre une réduction graduelle et significative du nombre de personnes rapportant s'être injecté des drogues dans le mois précédent — ce nombre passant de 96 % avant le programme à 84 % un mois plus tard et à 78 % aux entrevues de six et douze mois. En outre, aux entrevues de six et douze mois, 56 % des participants n'ont rapporté aucun

⁶⁰ Étape du déploiement d'une offre de services pour les personnes faisant usage de crack à Vancouver, SCORE a été déployé de 2005 à 2008.

⁶¹ Dans le rapport, le nombre de participants, leur mode de recrutement, les questions posées et les modes de questionnement ne sont pas précisés. En raison de cette opacité méthodologique importante, nous n'analysons donc pas ici les résultats qui y sont présentés.

changement à leurs pratiques d'injection en raison de la disponibilité des trousse d'inhalation, mais 40 % ont affirmé les avoir réduites. Dans le premier cas de figure, la raison prédominante fournie était que l'injection était le mode de consommation préféré. Dans le second cas, la première raison était l'intention de diminuer l'injection, la seconde, la préférence pour l'inhalation comme mode de consommation, et la troisième, l'accès à du matériel d'inhalation (Leonard, DeRubeis *et al.* 2008, p.260). Pour sa part, le fumage du crack a connu une hausse significative. Plus de participants ont dit en avoir consommé dans les six mois précédents : 77 % avant le programme, 86 % un mois plus tard, 89 % six mois plus tard et 93 % douze mois plus tard (Leonard, DeRubeis *et al.* 2006, p.43). Questionnés au sujet de l'incidence du programme sur la fréquence à laquelle ils fument du crack, les participants ont estimé, au suivi de douze mois, qu'il les avait amenés à le faire plus souvent (29 %), moins souvent (19 %) ou que cela n'avait rien changé (58 %) (Leonard, DeRubeis *et al.* 2006, p.44; Leonard, DeRubeis *et al.* 2008, p.261). Aucune variation significative dans la proportion de participants ayant déclaré s'être injecté des drogues dans des lieux publics ou s'être injectés le plus souvent dans des lieux publics au cours des six mois précédents n'a été détectée (Leonard, DeRubeis *et al.* 2006, pp.46-47). En ce qui concerne le partage de matériel de consommation, le pourcentage de personnes UD qui ont dit avoir partagé dans les six derniers mois a « modestement diminué » (de 85 % un mois avant le programme à 80 % douze mois après). En outre, 37 % des personnes interrogées ayant partagé du matériel ont dit l'avoir fait « chaque fois » avant et 13 % après, « généralement/parfois » 62 % avant et 83 % après, et « une seule fois » 1 % avant et 4 % après (Leonard, DeRubeis *et al.* 2008, p. 261).

L'évaluation du projet pilote de la VCH démontre de nombreuses variations positives ou négatives dans diverses pratiques à risque ou leurs déterminants, avant et après la mise en place du projet pilote. De ce fait, le portrait d'ensemble est difficile à établir, d'autant plus que certaines variations sont significatives sur le plan statistique, mais que plusieurs ne le sont pas. Les variations positives significatives, telles que rapportées par les participants, sont les suivantes :

- ils ont moins de difficulté à trouver du matériel (Vancouver Coastal Health 2013, p.20);
- ils se procurent dans la rue du matériel neuf plutôt qu'usagé ou se le procurent auprès d'amis ou du partenaire de vie moins souvent (Vancouver Coastal Health 2013, p.22).

Certaines des variations positives non significatives sont :

- ils s'injectent moins leur crack lorsqu'ils ne trouvent pas de matériel d'inhalation (Vancouver Coastal Health 2013, p.16);
- ils partagent moins leur équipement (Vancouver Coastal Health 2013, p.17);
- ils se coupent moins souvent avec leur matériel de consommation et ont eu moins d'abcès et de maux de gorge (Vancouver Coastal Health 2013, p.18).

Les variations négatives non significatives (aucune variation négative n'a été indiquée comme significative) sont :

- ils fument plus souvent du crack par semaine et plus de participants se sont injecté des drogues dans les trente derniers jours (pas de phénomène de transition vers l'inhalation, en apparence) (Vancouver Coastal Health 2013, p.16).

Les patrons de consommation de substances psychoactives. L'évaluation du PDMIC de la région parisienne n'a détecté aucun changement dans le volume de consommation de crack — celui-ci étant restée stable à 2,5 galettes par jour en moyenne (Espoir Goutte d'Or 2004, p.23). Par ailleurs, on constate une diminution significative de la polyconsommation (de 86 % à 71 %), et on note que c'est la consommation d'opioïdes qui a le plus diminué (Espoir Goutte d'Or 2004, p.34).

L'évaluation du PDMIC d'Ottawa indique une stabilité dans la variété des substances consommées avant et après l'intervention (Leonard, DeRubeis *et al.* 2008, p.258).

L'évaluation de la VCH ne révèle aucune variation dans le nombre de « roches » de crack consommées chaque semaine (Vancouver Coastal Health 2013, p.16).

L'état de santé global. L'évaluation du PDMIC de la région parisienne a exploré diverses dimensions de la perception de leur santé par les participants, mais outre la confirmation que l'état de santé est particulièrement précaire dans ce groupe, aucun portrait cohérent ni signifiant ne se dégage des variations positives comme négatives détectées. En outre, le rapport évoque une augmentation de l'utilisation des soins de santé, mais pas des services sociaux, tout en ne fournissant aucune donnée précise à ces sujets (Espoir Goutte d'Or 2004, p.25).

L'évaluation de VCH laisse voir que les participants se sont significativement moins brûlés en fumant (Vancouver Coastal Health 2013, p.18).

L'ordre public. L'évaluation du PDMIC d'Ottawa signale que les lieux de consommation par inhalation diffèrent de ceux utilisés pour l'injection. Les participants ont majoritairement indiqué utiliser « principalement » des lieux publics pour l'inhalation et ont majoritairement indiqué utiliser « principalement » des lieux privés pour s'injecter. Néanmoins, et tel que noté plus haut, aucune variation significative dans la proportion de participants ayant déclaré s'être injecté des drogues dans des lieux publics ou s'être injecté le plus souvent dans des lieux publics au cours des six mois précédents n'a été détectée (l'analyse du fumage ne présente pas l'évolution temporelle, se limitant à présenter les données sur le fumage en public 12 mois après le début de l'initiative) (Leonard, DeRubeis *et al.* 2006, pp.41 et suiv.)

Qualité méthodologique des évaluations. Le nombre d'évaluations (quatre) est limité. L'une d'elles, de type évaluation formative, fut publiée par l'organisation ayant mis en œuvre le PDMIC. Les résultats sont parfois relativement cohérents, par exemple sur la capacité des programmes à joindre les personnes UD. Toutefois, ils ne le sont pas toujours, et il est difficile de comprendre ces incohérences. Par exemple, les évaluations montrent une hausse de la consommation de crack par inhalation qui prend la forme d'un transfert de l'injection vers l'inhalation dans un cas, mais pas dans l'autre. Rien ne permet de comprendre ces différences.

Par ailleurs, il est notable que les évaluations des effets des PDMIC sont de type observationnel et reposent largement sur des données autorapportées. Comme ils sont communs à d'autres interventions faisant l'objet de la présente revue de littérature, ces deux enjeux seront soupesés à la section « Enjeux méthodologiques transversaux ».

3.5.5 ASPECTS JURIDIQUES

Les enjeux juridiques concernant les PDMIC sont sensiblement les mêmes que ceux concernant les PES. Pour une large part, ils ont trait au statut légal ambigu du matériel stérile qui est distribué aux fins de consommation. Le Code criminel sanctionne la possession et la distribution de toute « chose » contenant et destinée à ou conçue pour introduire des drogues désignées dans le corps humain (Canada 1996, p.3). Par contre, la LAD légalise la distribution « d'instruments » pouvant servir ou pouvant être présentés comme pouvant servir à « la prévention d'une maladie » (Canada 1985, p.2).

Malgré ce statut ambigu, au Canada, aucun membre du personnel de programmes ne semble avoir été accusé ou condamné pour avoir distribué du matériel d'injection ou d'inhalation, malgré le fait que ces deux types de pratiques existent depuis plusieurs années. Cela est vraisemblablement dû au fait que cette distribution à travers des PES ou des PDMIC se fait toujours dans un cadre de prévention de maladies.

3.5.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Au Québec, la large part des efforts déployés en réduction des méfaits demeure centrée sur la transmission des ITSS par l'injection. Or, une étude récente concernant la population faisant usage de ces drogues au centre de l'île de Montréal révèle que le crack prend de plus en plus d'importance dans la consommation globale et que cela a entraîné une diversification des substances consommées et des modes de consommation (Roy 2013). En effet, l'adoption du crack comme substance a, selon cette étude, participé à ce que la majorité des personnes de ce segment de la population consomment maintenant plusieurs substances (parfois pour contrebalancer les effets négatifs de l'une ou l'autre) de l'un ou l'autre des deux types par voie de l'inhalation (par sniffage ou fumage) et de l'injection.

Dans les régions où ont été déployées des offres de PDMIC, on semble avoir identifié ces changements et le besoin de suivre de nouvelles pistes dans les efforts de réduction des méfaits. Un rapport de la DSP de Montréal conclut par exemple :

Les données de cette étude transversale montrent clairement que les consommateurs de crack doivent être considérés comme une population à risque pour les infections par le VIH et le VHC. Ceci doit se refléter dans les actions menées par la DSP-ASSSM et par ses partenaires du réseau de la santé et du réseau communautaire (Leclerc, Morissette *et al.* 2008, p.23).

Les PDMIC implantés semblent constituer un premier pas relativement facile à envisager pour joindre la population consommant du crack par inhalation (exclusivement ou non) et d'autres substances, par différents modes de consommation.

Selon la littérature étudiée, la consommation de crack a été indépendamment associée à différents phénomènes comme les ITSS ou les arrêts cardiorespiratoires. Toutefois, aucune donnée de surveillance ne nous permet d'estimer les volumes de mortalité et de morbidité qui en découlent spécifiquement au Québec, même si le rapport montréalais que nous avons tout juste évoqué tend à confirmer le rôle de l'inhalation de crack dans la prévalence des ITSS (Leclerc, Morissette *et al.* 2008). Afin de juger plus avant de la pertinence d'accroître l'offre actuelle, la production de telles connaissances serait importante.

Enfin, et comme ce fut le cas dans le développement des trousse de matériel pour l'injection, une réflexion devra être menée sur le contenu et le format de ces trousse si l'on choisit de développer plus avant ce type de programmes au Québec.

3.6 Programmes de prévention et d'analyse de substances en milieu festif (PPASMF)

3.6.1 DESCRIPTION

Le concept de programmes de prévention et d'analyse de substances en milieu festif (PPASMF) désigne ici une offre d'éducation à la consommation sécuritaire et d'analyse de substances (« *drug checking* », « *pill testing* » ou « *testing* ») par des OBNL en milieu festif. Ces analyses visent à identifier et à caractériser les substances que les personnes UD ont en leur possession. Ces substances sont soumises aux intervenants des OBNL sur les lieux de certains événements (par exemple, des raves) ou, avant les événements, dans leurs locaux « fixes ». Les analyses sont pratiquées *in situ* ou en laboratoire. Les résultats sont disponibles dans les minutes qui suivent dans le premier cas, et quelques jours plus tard lorsque l'analyse est effectuée en laboratoire. Quand des substances dangereuses sont identifiées, l'OBNL en informe les usagers et transmet des avertissements à l'ensemble des usagers de drogues ou à d'autres intervenants. Par exemple, lorsque des analyses sont effectuées *in situ*, une affiche incluant la photo d'un comprimé et la description de son contenu est apposée à divers endroits sur le site d'un événement. En outre, ces programmes incluent des pratiques d'éducation à la consommation sécuritaire et, souvent, d'orientation vers des services de désintoxication, de réadaptation ou d'autres services de santé. Les technologies d'analyse employées sont variables et fournissent des résultats différents (Schroers 2002, p.637).

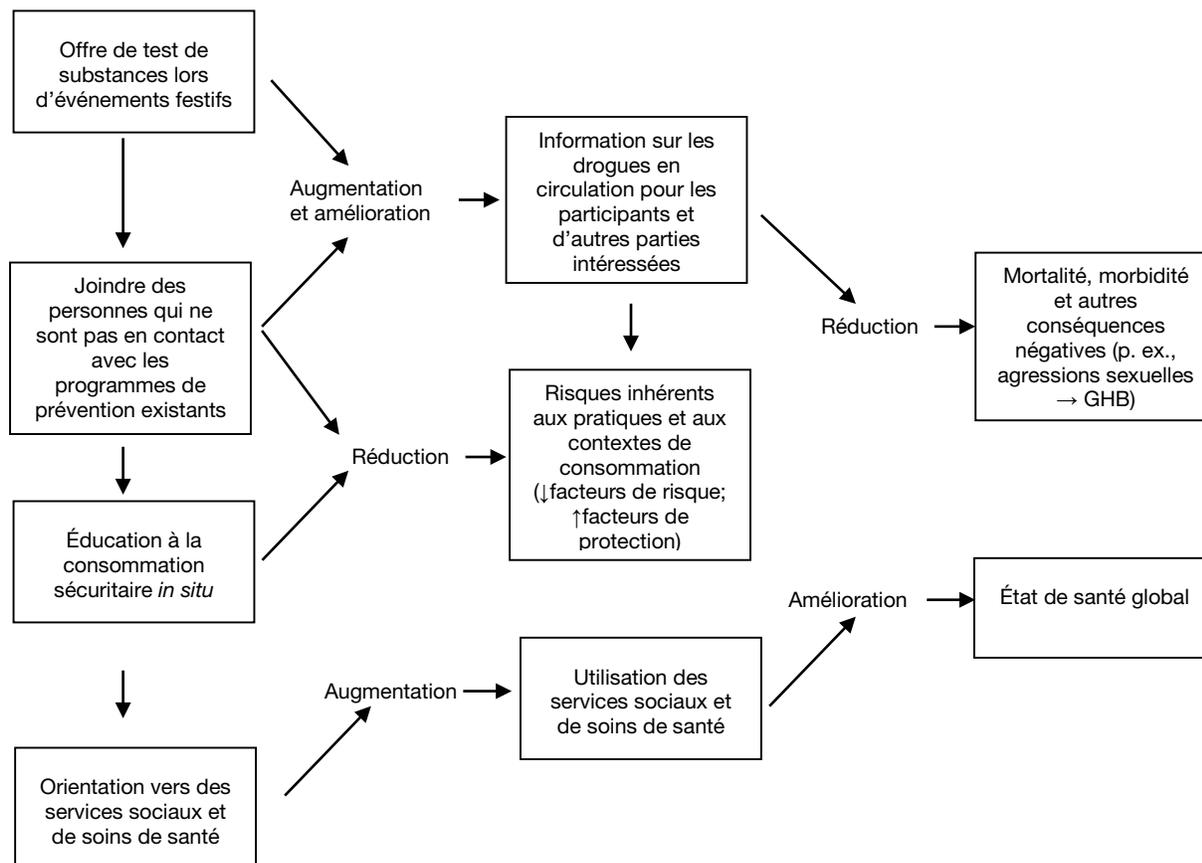
3.6.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

La composition de plusieurs substances psychoactives achetées dans les réseaux de distribution illicites (dans la rue ou, de plus en plus, en ligne) présente des variations souvent importantes. Celles-ci existent tant sur le plan de la nature et de la concentration en agents actifs que sur celui des additifs que contiennent les substances. Ainsi, les consommateurs ne savent pas exactement ce qu'ils ingèrent ni, a fortiori, ne peuvent-ils anticiper les effets combinés des multiples produits qu'ils consomment parfois simultanément. Les substances consommées contiennent parfois des additifs très nocifs. Tout cela pose des risques pour la vie et la santé des usagers.

En outre, les risques de la consommation de certaines substances comme la 3,4-méthylènedioxy-*N*-méthylamphétamine (MDMA, vendue sur le nom d'ecstasy) augmentent en contexte festif. L'état psychique dans lequel les usagers se trouvent alors peut, par exemple, leur faire « oublier » de s'hydrater ou de se reposer suffisamment. Aussi, la participation à ces événements est souvent relativement longue et se produit dans des endroits où les températures ambiantes sont parfois élevées.

L'offre d'analyse de substances permettrait à la fois de fournir de l'information sur les substances et de joindre des personnes UD qui ne sont pas en contact avec les dispositifs de prévention existants. En retour, ce contact permettrait des échanges au sujet des pratiques de consommation sécuritaire (par exemple, sur les contextes de consommation à risque, sur la combinaison de substances, sur l'hydratation et sur d'autres facteurs de risque ou de protection). Dans l'ensemble, cela contribuerait à réduire la morbidité, la mortalité et d'autres conséquences négatives (comme les agressions sexuelles pouvant être facilitées par l'usage de substances comme le GHB) liées directement à ces usages et aux substances adultérantes ou de coupe que les produits peuvent contenir. En outre, les pratiques d'orientation vers des services de désintoxication ou de réadaptation ou d'autres services de santé permettraient de prendre en charge les problèmes de santé physique ou mentale que vivent certains de ces usagers.

Figure 8 La logique d'action des PPASMF



3.6.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

De tels programmes existent dans plusieurs pays européens tels que l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France, les Pays-Bas et la Suisse (EMCDDA 2001). Des OBNL réalisent aussi ce type de travail aux États-Unis d'Amérique, au Canada (L'OBNL Dance Safe a des « filiales » au Canada, mais ne semble pas avoir effectué des tests au pays⁶²) et en Australie (Camilleri and Caldicott 2005, p.54).

3.6.4 LES ÉVALUATIONS

Les évaluations recensées s'intéressent aux effets des programmes sur certaines pratiques de consommation, sur certaines pratiques à risque associées, ainsi que sur plusieurs des mécanismes d'action pouvant être impliqués dans ces effets. Les mécanismes d'action examinés dans les évaluations sont trop nombreux pour que nous les couvrions tous ici. De surcroît, certaines évaluations qualitatives sont fortement nuancées et montrent des effets variables à propos de chacun de ces mécanismes, ce qui rend difficile l'élaboration d'une synthèse rendant justice à cette littérature. Ainsi, nous retenons deux des mécanismes qui semblent particulièrement significatifs : la capacité à joindre les usagers de drogues, et en particulier les usagers les plus à risque de diverses manières, et l'acquisition de connaissances (sur les substances comme sur les pratiques de consommation sécuritaire) par ces programmes.

⁶² Lien consulté le 12 janvier 2015 : <http://www.dancesafe.org/about-us/>

La capacité à joindre les usagers de drogues. Celle-ci semble variable d'une évaluation à l'autre. Une évaluation de trois PPASMF européens révèle que tant les usagers de drogues qui utilisent l'offre d'analyse que ceux qui ne l'utilisent pas et les non-usagers de drogues sont au courant de l'offre et la jugent crédible (Benschop, Rabes *et al.* 2002, p.96). Par contraste, même si les usagers des analyses accordent généralement une bonne crédibilité au PPASMF, une étude s'étant attardée aux pratiques d'analyse de l'OBNL belge Modus Vivendi laisse voir que ce programme joint une proportion importante, mais limitée des usagers de drogues en milieu festif (Huberty and Favresse 2010, pp.32-40). Les raisons de la crédibilité et de l'accès au PPASMF sont notamment l'accueil sans jugement moral sur la consommation, les conseils de gens d'expérience sur les plans de la consommation et de la performance des analyses, et enfin la rapidité des analyses. En Belgique, les raisons de la limitation de l'accès semblent tenir au caractère relativement sporadique des pratiques d'analyse, aux pratiques d'achat et de consommation de plusieurs usagers (achats impulsifs et consommation immédiate, par exemple), et aux contraintes perçues des méthodes d'analyse (comme la qualité de l'information et des conseils préventifs). En Suisse, l'étude d'un groupe d'usagers d'un programme mis en place en 2001 à Zurich montre, pour sa part, que ce groupe se compose d'usagers présentant un niveau de risque élevé en raison de carrières de consommation longues, de fréquences de consommation élevées, de pratiques de polyconsommation lors d'un même événement et d'expériences négatives fréquentes lors de la consommation de drogues (Hungerbuehler, Buecheli *et al.* 2011, pp.4/6-5/6).

L'acquisition de connaissances. Sur ce plan, l'évaluation des trois PPASMF européens indique que les usagers de drogues ayant participé aux analyses ont notamment de meilleures connaissances que les non-participants et que les non-consommateurs. Ces meilleures connaissances concernent par exemple les substances qu'ils consomment, les dosages et leurs effets potentiels à l'égard de la morbidité et de la mortalité, ou la qualité de certaines technologies d'autoanalyse commerciales (Benschop, Rabes *et al.* 2002, p.95).

Par ailleurs, une étude menée en Australie a comparé les résultats d'analyses menées à l'occasion d'un événement festif à ceux d'autres analyses, effectuées dans un laboratoire agréé. Elle démontre que l'OBNL ayant réalisé les analyses *in situ* a réussi à détecter la présence d'une substance de type ecstasy dans tous les cas où les analyses en laboratoire ont identifié la substance. Par ailleurs, elle a réussi à détecter la kétamine dans seulement 18 % des cas. En outre, l'OBNL a incorrectement rapporté la présence d'amphétamine ou méthylamphétamine dans deux cas où l'analyse du laboratoire a uniquement détecté de la kétamine (les auteurs estiment qu'il est possible que la réponse colorimétrique fût mal interprétée). L'OBNL n'a également pu détecter une combinaison de substances illicites que dans 11 % des cas où les comprimés en contenaient plusieurs. Les auteurs estiment que de nombreux facteurs ont pu diminuer la qualité des résultats des analyses communiqués par l'OBNL. Les facteurs identifiés sont la concentration en principe actif des substances, l'interférence entre les couleurs signalant différentes substances, la forme de « sel » sous laquelle sont distribuées certaines substances, les conditions d'éclairage sur le site de l'événement et l'inexpérience des personnes ayant interprété les résultats (Camilleri and Caldicott 2005, p.56). L'étude s'est attardée aux pratiques d'analyse de l'OBNL belge Modus Vivendi et révèle d'ailleurs que les usagers de ces analyses sont généralement conscients de certaines des limites des analyses réalisées *in situ* et de la précision plus grande des analyses effectuées en laboratoire (Huberty and Favresse 2010, pp.32-40).

Les pratiques de consommation et les pratiques à risque associées. À ce chapitre, les évaluations ont porté sur différents objets. Il ressort d'abord de l'étude de trois PPASMF européens que l'utilisation ou non des analyses n'affecte pas le volume de consommation global, les « carrières de consommation » de la majorité des participants ou le volume de consommation à une occasion donnée. Par ailleurs, cette même étude indique que la fréquence d'utilisation des analyses est

corrélée à une décroissance de la fréquence de l'usage. Aussi, il semble que certains résultats d'analyses (une plus ou moins grande quantité d'agents actifs, la présence de certains agents actifs ou d'additifs non attendus) provoquent une modulation ou une diminution du volume de consommation (Benschop, Rabes *et al.* 2002, pp.95-96). La même étude montre une absence d'association entre la pratique d'analyse et l'initiation de la consommation d'ecstasy en général, et même un changement d'idée et un délai dans le moment de l'initiation pour une part des répondants qui envisageaient d'en consommer (Benschop, Rabes *et al.* 2002, p.96). En Suisse, l'étude des usagers d'un programme mis en place en 2001 à Zurich a pour sa part examiné l'évolution des pratiques d'usage. L'analyse montre des variations, de 2004 à 2009, dans les patrons de consommation. Elle indique notamment une baisse de la proportion d'usagers rapportant des épisodes hebdomadaires de consommation d'ecstasy et d'amphétamines et une hausse en ce qui concerne l'alcool, le cannabis et la cocaïne. Elle révèle également une hausse de la proportion d'usagers rapportant une consommation mensuelle de cocaïne, d'ecstasy, d'amphétamines et de GHB⁶³. En outre, cette même étude décèle une réduction de 13 % de la polyconsommation lors d'un même épisode de 2004 à 2006 (Hungerbuehler, Buecheli *et al.* 2011, pp.3/6-4/6).

Sur le plan des comportements à risque associés à ces pratiques de consommation, l'étude de trois programmes européens indique que la fréquence d'utilisation des analyses est liée à des pratiques plus sécuritaires, par exemple sur le plan de l'hydratation (Benschop, Rabes *et al.* 2002, p.96).

Qualité méthodologique des évaluations. Le nombre d'évaluations est restreint. En effet, nous n'avons recensé que quatre études évaluatives. Ensuite, les évaluations révèlent que plusieurs des mécanismes d'action supposés par la logique d'action sont influencés, et souvent positivement. En outre, les évaluations concernant la qualité des tests ont porté sur des PPASM n'employant apparemment pas les technologies d'analyses rapides les plus fiables — les technologies employées dans les programmes évalués sont dites à reconnaissance présomptive de produits (test de Marquis), alors que dans certaines juridictions en Suisse, on utilise plutôt des technologies dites à chromatographie liquide haute performance. Par ailleurs, les évaluations n'ont pas abordé directement la question des effets sur la santé, que ce soit en matière d'incidence ou de gravité des conséquences. D'autres enjeux méthodologiques (comme l'utilisation de données autorapportées) seront abordés dans la section concernant les enjeux de nature transversale (4.10).

3.6.5 ASPECTS JURIDIQUES

Les intervenants des OBNL et les consommateurs qui leur offrent des échantillons pourraient être arrêtés et accusés de possession de substances désignées, dans les cas où les substances en leur possession sont inscrites dans les annexes de la LRC DAS. Cela n'est pas une situation sans précédent : les travailleurs et les usagers fréquentant des PES se trouvent également dans cette situation lorsque des seringues contenant des substances désignées sont remises au PES. Ceci dit, la LAD autorise les « instruments » pouvant servir ou pouvant être présentés comme pouvant servir à « la prévention d'une maladie » (Canada 1985, p.2). Les dispositifs de tests de substances entrent probablement dans cette catégorie. Comme l'utilisation de l'instrument postule la possession de substances, il est raisonnable de penser que les intervenants manipulant des substances aux fins de tests de leur qualité pourraient être à l'abri d'accusations criminelles. Mais, à notre connaissance, ce fait n'a jamais été testé devant les tribunaux, car au Canada, nous n'avons pas trouvé d'accusation ou de condamnation de membres du personnel de programmes pour avoir manipulé des substances dans ce type de contexte. Peut-être cela est-il dû au fait que ces analyses se font dans un cadre de

⁶³ Nous avons communiqué avec l'auteur principal de l'étude pour obtenir des éclaircissements sur l'analyse présentée dans l'article cité. À sa lecture, on pourrait penser que l'analyse porte sur la consommation moyenne du groupe et non sur la proportion d'usagers ayant rapporté une consommation mensuelle ou hebdomadaire. Pour évaluer la consommation moyenne, il aurait fallu obtenir des informations sur les doses consommées à chaque épisode, ce que le questionnaire ne prévoyait apparemment pas.

prévention de maladies, ou que le déploiement de ces dispositifs de test se fait en concertation avec les forces policières. Quoi qu'il en soit, les organisations qui désirent offrir ces services devraient s'entendre avec les autorités policières avant de mettre en place leurs initiatives et obtenir des avis juridiques pour s'assurer de la légalité de leur projet.

En outre, les intervenants des OBNL et ceux qui les autoriseraient ou les habiliteraient à effectuer ces analyses et à en communiquer les résultats s'exposent probablement à des risques de poursuites civiles. Cela est particulièrement vrai si des informations inexactes ou même incomplètes menaient à des conséquences sérieuses pour les usagers. Il est probable que des précautions telles une formation adéquate des analystes, la création de conditions de travail facilitant une interprétation juste des résultats et la communication claire de la signification et des limites des analyses constitueraient des facteurs atténuant ces risques. Malgré ces précautions, les organisations souhaitant lancer ce type de programmes devraient obtenir des avis juridiques avant de procéder.

3.6.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

La plus récente évaluation de la consommation de drogues en milieu festif remonte à plus de dix ans. Dans une étude de la consommation du public fréquentant les raves de Montréal, on estimait au tournant des années 2000 que 65,2 % des jeunes avaient consommé de l'ecstasy au cours de leur vie (Gross *et al.* 2002, dans Fallu et Trottier 2004). Par contre, on ne connaît pas l'incidence de la mortalité, de la morbidité et d'autres conséquences (comme la fréquence des agressions sexuelles qui seraient facilitées par l'usage de GHB) associées à ce type d'événement au Québec, ni a fortiori celle qui est spécifiquement liée à des variations dans la qualité des substances consommées. Même si on peut penser que ces programmes combleraient un besoin et qu'un bénéfice en serait tiré, il semble en ce moment assez difficile d'évaluer même approximativement les bénéfices possibles de la mise en place de programmes de cette nature. Il serait donc souhaitable de dresser un portrait épidémiologique précis de ces phénomènes. C'est d'ailleurs pour sa potentielle contribution à un tel portrait qu'il serait peut-être le plus raisonnable d'envisager actuellement un tel programme.

En effet, un programme de l'Union européenne a permis à un regroupement d'OBNL offrant des PPASMF de développer des analyses des substances vendues dans diverses villes et de leurs effets⁶⁴. Le système repose sur les analyses des substances et sur des entrevues avec les usagers, menées lorsque ceux-ci apportent leurs substances aux points de test. Les informations recueillies par les entrevues permettent de caractériser les usagers (âge, sexe, statut socioéconomique), les produits consommés et leurs effets, et les modes et pratiques de consommation (Trans European Drug Information [TEDI] 2013, p.9)⁶⁵. Le but est de soutenir les pratiques des OBNL et celles d'autres intervenants dans la réponse aux problèmes engendrés par la consommation de ces substances, et ce, en produisant des analyses des tendances européennes. De plus, ces analyses permettent de lancer des « alertes » lorsque certaines substances manifestement dangereuses sont détectées. On peut penser que les analyses des tendances macro peuvent être utiles, à diverses fins, à un vaste éventail de parties intéressées (consommateurs, autres OBNL, autorités de santé publique, répondants d'urgence en milieu hospitalier et préhospitalier, etc.). Par exemple, un rapport du regroupement d'OBNL européen a permis de diffuser de l'information au sujet de certains problèmes de santé associés à des substances émergentes (voir la figure 9).

⁶⁴ Lien consulté le 15 janvier 2015 : <http://www.tediproject.org>

⁶⁵ En vue d'un portrait épidémiologique, des questions ayant trait aux hospitalisations, aux problèmes de santé et aux autres conséquences vécues par les usagers pourraient être intégrées aux entrevues.

Figure 9 Des symptômes liés à des substances émergentes identifiées dans le cadre d'un système d'alerte



Source : TEDI (2013).

Par ailleurs, si on décidait d'aller de l'avant avec un tel programme, il faudrait délibérer au sujet des technologies d'analyse à employer et des buts et objectifs escomptés. Comme nous l'avons mentionné plus haut, certaines technologies utilisées *in situ* ne donnent pas des informations très fiables au sujet des substances analysées. Par contre, il existe des technologies, propres à être utilisées *in situ*, qui semblent à la fois plus fiables et plus coûteuses. Ces technologies sont utilisées à Berne, à Zurich et ailleurs en Suisse (Humair, 2010). Si on juge que l'analyse plus précise doit absolument être fournie sur le lieu des événements, il faudra considérer celles-ci. Par contre, si on estime que des résultats plus précis ne sont pas absolument nécessaires en temps réel (et que les bénéfices des autres programmes peuvent compenser cette lacune), les procédures actuelles d'analyse de substances pourraient être employées — peut-être de façon modifiée, pour rendre les résultats d'analyse plus rapidement accessibles aux consommateurs et aux intervenants.

Dans le même ordre d'idées, rien ne force a priori à limiter l'analyse des substances illicites aux milieux festifs. De nombreux segments de la population (les personnes UD en situation d'itinérance ou en milieu sportif, scolaire ou professionnel, par exemple) pourraient bénéficier d'informations fiables sur les substances qu'ils consomment et ne sont pas actuellement joints par des campagnes de réduction des méfaits ou de prévention particulières. Dans le cadre des réflexions qui se feront au sujet des PPASMF, il serait probablement pertinent de réfléchir aux tenants et aboutissants d'une offre de programmes de prévention et d'analyse de substances à divers autres segments de la population.

3.7 Commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT)

3.7.1 DESCRIPTION

Les autorités portugaises ont mis sur pied des commissions de dissuasion de la toxicomanie (*Comissões para a dissuasão da toxicoddependência*) dans chacune des 18 régions administratives du pays. Ces commissions, créées par la Loi 30/2000, ont pour rôle de gérer les sanctions administratives pour possession ou usage de drogues définies dans cette même Loi. Elles se composent de deux représentants des secteurs de la santé et des services sociaux et d'un représentant du secteur judiciaire. La définition de ces sanctions administratives a été effectuée en même temps qu'une abrogation des sanctions prévues au Code criminel pour la possession ou la consommation de drogues.

Les « clients » de ces commissions sont des personnes que les services policiers ont trouvées en possession de drogues. Si la drogue trouvée dépasse l'équivalent de dix jours de consommation personnelle (les volumes pour chaque substance sont précisés dans la Loi), le dossier est confié aux

autorités chargées de l'application des lois criminelles sanctionnant le trafic, l'importation et la production de drogues. Par contre, si la drogue trouvée correspond à l'équivalent de dix jours ou moins de consommation personnelle, les policiers peuvent la confisquer et citer les personnes à comparaître devant une CDT dans les 72 heures. Les commissions évaluent alors le rapport aux drogues des personnes qui comparaissent. Leur évaluation doit notamment déterminer le profil, les impacts de la consommation et la condition sociale des personnes.

En fonction de leur jugement, les commissaires peuvent avoir recours à diverses sanctions aux fins de décourager la consommation de drogues et d'encourager les personnes dépendantes à utiliser des services de réadaptation. Elles peuvent notamment imposer des sanctions financières, des avertissements, la suspension de licences professionnelles ou pour certaines autres activités, l'interdiction de fréquenter certains lieux ou personnes, l'obligation de se rapporter régulièrement, le bannissement de possession d'armes à feu, la saisie de biens ou l'arrêt de subventions ou d'allocations d'agences publiques. Les commissions ne peuvent pas forcer une personne à entrer en réadaptation, mais elles peuvent appliquer les sanctions de manière à inciter une personne à le faire. En outre, elles peuvent suspendre les sanctions si une personne jugée dépendante s'engage et complète un « traitement », ou si une personne faisant un usage récréatif des substances s'engage à respecter certaines conditions, telles que « ne pas commettre de nouvelle infraction ». Enfin, elles ont le pouvoir de rétablir les sanctions si les personnes ne respectent pas ces conditions (Woods 2011, pp.16-19).

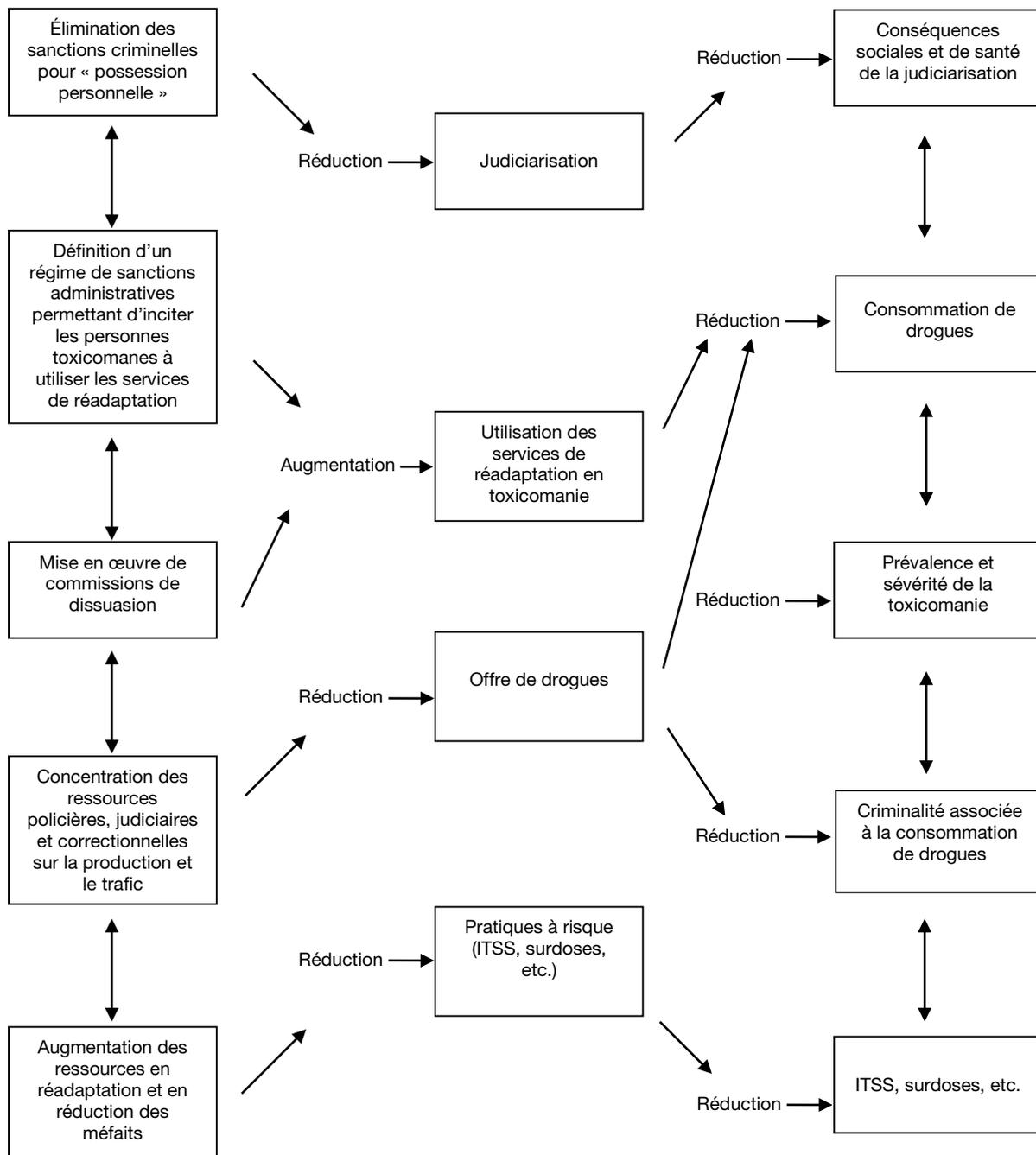
La mise en place des CDT a été notamment accompagnée d'une intensification et d'une réorientation des efforts en prévention, en réadaptation et en réduction des méfaits. Également, la mise sur pied de ces commissions et de la Loi a fait en sorte que l'application des lois criminelles s'est concentrée sur l'objectif de réduction de l'offre (importation, production et trafic). En fait, la stratégie dont faisait partie la mise sur pied des commissions de dissuasion prévoyait, de manière globale, un doublement des ressources financières consacrées à toutes les actions publiques en matière de drogues (Moreira 2007, pp.15-16). Par ailleurs, il semble que ce fut aussi une période où l'on a décidé d'agir intensément sur des scènes ouvertes de trafic et de consommation de drogues, comme à Lisbonne (Musseau 2013). Il est impossible de caractériser précisément le rééquilibrage des niveaux d'effort dans chacun des registres d'action, mais il est important de le garder en mémoire pour juger adéquatement les évaluations recensées.

3.7.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

La mise en œuvre de ces commissions s'est effectuée dans la foulée d'un rapport gouvernemental concluant à l'inefficacité, voire au caractère contre-productif, des sanctions criminelles à l'égard de la réduction de la consommation de drogues, de la dépendance à celles-ci et de leurs conséquences en matière sociale et de santé (dont sur l'épidémie de VIH). Ce rapport fut lui-même l'aboutissement de plus de vingt ans de débats dans ce pays (EMCDDA 2011, p.23). Les CDT ont été explicitement mises en place afin d'inciter les « simples usagers » de drogues à cesser de consommer et pour encourager les usagers vivant une dépendance à s'engager dans un processus de réadaptation tout en leur évitant les conséquences sociales et de santé associées au processus de criminalisation existant jusqu'alors (Hughes and Stevens 2010, pp.1001-1002). La création des CDT a été rendue possible par l'abolition des sanctions criminelles pour « possession personnelle » de drogues et leur remplacement par un régime de sanctions administratives. Les CDT ont pour mandat de recevoir les personnes UD qui leur sont recommandées par les services policiers, d'évaluer l'état de la situation de ces personnes en ce qui concerne leur consommation de drogues et de déterminer, si nécessaire, des sanctions les incitant à s'engager dans un processus de réadaptation.

De manière concurrente, les efforts des services policiers, judiciaires et correctionnels ont été concentrés sur le trafic et la production, de manière à réduire l'offre de drogues et, ainsi, la consommation de drogues et la toxicomanie. En outre, l'offre de services de réduction des méfaits et de réadaptation a été intensifiée, de manière à réduire les pratiques à risque. La logique d'action est illustrée à la page suivante.

Figure 10 La logique d'action des CDT



3.7.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

En 2000, le Portugal a mis en œuvre des commissions de dissuasion de la toxicomanie. À notre connaissance, il est le seul État à l'avoir fait en même temps qu'il abolissait les sanctions criminelles et les remplaçait par des sanctions administratives.

3.7.4 LES ÉVALUATIONS

Avant d'en venir au bilan des évaluations de leurs effets à proprement parler, il est à propos de considérer le portrait des activités des CDT effectué par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions [EMCDDA]). En effet, l'Observatoire a montré qu'en 2009, les décisions rendues par les commissions se répartissaient ainsi :

- 68 % : suspension des procédures pour des usagers n'ayant pas de problème reconnu de dépendance aux drogues⁶⁶;
- 15 % : suspension des procédures pour des usagers ayant accepté d'entreprendre une cure de désintoxication;
- 14 % mesures punitives — amendes (4 %) ou sanctions non financières (10 %), telles que des visites périodiques à des endroits précis ou l'interdiction de fréquenter certains lieux (EMCDDA 2011, p.17).

Quelques évaluations ont été publiées au sujet des effets des CDT et de la stratégie portugaise en matière de drogues dont elles sont un élément définitoire et prédominant. Elles ont été produites par des groupes de réflexion de type laboratoires d'idées (en l'occurrence la Beckley Foundation et le Cato Institute), par des chercheurs rattachés à une organisation parapublique du Portugal (l'Institut national d'administration publique) et par des chercheurs universitaires. Hughes et Stevens (2010), des chercheurs universitaires australiens, ont notamment produit une évaluation comparative (Portugal, Espagne et Italie) à partir de celles publiées jusqu'alors par les organisations parapubliques portugaises, tout en y ajoutant d'autres données, notamment 13 entrevues effectuées de 2007 à 2009 avec des « informateurs clés » du dispositif portugais (tant des élus que des administrateurs, des représentants d'OBNL et des personnes UD) et des statistiques produites par les administrations publiques des autres pays et rapportées à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies⁶⁷. En ce qui concerne les effets des CDT, le présent bilan prend pour point de départ leur évaluation et ne retourne donc pas directement aux évaluations des organisations parapubliques⁶⁸. Ces évaluations concernent les effets des CDT sur la consommation de drogues, sur le système de justice criminelle, sur le « marché de la drogue » et sur l'état de santé de la population portugaise.

⁶⁶ Lorsqu'une personne comparaît pour la première fois devant une CDT et qu'on ne lui reconnaît pas de dépendance, la suspension des procédures est obligatoire (Trigo de Roza, 2007).

⁶⁷ Voir le texte original pour plus de détails sur la méthodologie.

⁶⁸ Les documents produits par les groupes de réflexion de type laboratoires d'idées ne sont pas retenus ici. Dans le cas de la Beckley Foundation, les deux auteurs sont les mêmes deux chercheurs australiens et le travail est semblable, mais moins complet, notamment parce qu'il a été publié avant leur article scientifique (Hughes et Stevens 2007). Dans le cas du Cato Institute, le document utilise notamment les données produites par les deux chercheurs australiens, mais dans un exercice d'interprétation plutôt libre de ce qu'elles signifient (Greenwald 2009). Cette interprétation libre a d'ailleurs provoqué une réponse critique de la part des auteurs australiens, qui ont souligné à juste titre que leur évaluation ne devrait pas être utilisée — comme l'a fait le Cato Institute — pour qualifier l'expérience portugaise de « succès retentissant » sans les nuances appropriées (Hughes et Stevens 2012).

La consommation de drogues. Aux fins de leur évaluation, Hugues et Stevens (2010) définissent trois segments de population : les adultes (19 ans et plus), les jeunes (15-18 ans) et les « consommateurs problématiques ».

Les indicateurs retenus dans l'évaluation indiquent qu'il s'est produit dans la foulée de la mise sur pied des CDT une légère augmentation de la consommation de drogues chez les adultes. En effet, la perception des informateurs clés à cet effet est que ce segment de la population a connu une augmentation légère à modérée de sa consommation. En outre, l'usage autorapporté par les personnes UD dans la dernière année et au cours de la vie a augmenté de 2001 à 2007 dans tous les groupes d'âge de 19 ans et plus, et ce, pour pratiquement toutes les substances. Ces tendances sont par ailleurs à peu près équivalentes à celles constatées en Espagne et en Italie (Hughes et Stevens 2010, pp.1005-1006).

En ce qui a trait aux jeunes Portugais, l'évaluation révèle une augmentation de la consommation autorapportée au cours de leur vie dans des sondages européens effectués tous les quatre ans de 1995 à 2003, puis une diminution en 2007. Même si le niveau de consommation des jeunes Portugais est largement inférieur à celui des jeunes Italiens et Européens, ces tendances sont remarquablement semblables à ces deux autres cas de figure. Toutefois, les chercheurs notent deux différences. D'une part, la réduction de la consommation de l'ensemble des substances semble avoir été proportionnellement plus prononcée au Portugal. D'autre part, elle semble avoir été moins prononcée en ce qui concerne le cannabis en particulier (Hughes et Stevens 2010, pp.1006-1008).

À l'égard des « consommateurs problématiques », l'évaluation souligne une réduction non statistiquement significative du nombre estimé de personnes en situation de dépendance de 2000 à 2005. Cette estimation a été produite à partir du nombre de personnes en « traitement » et selon une méthode dite du multiplicateur (Negreiros dans Hughes et Stevens 2010, p.1006). Selon la même méthode, on a estimé que le taux de personnes UDI âgées de 15 à 64 ans avait été significativement réduit de 3,5 à 2 par mille habitants. Ces tendances sont d'autant plus notables qu'en Espagne et en Italie, le nombre d'usagers problématiques semble avoir augmenté. En effet, le nombre d'usagers problématiques en Italie a augmenté de 6 à 8,6 par mille habitants (Hughes et Stevens 2010, pp.1006-1007). L'évaluation ne présente pas de données quantitatives ni de date de début de tendance pour l'Espagne, mais elle mentionne tout de même qu'on y a constaté une probable augmentation du nombre d'usagers problématiques en 2006. Cela serait dû à la hausse importante du nombre d'usagers problématiques de cocaïne — ce qui aurait largement compensé la réduction du nombre d'usagers d'opioïdes (Hughes et Stevens 2010, pp.1007).

Le système de justice criminelle. Dans leur évaluation, Hughes et Stevens (2010) ont examiné les effets de la réforme portugaise sur le fonctionnement du système de justice criminelle en se concentrant sur les crimes et les infractions en matière de drogues (importation et exportation, production, trafic, et consommation) et sur les patrons de la criminalité « associée aux drogues » (c'est-à-dire, dans ce cas, la criminalité commise sous l'influence de drogues ou aux fins de se procurer des drogues⁶⁹).

⁶⁹ La notion de criminalité associée aux drogues est définie de manière variable dans la littérature criminologique. Dans le cas de cette évaluation, la définition — plutôt implicite — semble exclure notamment les crimes commis pour assurer la maîtrise du « marché » des drogues (par exemple, les « règlements de comptes »). Or, il est raisonnable de penser que la concentration de l'application des lois criminelles sur la production et la distribution des drogues a pu avoir une influence sur cette dimension de la criminalité associée aux drogues.

En ce qui a trait aux crimes et aux infractions en matière de drogues, l'effet le plus clair que révèle l'évaluation est une faible augmentation du nombre de personnes sanctionnées par les services policiers de 1998 à 2008. En effet, les services policiers portugais ont interpellé environ 11 500 personnes en 1998 et environ 12 000 personnes en 2008 (avec un sommet d'un peu plus de 14 000 en 2000 — cependant, un retour vers la moyenne a été enregistré dès 2001, année de la réforme à laquelle participaient les CDT⁷⁰). En outre, il semble que l'augmentation soit principalement attribuable à l'arrestation de personnes pour « trafic ». La stabilité dans l'arrestation de personnes pour « trafic et consommation » est en effet remarquable⁷¹. La même stabilité est évidente pour les personnes sanctionnées pour consommation (plus ou moins 6000, tout au long de la période). La seule différence est qu'à compter du 1^{er} juillet, celles-ci sont traitées à travers le processus administratif des CDT, ce qui, au total, fait en sorte que le fardeau pour le système de justice criminelle a été significativement réduit. Prenant pour point de référence le sommet de 2000, les auteurs notent une réduction de 9000 cas traités par le système de justice criminelle. Toutefois, si on prend pour point de référence l'année 1998, qui est plus près de la moyenne de la période, on obtient plutôt une réduction plus modeste, mais tout de même fort significative, d'environ 6000 cas. Cela amène les auteurs à noter que la réforme portugaise n'a pas eu pour effet une extension du filet de contrôle des consommateurs.

Par contraste, en Espagne — où on a aussi instauré en 1998 un système de sanction administrative de la consommation (les policiers pouvaient y distribuer des amendes selon un régime de contravention pour le cannabis, une intervention qui sera couverte plus loin dans cette synthèse), mais sans mettre en place de mécanisme comme les CDT —, on constate une légère hausse des arrestations criminelles pour trafic, mais une forte augmentation des sanctions administratives envers les consommateurs. En effet, alors qu'en 1998 les policiers espagnols avaient sanctionné environ 6500 consommateurs, ils en ont sanctionné environ 22 000 en 2007 (Hughes and Stevens 2010, pp.1009-1010).

En ce qui a trait aux patrons de la criminalité, on note une augmentation de 9 % de celle dite « fortement associée aux drogues » (vols, vols à main armée, assauts en public et certains types de fraudes) de la période 1995-1999 à la période 2000-2004. L'évaluation détaille ces résultats (qui montrent des hausses de certains crimes et des baisses d'autres crimes), mais ce découpage nous semble superflu dans le présent cadre, d'autant plus que l'évaluation originale, effectuée par une direction policière (et de laquelle sont tirées ces informations), n'attribuait ces changements ni à la décriminalisation en tant que telle ni à des modifications dans les pratiques policières. Par exemple, on aurait pu penser qu'en se voyant libérer du temps, les policiers auraient réinvesti leur énergie dans d'autres formes de criminalité, influençant ainsi le nombre d'autres crimes enregistrés. De surcroît, Hughes et Stevens notent que le Portugal, l'Espagne et l'Italie ne colligent pas de statistiques propres à la « criminalité associée aux drogues », ce qui les a empêchés de suivre la tendance portugaise après 2004 et de comparer la situation portugaise à celle des deux autres pays (Hughes and Stevens 2010, pp.1009-1010).

Par ailleurs, les auteurs notent que la proportion de personnes incarcérées pour des infractions « liées aux drogues » (c.-à-d. commises sous l'influence de drogues ou pour financer la consommation) a diminué, de 44 % en 1999 à 21 % en 2008. En parallèle (et bien que ce ne soit pas exactement la même période), la « densité carcérale » a diminué de 119 prisonniers par cent places disponibles en 2001 à 101,5 prisonniers par cent places disponibles en 2005. Il semble également que de 2001 à 2007, le nombre de personnes UD en général, le nombre de personnes UDI en

⁷⁰ Nous décrivons ici les résultats à partir de tableaux, ce qui explique la formulation approximative des nombres.

⁷¹ Il est probable que l'infraction pour « trafic et consommation » est similaire à l'infraction de « possession en vue d'en faire le trafic » définie dans la LRC DAS. Cette infraction ne semble pas exister en Espagne.

particulier et le « taux général d'usage de drogues » ont chuté dans les prisons du pays. Cependant, les auteurs n'ont pas pu trouver de données comparatives avec l'Espagne et l'Italie (Hughes and Stevens 2010, pp.1010-1011).

En guise de conclusion à ce sujet, les auteurs écrivent que « même si de faibles augmentations de la criminalité associée aux drogues ont eu lieu dans la foulée immédiate de la réforme, il y a eu des réductions globales du fardeau des criminels reliés aux drogues sur le système de justice criminelle » (Hughes and Stevens 2010, p.1011, traduction libre).

Le marché des drogues. Selon l'évaluation de Stevens et Hughes, le nombre de saisies en matière de drogues a peu changé de 1999 à 2008. Toutefois, ces auteurs notent une réduction du nombre de saisies d'héroïne. Les volumes de toutes les catégories de drogues saisies ont augmenté significativement (même si de manière variable d'une catégorie à l'autre), particulièrement ceux estimés destinés « à l'exportation ». Cependant, ces augmentations ne se sont pas produites de façon linéaire, car les volumes saisis présentent des profils particuliers selon les années et les catégories de drogues saisies. Ces patrons sont différents de ceux de l'Italie et de l'Espagne. Dans le premier cas, on ne décèle aucune variation dans les quantités de drogues saisies à partir de 1999-2000. Dans le second, on constate une augmentation linéaire des quantités de haschich et de cocaïne saisies. Selon ces auteurs, les patrons portugais sont des indices d'une croissance des activités policières en matière de trafic plutôt que d'une croissance du marché des drogues, ce que révèlent, selon eux, les patrons espagnols. Les auteurs estiment que cela est conforme à des données qualitatives qui révèlent une réorganisation et un renforcement de l'action policière en ce qui a trait au trafic de drogues (Hughes and Stevens 2010, pp.1011-1012).

La même évaluation indique aussi une réduction importante des prix de la plupart des substances, particulièrement après 2001. Par exemple, un gramme d'héroïne valait 50,27 \$ en 2001 et 33,25 \$ en 2008, et un comprimé d'ecstasy valait 6,86 \$ en 2001 et 2,80 \$ en 2008. On ne sait pas si la qualité des substances a changé pendant cette période. Selon ces auteurs, il est probable que ces réductions soient liées à l'effet d'une augmentation de l'offre ou d'une réduction de la demande, en fonction des substances considérées. En comparaison, le prix de la plupart des substances est demeuré stable en Espagne, malgré une augmentation de la demande, par exemple en matière de cocaïne. Des experts espagnols ont estimé que cela était dû à une augmentation de l'offre pour cette substance. Selon les auteurs, tout cela suggère que le marché de la drogue ne s'est pas étendu substantiellement après la décriminalisation (Hughes and Stevens 2010, p.1013).

La santé publique. Selon l'évaluation de Hughes et de Stevens, le Portugal a enregistré une augmentation du nombre de décès par surdose de 1996 (environ 220) à 2008 (environ 330)⁷². En comparaison, des réductions ont été constatées en Italie (environ 1500 en 1996 et 600 en 2006) et en Espagne (de 700 en 1996 à un peu plus de 500 en 2006) (Hughes and Stevens 2010, p.1015). Remarquons toutefois que le Portugal avait connu un sommet d'environ 350 décès en 1999 et qu'une baisse s'est amorcée en 2000 (environ 300 décès), pour se poursuivre en 2001 (l'année de la réforme a vu environ 290 décès par surdose) et en 2002 (environ 160 décès), avant d'amorcer une remontée graduelle « par plateaux ». Les informateurs clés ont attribué la hausse qui s'amorce en 2005 à l'augmentation du nombre d'expertises toxicologiques effectuées lors des autopsies (de 1166 en 2002 à 2805 en 2008) (Hughes and Stevens 2010, pp.1014-1015).

Par ailleurs, les CDT semblent avoir été très efficaces dans leur travail d'orientation de personnes UD vers des services de traitement. Le nombre de personnes UD en traitement a augmenté de 23 654 en 1998 à 38 532 en 2008. Notant que l'âge moyen des personnes en traitement a augmenté (23 % des

⁷² Nous décrivons ici les résultats à partir d'un tableau, ce qui explique la formulation approximative des nombres.

personnes UD entrant en traitement en 2000 avaient plus de 34 ans, alors que ce taux était de 46 % en 2008), les auteurs estiment que cela — considéré en même temps que la réduction du nombre de « consommateurs problématiques » — suggère une tendance à la baisse du nombre de jeunes personnes devenant dépendantes (Hughes et Stevens 2010, p.2015).

En ce qui a trait aux ITSS, le nombre de nouveaux diagnostics pour VIH chez les personnes UD a diminué de 907 en 2000 à 267 en 2008. Pour ce qui est des cas de séroconversion chez les personnes UD, on a constaté une réduction de 506 à 108 cas de 2000 à 2008. Les informateurs clés ont principalement attribué cette baisse à l'expansion de l'offre de réduction des méfaits — mais ce que cela inclut n'est pas clairement précisé. Une réduction des cas de séroconversion a aussi été constatée en Espagne, qui est passée de 5085 cas en 1994 à 639 cas en 2007. Dans ce cas, on situe cette réduction dans la foulée de l'expansion des programmes de substitution aux opioïdes (Hughes and Stevens 2010, pp.1015-1016).

Dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, un chercheur a proposé une analyse économétrique des effets de l'expérience portugaise sur les taux d'homicide et de décès associés à la consommation de drogues. Il compare l'évolution des taux d'homicide et de décès associés aux drogues tels qu'ils sont rapportés par Eurostat pour le Portugal et d'autres pays européens (Espagne, Italie, France, Royaume-Uni, Allemagne, Suède) de 1994 à 2008. Il utilise un modèle dit des « différences dans la différence », visant ainsi à neutraliser les effets des conditions différentielles préexistantes ou de leurs tendances temporelles. Le mémoire offre plus de détails méthodologiques. Il conclut que l'analyse des séries chronologiques montre une augmentation significative des taux d'homicide et de mortalité associés aux drogues au Portugal. Cela est vrai à la fois en termes absolus et par rapport aux taux observés dans les autres pays européens (Yablon 2011, p.20). En ce qui a trait aux homicides, la différence avec les autres pays est de 25 % (Yablon 2011, p.21). En ce qui a trait à la mortalité associée aux drogues, la différence est de l'ordre de 150 % (Yablon 2011, p.22). Qualifiant ces résultats, le chercheur dit du premier cas de figure qu'il est « vraisemblable » (*believable*) et du second qu'il est « invraisemblable » (*implausible*) (Yablon 2011, p.23).

En outre, dans le cadre d'une discussion méthodologique, l'auteur explique qu'à partir de ces résultats, il « n'est pas possible de conclure affirmativement que les hausses dans les taux d'homicide et de mortalité associée aux drogues au Portugal, par rapport aux autres pays, sont en dehors des limites de variation normale » (Yablon 2011, p.24, traduction libre). L'auteur avance plusieurs hypothèses — pas toujours très limpides — pouvant expliquer ces variations. Dans le cas des homicides, il évoque, entre autres, l'idée qu'une hausse de la répression à l'égard des trafiquants peut accroître les tensions entre les acteurs (Yablon 2011, p.33). Pour ce qui est du cas de la mortalité associée aux drogues, il évoque notamment — comme Hughes et Stevens (2010) — les changements dans les pratiques d'autopsie (Yablon 2011, p.27).

Qualité méthodologique des évaluations. Comme c'est d'ailleurs le cas pour l'ensemble des interventions évaluées dans le cadre du présent avis, les CDT portugaises font partie d'un ensemble d'interventions mises en œuvre pour agir sur les drogues et sur leurs conséquences. Elles le sont dans des milieux à dimensions multiples et mouvantes, notamment et par exemple sur le plan des marchés des drogues. Les chercheurs ayant produit les évaluations examinées ici soulignent d'ailleurs eux-mêmes qu'il est impossible d'attribuer directement ou exclusivement quelque changement que ce soit à la prise en charge administrative que les CDT actualisent en remplacement du régime prohibitif auquel elles ont succédé.

L'exercice comparatif mené avec l'Espagne et l'Italie sur de nombreux plans permet d'éclairer, en partie, ce qu'on peut attribuer à la mise en place des CDT et de la stratégie portugaise en matière de drogues à laquelle elles participent. Mais ce type d'exercice ne peut que demeurer partiel. Toutes les juridictions ne compilent pas leurs données de la même façon ni ne le font systématiquement au sujet de tous les phénomènes examinés. Si on est plutôt bien renseigné par les auteurs sur les changements politiques ayant eu lieu au Portugal, ils traitent les autres pays un peu comme une boîte noire et comme si tout y était demeuré stable. Ces derniers points sont des réalités avec lesquelles les praticiens des sciences comparatives ont appris à composer, mais elles sont aussi difficilement compatibles avec certains standards de preuve auxquels certains sont attachés en santé publique.

3.7.5 ASPECTS JURIDIQUES

Il est peu probable que le gouvernement fédéral, qui possède la compétence en matière de législation criminelle, décriminalise à court ou à moyen terme la possession de l'ensemble des drogues pour la remplacer par des mécanismes de prise en charge éducative, réadaptative et sociale excluant la sanction criminelle, comme ce fut le cas au Portugal dans le cadre de la mise en place des CDT.

Ceci dit, tel que nous l'avons noté au chapitre 2, les autorités provinciales ont compétence en matière d'application des lois criminelles, incluant la LRCIDAS. Ainsi, les procureurs appartenant au bureau du Directeur des poursuites criminelles et pénales du Québec détiennent déjà une marge de manœuvre lorsque des dossiers de possession simple de cannabis leur sont confiés. À certaines conditions, le Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes leur offre la possibilité de ne pas mettre en accusation des personnes trouvées par les policiers en possession de petites quantités de marijuana (30 grammes ou moins) ou de haschich (1 gramme ou moins). Ce programme prévoit des sanctions, comme l'envoi d'une lettre d'avertissement, une mise en demeure ou des « mesures de rechange ». Ces dernières :

consistent en un ensemble de moyens par lesquels on pourra exiger du contrevenant une contrepartie sous forme notamment de dédommagement à la victime, de travaux communautaires au profit de la collectivité, ou de sessions de formation en vue de lui faire prendre conscience des conséquences de ses actes et d'accroître son sens des responsabilités⁷³.

Il nous semble plausible que quelques modifications à ce programme pourraient en faire un parent plus ou moins proche du régime juridique encadrant les CDT. D'une part, il s'agirait d'inclure dans la liste des infractions admissibles la possession de toutes les drogues définies dans la LRCIDAS — ce qui implique que l'on considérerait désormais ces infractions comme mineures. D'autre part, il s'agirait d'inclure dans le registre des mesures de rechange l'engagement du contrevenant à se présenter devant une « commission de dissuasion » (qu'il faudrait bien entendu créer) ou de permettre aux procureurs de travailler de concert avec des représentants du secteur de la santé et des services sociaux et d'ajouter quelques possibilités dans le registre des mesures de rechange existantes. L'élimination de certaines conditions d'éligibilité au programme, comme l'absence

⁷³ Lien consulté le 15 juillet 2015 : <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/generale/non-judic.htm>

d'antécédents judiciaires, pourrait aussi devoir être revue si on souhaite aligner le programme sur les CDT portugaises.

Considérer cela implique nécessairement l'établissement d'un dialogue avec le ministère de la Justice et le Directeur des poursuites criminelles et pénales.

3.7.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Selon les informations transmises par le DPCP, et comme nous l'avons souligné au chapitre 2, un peu plus de 2300 personnes ont bénéficié du Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes en 2012, alors que ce nombre était d'un peu moins de 1400 en 2007. Toutefois, ces mêmes informations révèlent que plus de 12 000 mises en accusation pour « possession simple » ont été effectuées en 2012, un chiffre en hausse d'environ 50 % par rapport à 2008, année où on constate un peu moins de 8000 mises en accusation⁷⁴.

Le bénéfice le plus clair de la mise en place de CDT et d'un régime judiciaire conséquent pourrait être de contribuer à déjudiciariser un plus grand nombre de contrevenants aux lois sur les drogues dans le cadre d'affaires de possession « simple ». Cette déjudiciarisation pourrait à la fois éviter certaines des conséquences négatives pour les personnes UD et soulager les composantes du système de justice criminelle (services policiers, tribunaux, système correctionnel) d'une partie du travail qu'elles effectuent dans le processus de judiciarisation.

Il n'est pas possible d'évaluer le potentiel précis de cette déjudiciarisation, mais il concerne vraisemblablement un nombre beaucoup plus faible que les 12 000 mises en accusation rapportées en 2012. D'une part, la forte majorité des contrevenants aux lois sur les drogues au Québec le sont pour des infractions liées au cannabis, infractions déjà admissibles au programme. D'autre part, et bien que 12 000 mises en accusation aient été effectuées, il y a plus de mises en accusation que de dossiers et une personne peut avoir été mise en accusation dans plusieurs dossiers en même temps au cours d'une année. En outre, une mise en accusation pour possession simple peut avoir été effectuée en même temps que des mises en accusation pour d'autres types d'infractions criminelles et une personne mise en accusation pouvait déjà avoir un dossier criminel pour des infractions, rendant ainsi les participants inadmissibles à ce programme. Par ailleurs, si les services policiers profitent de l'occasion pour réorienter davantage leur action vers les producteurs et les trafiquants (comme cela s'est fait au Portugal), les diverses composantes du système de justice criminelle ne verront probablement pas de baisse de pression sur leurs ressources. Bref, si on souhaite aller de l'avant, une analyse plus fine de la situation sera nécessaire pour mieux saisir les réalités actuelles de l'application de la loi à l'égard de la possession de drogues au Québec, ainsi que les bénéfices de la mise en place de CDT par une extension ou une modification du Programme de traitement non judiciaire.

⁷⁴ Lors d'une émission d'affaires publiques (Lien consulté le 14 janvier 2014 : <http://zonevideo.telequebec.tv/media/7086/discussion-faut-il-legaliser-le-cannabis/bazzo-tv>), l'ancien directeur du SPVM a expliqué à l'automne 2013 que plus de 50 % des cas d'arrestation et de mises en accusation pour possession de drogues étaient effectuées à la suite de l'arrestation pour un autre crime, les policiers ayant trouvé de la drogue sur un suspect en le fouillant. En outre, il a expliqué que dans la majorité des autres cas, des arrestations pour possession étaient effectuées dans le cadre d'opérations visant des trafiquants — mais que les trafiquants visés portaient sur eux depuis quelque temps de petites quantités de drogues, justement pour ne pas se faire accuser de trafic. Ces informations semblent conformes à l'analyse de chercheurs états-uniens qui, dans l'analyse des statistiques sur les infractions aux lois sur les drogues, estiment que si en 1997 38 % des personnes emprisonnées pour des infractions liées aux lois sur les drogues l'étaient pour « possession simple », de 15% à 1,9 % l'étaient « vraiment » pour possession de drogues uniquement (Caulkins JP, S. E. 2005). Les auteurs soulignent, en plus des mêmes deux cas de figure évoqués par l'ancien directeur du SPVM, que certains contrevenants ont plaidé coupable en échange d'accusations réduites et que d'autres ont été arrêtés pour une violation à leurs conditions de probation et qu'on a trouvé de la drogue sur eux.

Pour ce qui est des autres bénéfiques associés à l'expérience portugaise entourant les CDT, ceux-ci sont soit déjà largement réalisés au Québec (étant probablement amplement tributaires de la mise en place de programmes déjà existants ici, comme les PES, les programmes de maintien à la méthadone et d'autres programmes), soit impossibles à réaliser sans un ajout considérable à l'offre de services en réadaptation.

En fait, il est difficile d'anticiper la réception que pourront faire le public en général ou certains acteurs particuliers d'une proposition de CDT au Québec. Cette option a somme toute été assez peu discutée publiquement ici, et les débats portent généralement davantage sur les grandes modifications législatives (les options de décriminalisation ou de légalisation) que sur la forme positive que pourrait prendre l'action publique dans leur cadre. Néanmoins, notons qu'il existe de nombreux précédents de mise en place de mécanismes particuliers permettant une forme ou une autre de déjudiciarisation à l'égard des lois criminelles au Canada, que ce soit le fait d'autorités municipales, provinciales ou même fédérales. En effet, plusieurs « tribunaux spéciaux » ou programmes ont été instaurés au pays, que ce soit en matière de violence conjugale⁷⁵, de santé mentale⁷⁶, de personnes autochtones⁷⁷ ou même de toxicomanie⁷⁸. Ceux-ci ont tous été mis en œuvre parce que les processus judiciaires réguliers étaient vus comme mal adaptés à certaines populations ou formes de crimes particuliers et aux « problèmes sous-jacents » les concernant. De plus, il existe au Québec, en particulier, une tradition importante de « justice alternative » en ce qui a trait aux contrevenants mineurs. L'approche de « justice réparatrice » qui sous-tend cette tradition a été mise en place vers la fin des années 1970. Certes, elle visait à offrir une vision de la justice basée sur la réparation du tort commis aux victimes, mais aussi à éviter la judiciarisation des contrevenants en offrant de nouveaux mécanismes de résolution de conflits (Charbonneau et Béliveau, 1999). Peu de débats publics ont porté sur le principe de ces tribunaux spéciaux ou de ces programmes.

Ces tribunaux ou programmes ont d'ailleurs souvent été conçus, au moins en partie, pour agir sur la surcharge ou l'inefficacité du système de justice dans certaines circonstances — ce qui se manifeste par l'expression d'une volonté de « désengorger le système » ou de lutter contre le phénomène dit des « portes tournantes », expression utilisée pour désigner les aller-retour des contrevenants de la prison au monde extérieur. Dans certains cas, on fixe aussi explicitement l'objectif d'atténuer les effets négatifs du processus de judiciarisation en répondant plus adéquatement aux problèmes sous-jacents vécus par les contrevenants. Dans les cas des tribunaux de la santé mentale et des mécanismes de justice réparatrice pour les mineurs, les tribunaux et les programmes permettent de fait d'éviter complètement ces effets négatifs en offrant la possibilité d'un traitement non judiciaire des cas. Certains « tribunaux de la toxicomanie » états-unis, suivant le modèle du préplaidoyer (nous y reviendrons plus loin), évitent aussi complètement le processus de judiciarisation en permettant de surseoir au processus de mise en accusation dans les cas où les contrevenants s'engagent avec succès dans un processus de traitement de leur toxicomanie (Nuffield 1997).

Par ailleurs, à notre connaissance, aucune controverse publique n'est apparue autour du programme de traitement non judiciaire mis en place au Québec.

⁷⁵ Lien consulté le 16 mars 2015 : <http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/english/about/vw/dvc.asp>

⁷⁶ Lien consulté le 16 mars 2015 : https://www.barreau.qc.ca/pdf/journal/vol40/200802_01.pdf

⁷⁷ Lien consulté le 16 mars 2015 : <http://www.sasklawcourts.ca/index.php/home/provincial-court/aboriginal-court>

⁷⁸ Lien consulté le 16 mars 2015 : http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/programmes/traitement_toxicomanie.htm

3.8 Régimes de contravention pour le cannabis (RCC)

3.8.1 DESCRIPTION

Le concept de régime de contravention pour le cannabis désigne l'introduction, dans des codes de lois, de la possibilité de sanctions par contravention des personnes trouvées en possession de cannabis « pour consommation personnelle ». Certains RCC australiens prévoient aussi la possibilité de cultiver une certaine quantité de cannabis, également dans les situations où cela se fait « pour consommation personnelle⁷⁹ ». Les sanctions criminelles prévues dans les codes de lois existants ne sont pas éliminées. Autrement dit, après l'introduction de cette disposition législative, une infraction peut être traitée par les policiers, à leur discrétion, soit comme un crime, soit comme une infraction administrative sanctionnée par une amende.

On constate des variations dans les détails pragmatiques des différents régimes existants. Par exemple, les quantités de drogues précisées varient d'un régime à l'autre, et le non-paiement des amendes entraîne parfois automatiquement des mises en accusation criminelles (Bammer, Hall *et al.* 2002, p.89). Des séances d'éducation au sujet du cannabis et de ses méfaits font aussi parfois partie de la sanction. On a parfois introduit des possibilités d'expiation des contraventions par l'accomplissement de travaux communautaires (Heale, Hawks *et al.* 2000, p.272) ou par l'engagement dans une séance d'éducation sur la consommation de cannabis et ses conséquences.

3.8.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

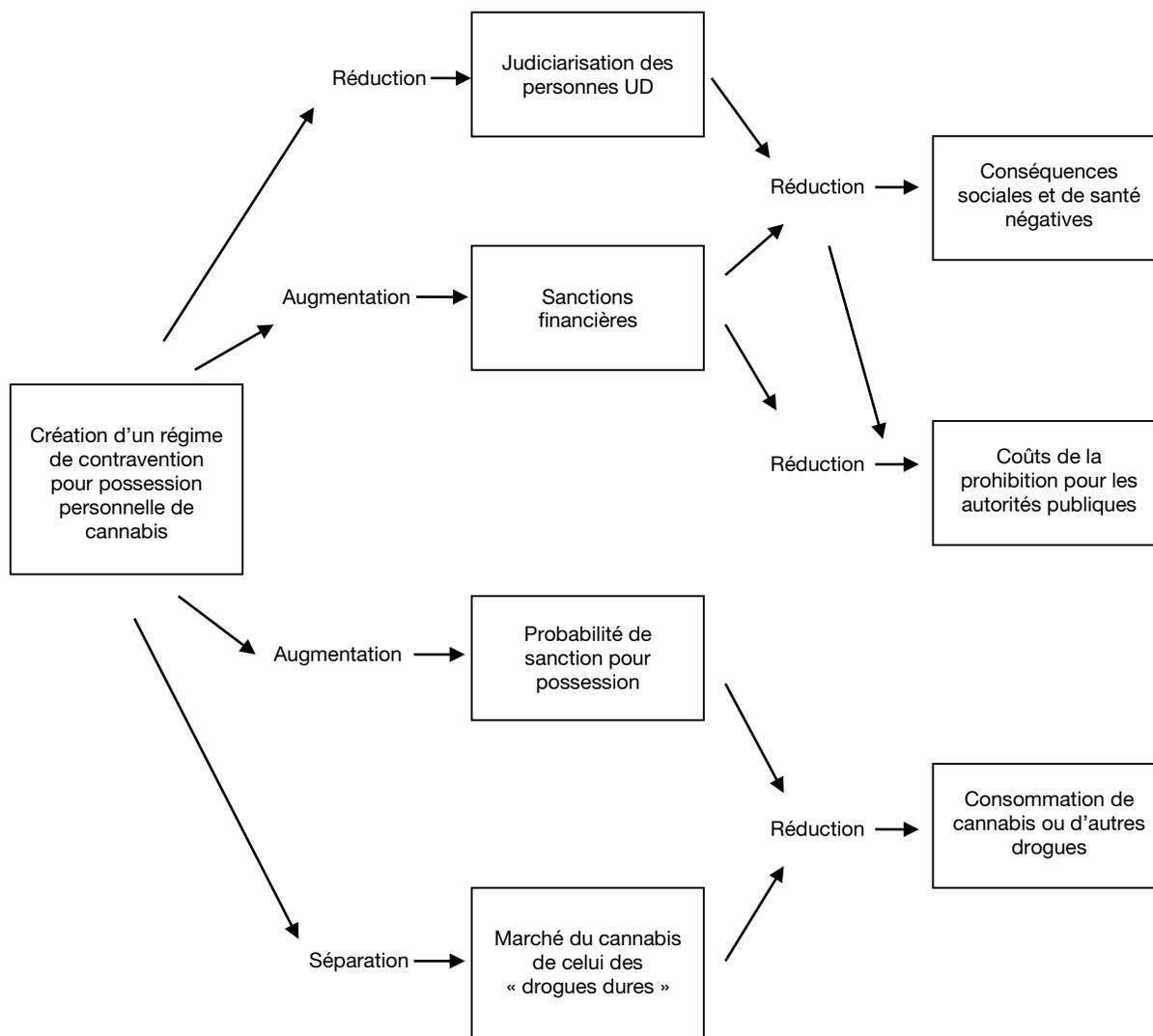
La justification des RCC est quasi systématiquement l'idée que la possession (ou la production) de cannabis pour « des fins personnelles » est un délit mineur — comme c'est d'ailleurs le cas au Québec en ce qui a trait à la possession, dans le cadre du Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes. Les raisons pour lesquelles la possession de cannabis, en particulier, est considérée comme mineure ne sont pas explicites, mais on peut raisonnablement présumer que c'est parce que la substance elle-même est jugée moins nocive que d'autres et parce que la possession est vue comme une infraction moins grave que le trafic ou la production.

Par ailleurs, deux objectifs sont généralement mis de l'avant de manière complémentaire pour justifier les RCC, même si on souligne parfois nettement l'un plus que l'autre. D'une part, on dit vouloir éviter le plus possible les conséquences d'une condamnation criminelle pour les contrevenants. De façon parallèle et positive, certains RCC s'inscrivent aussi dans une logique d'incitation à l'utilisation de services d'éducation et de réadaptation à l'égard de l'usage de cannabis. Souvent, en Australie, on inscrit de fait les RCC dans une logique de « diversion » du système de justice vers les services d'éducation et de soutien pour les personnes UD.

D'autre part, on dit vouloir réduire le fardeau que représente la gestion des infractions de possession pour les diverses composantes du système de justice criminelle, à savoir les services policiers, le système judiciaire ou le système correctionnel.

⁷⁹ Dans ces cas, l'objectif visé semble être de réduire la quantité de cannabis achetée auprès des grandes organisations criminelles. Comme cela n'est pas une disposition prévue dans la majorité des RCC et ne semble pas faire partie de ce qui est envisagé au Canada, la section suivante n'y fera pas référence. Ceci dit, il en sera fait état dans la section « Bilan des évaluations » (4.11).

Figure 11 La logique d'action des RCC



3.8.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

Plusieurs juridictions ont adopté des dispositions législatives de cette nature. Aux États-Unis d'Amérique, au moins onze États en ont développé. Le premier fut l'Oregon, en 1973, et une dizaine d'autres ont suivi jusqu'en 1978 (Single, Christie *et al.* 2000, p.170). En Australie, l'Australie du Sud a également développé un RCC en 1987 et a été suivie par quatre autres États du pays au cours des années suivantes (Single, Christie *et al.* 2000, p.158). Quelques pays européens, dont l'Espagne et l'Italie, ont fait de même.

L'Association canadienne des chefs de police (ACCP) a adopté une résolution d'appui à un RCC en 2013 :

Il est donc résolu que l'ACCP incite le ministre de la Justice et le procureur général à modifier la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCIDAS) et la Loi sur les contraventions ainsi que nécessaire afin de fournir aux policiers une option discrétionnaire de dresser une contravention pour simple possession de cannabis (30 grammes ou moins de cannabis marihuana ou 1 gramme ou moins de résine de cannabis), lorsqu'une accusation formelle en matière pénale au titre de la LRCIDAS ne serait pas dans l'intérêt public. (Association canadienne des chefs de police 2013, p.9)

À la lecture des raisons justifiant cette prise de position, il semble que l'intérêt premier de l'ACCP soit de réduire la pression sur les ressources policières en améliorant l'efficacité du traitement policier de la possession de cannabis.

3.8.4 LES ÉVALUATIONS

Les évaluations disponibles concernent les effets des RCC sur les patrons de consommation de drogues, sur divers phénomènes sociaux associés, et sur le système d'intervention publique en matière de consommation de drogues⁸⁰.

La consommation de drogues. Une étude a comparé les conséquences sociales vécues par des personnes ayant été condamnées pour des infractions mineures en matière de cannabis, en vertu des lois criminelles (en Australie de l'Ouest), aux conséquences sociales vécues par des personnes ayant reçu des contraventions dans le cadre du RCC instauré en 1987 en Australie du Sud. Dans le cas de l'Australie de l'Ouest, l'évaluation a porté sur un groupe de 68 personnes ayant été condamnées pour la première fois en vertu des lois criminelles (pour être incluse dans l'étude, l'infraction mineure relative au cannabis pour laquelle une personne avait été condamnée devait être l'infraction principale). Dans le cas de l'Australie du Sud, l'évaluation a porté sur un groupe de 68 personnes ayant reçu une contravention relative au cannabis pour la première fois (et pour laquelle l'infraction sanctionnée était la plus importante).

Les deux groupes ont été formés de manière à présenter des caractéristiques (âge, sexe, temps écoulé depuis la sanction) comparables⁸¹. L'évaluation a combiné diverses techniques de collecte de données afin de reconstituer a posteriori les conséquences des sanctions tout en vérifiant divers paramètres socioéconomiques. L'étude présente plus de détails méthodologiques (Lenton, Humeniuk *et al.* 2000, pp.258-259). Elle montre qu'un mois après la sanction, 71 % du groupe sanctionné par contravention et 49 % du groupe traité de manière criminelle rapportent consommer quotidiennement du cannabis. Elle montre aussi que pour 91 % du premier groupe et 71 % du second, un mois après la sanction, celle-ci n'a pas eu d'impact sur leur consommation (Lenton, Humeniuk *et al.* 2000, p.261).

⁸⁰ Plusieurs rapports et articles scientifiques ont été produits au sujet des RCC de l'Australie. Nombre d'articles scientifiques sont en fait des synthèses des rapports produits par diverses agences gouvernementales. Dans ces cas, le présent bilan s'est concentré sur les articles scientifiques.

⁸¹ Malgré ces efforts, des différences sont notables entre les groupes. Ainsi, le groupe sanctionné par des contraventions comporte plus de personnes de moins de 25 ans et rapporte plus souvent avoir consommé du cannabis dans les six et douze mois précédant la sanction. Le groupe sanctionné criminellement a quant à lui plus souvent rapporté être en emploi à temps plein et être impliqué dans des activités criminelles, dont le trafic de drogues, au moment de la sanction. Par contre, aucune différence n'est perceptible dans leur attitude à l'égard du cannabis, à l'égard de leurs expériences positives ou négatives par rapport à celui-ci, ni à l'égard des autres drogues (Lenton, Humeniuk *et al.* 2000, pp.259-260).

En 1997, dans la foulée du RCC introduit en 1987, un sondage a exploré la prévalence de la consommation et les « connaissances et attitudes à l'égard des lois sur le cannabis » d'un échantillon de 605 adultes de l'Australie du Sud. L'article dans lequel est discuté le sondage consigne les détails méthodologiques. Comme ailleurs dans les pays à hauts revenus, l'alcool est la substance la plus consommée à vie (95 %) et le cannabis, la substance illicite la plus consommée à vie (39 %). Parmi les personnes ayant dit avoir consommé du cannabis au cours de leur vie, seuls 15 % ont dit en consommer toujours régulièrement — les autres 24 % ayant ainsi déclaré ne plus en consommer (Heale, Hawks *et al.* 2000, p.274).

Ce sondage suivait de peu une évaluation du même RCC introduit en Australie du Sud, laquelle a comparé les taux de consommation dans cet État à ceux d'autres régions du pays. Les données sur l'usage des drogues contenues dans cette évaluation ont été tirées d'un sondage populationnel effectué périodiquement dans le cadre de la stratégie nationale en matière de drogues auprès des personnes de 14 ans et plus (*National Drug Strategy Australian Household Drug Use Surveys*)⁸². L'analyse révèle que de 1985 à 1995, le taux de personnes ayant déclaré avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie a augmenté de 26 % à 36 %. Cela représente une augmentation plus élevée que la croissance moyenne de la population australienne. Mais des augmentations semblables ont été constatées dans trois autres régions (à Victoria, en Tasmanie et en Nouvelle-Galles-du-Sud). Dans deux autres régions, des augmentations significatives, mais un peu plus modestes, ont été constatées, soit en Australie de l'Ouest (de 32 % à 37 %) et sur le Territoire de la Capitale australienne (de 35 % à 39 %). Dans ces deux dernières régions, aucune variation significative n'a été décelée — mais leurs taux de consommation étaient plus élevés que la moyenne tout au long de la période étudiée (Donnelly, Hall *et al.* 1998, p.19). À l'exception du Territoire de la Capitale australienne, qui a introduit un RCC en 1992, les régions qui servent de point de comparaison dans le cadre de l'analyse n'avaient pas modifié leurs lois en 1995.

Par ailleurs, l'analyse des sondages révèle un portrait peu signifiant des effets du RCC sur la consommation hebdomadaire rapportée. En effet, en Australie du Sud, on constate une hausse de 1988 à 1991, mais une stabilisation ensuite. La région ayant subi la hausse la plus importante est la Tasmanie, dont la progression fut ininterrompue de 1991 à 1995. La région présentant le taux de consommation le plus élevé est le Territoire du Nord, qui se situe dans tous les sondages autour de 10 % alors que l'ensemble des autres régions se situe autour de 5 %. De surcroît, pour l'ensemble des régions autres que l'Australie du Sud, on constate des variations difficiles à expliquer. La seule clé de compréhension qu'évoquent les auteurs est un possible effet d'échantillonnage — le faible nombre de répondants qui rapportent une consommation hebdomadaire peut induire des variations statistiques importantes, mais non significatives (Donnelly, Hall *et al.* 1998, pp.7-8). Cette évaluation produit d'autres analyses, mais il n'appert pas très utile de les synthétiser ici. Globalement, elles indiquent une absence de lien clair entre l'introduction des RCC et les patrons de consommation de cannabis en Australie⁸³.

Une évaluation a cherché à synthétiser et à comparer les effets des RCC aux É.-U. A. et en Australie. Elle a exploré diverses dimensions de la consommation de drogues et de ses conséquences en passant en revue de nombreuses évaluations déjà publiées à leur propos. Une bonne part des résultats d'évaluation abordés dans le cadre de cette évaluation comparative ont déjà été synthétisés dans notre bilan à travers l'examen des articles scientifiques que leurs auteurs ont publié dans leur foulée. Nous ne couvrons ici — comme d'ailleurs dans les sous-sections suivantes des évaluations

⁸² Il nous est impossible de les synthétiser ici pour des raisons d'espace, mais l'étude présente plus de détails méthodologiques.

⁸³ Les auteurs ont produit un article scientifique similaire quelques années auparavant (Donnelly, Hall et Christie 1995). Comme il couvre une période moins étendue que celui synthétisé ici, nous ne l'avons pas retenu aux fins du bilan.

concernant les RCC — que les résultats d'évaluation que ne couvrent pas les évaluations recensées jusqu'à maintenant. En matière de consommation de cannabis en Australie, l'évaluation en question se concentre sur le RCC d'Australie du Sud et est conforme à ce que nous avons couvert plus haut — à savoir qu'elle conclut que le RCC ne semble pas avoir eu d'impact sur les patrons de consommation (Single, Christie *et al.* 2000, pp.166-167). Pour ce qui est des É.-U. A., les évaluations recensées (dont trois comportent une forme ou une autre de groupe témoin) révèlent, dans leur ensemble, des effets nuls ou faibles sur les taux d'usage. En fait, après avoir examiné des sondages nationaux, les auteurs notent que la meilleure explication pour les changements dans les taux d'usage (hausse dans les années 1970, baisse dans les années 1980, hausse dans les années 1990) semble être la perception des risques pour la santé posés par la consommation de cannabis (Single, Christie *et al.* 2000, pp.172-173).

Une étude a voulu profiter de l'introduction d'un RCC en Australie de l'Ouest en 2004 afin d'anticiper les modifications comportementales d'usagers de cannabis en fonction des théories de la « dissuasion marginale » et de la « légitimité de la loi ». La première théorie suggère que les lois peuvent inciter des personnes à commettre des infractions moins lourdement sanctionnées dans le but explicite d'éviter les sanctions les plus sévères, sans toutefois réduire leur intention de commettre des infractions. La seconde suggère que les personnes obéissent aux lois quand elles estiment que celles-ci sont justes ou que les autorités responsables de leur application sont justifiées quand elles dictent leur comportement. Cent résidents de la ville de Perth qui rapportaient consommer du cannabis ont ainsi été interviewés dans l'année précédant la mise en œuvre du RCC.

Les résultats indiquent que la large majorité des répondants ont déjà des pratiques d'achat et de culture du cannabis qui font en sorte qu'ils ne s'exposeraient pas à des sanctions criminelles. Généralement, ceux-ci ont donc dit ne pas envisager de changement de comportement à cet égard. Parmi la minorité dont les pratiques les exposent à des sanctions criminelles en vertu des quantités précisées dans la loi, la grande majorité a par contre annoncé qu'elle prévoyait changer de comportement pour éviter les sanctions criminelles. La légitimité de la loi ne semble pas influencer le comportement actuel ou futur. Les auteurs concluent que la « dissuasion marginale » aura probablement des effets limités et sélectifs sur les comportements en question (Barratt, Chanteloup *et al.* 2005, pp.325 et suiv.).

Tableau 3 Pourcentage des personnes qui rapportent des conséquences sociales à la suite de leur sanction par contravention ou par la voie criminelle

Sanction	Contravention	Criminelle
Conséquence		
Au moins une conséquence sur l'emploi	1,7	32,4
Au moins un événement associé au système criminel	0	32,4
Au moins une conséquence sur les relations sociales	5,1	20,1
Au moins une conséquence en matière résidentielle	0	16,2
Au moins une conséquence sur les voyages	0	7,4

Source : Lenton, Humeniuk *et al.* (2000, p.261).

Les impacts sociaux. Le tableau 3 synthétise les résultats de l'étude comparant les conséquences sociales vécues par un groupe de personnes sanctionnées criminellement et par un autre groupe de personnes sanctionnées par des contraventions. Les conséquences sur l'emploi rapportées se regroupent en quelques cas : ne pas avoir obtenu un emploi, avoir perdu un emploi (c'est le cas de la personne appartenant au groupe sanctionné par contraventions), avoir arrêté de chercher un emploi en raison de la probabilité d'être questionné sur la présence d'un dossier criminel (cette réponse a été fournie par des personnes sanctionnées par la voie criminelle).

Les événements associés au système de justice criminelle incluent des questionnements et des suivis subséquents par les services policiers, et le fait d'être condamné pour des infractions non liées au cannabis ou pour d'autres infractions mineures liées au cannabis⁸⁴. En ce qui a trait aux conséquences sur les relations sociales, les répondants parlent de disputes, de tensions ou d'éloignement par rapport à des membres de la famille, des amis ou des proches. Les conséquences en matière résidentielle incluent un changement de lieu ou une perte d'hébergement associé à l'emploi. Les conséquences sur les voyages concernent principalement l'impossibilité d'obtenir un visa, notamment à destination des É.-U. A. et du Canada (Lenton, Humeniuk *et al.* 2000, pp.261-262).

Le sondage effectué en Australie du Sud en 1997 donne à penser que les citoyens de cet État avaient des connaissances et une compréhension variables du cadre légal encadrant le cannabis. En effet, par exemple, si la plupart savaient qu'un nouvel encadrement législatif était en vigueur, seuls 32 % savaient que la possession de moins de 100 g de cannabis demeurait « illégale », et seuls 23 % savaient que c'était aussi le cas de la culture de trois plants ou moins (Heale, Hawks *et al.* 2000, p.274). Un certain nombre de ces personnes savaient toutefois que ces infractions pouvaient être sanctionnées par des contraventions (Heale, Hawks *et al.* 2000, p.275).

Par ailleurs, lorsqu'on les interrogeait sur leur opinion par rapport au cadre légal et sur les réponses publiques appropriées face au cannabis, les répondants indiquaient globalement un accord avec l'approche en vigueur. Leurs réponses concernant les sanctions appropriées en matière de cannabis donnent en effet à penser qu'ils ont une opinion plutôt favorable du cadre légal existant comme de la prise en charge non criminalisante qu'il propose (Heale, Hawks *et al.* 2000, p.278). Les auteurs concluent leur évaluation en précisant qu'une certaine confusion existe apparemment au sujet de la nature exacte du cadre légal, mais que sur le plan pragmatique, les répondants sont plutôt bien informés au sujet des sanctions qui s'appliquent pour des infractions mineures en matière de cannabis. En outre, estiment-ils, les répondants appuient des réponses non criminalisantes, ce qui indique que le cadre légal présente une certaine conformité avec l'opinion publique (Heale, Hawks *et al.* 2000, p.279).

Une évaluation de l'Office des statistiques et de la recherche sur la criminalité de la Nouvelle-Galles-du-Sud (New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research [BOCSAR]) a examiné divers effets du RCC instauré en 2000 dans cet État australien. L'évaluation a été effectuée grâce à une revue de la documentation concernant le programme, à une analyse des données policières, des tribunaux locaux et du Service d'Information sur les drogues et l'alcool (Alcohol and Drug Information Service [ADIS]) et d'une série d'entrevues avec 35 « informateurs clés » des services policiers, du ministère de la Police et du ADIS⁸⁵. On y apprend que 0,7 % des personnes sanctionnées (63 sur

⁸⁴ Les infractions punies par contravention sous le RCC d'Australie du Sud ne se confinent pas aux dossiers disponibles aux policiers lors de leurs activités de patrouille, contrairement aux condamnations criminelles en Australie de l'Ouest (Lenton, Humeniuk *et al.*, 2000, p 263).

⁸⁵ L'annexe du document consigne les détails méthodologiques.

9235 personnes sanctionnées durant les trois premières années) ont appelé l'ADIS pour obtenir de l'information ou du soutien (Baker et Goh 2004, p.16).

L'évaluation comparant les É.-U. A. et l'Australie indique pour sa part qu'en 1993, 34 % des Australiens du Sud et 43 % des résidents du Territoire de la Capitale australienne croyaient que la possession de cannabis était légale, comparativement à environ 10 % des résidents des autres juridictions du pays. Les auteurs évaluent, eux aussi, que l'introduction de RCC semble avoir créé une confusion autour du statut légal de la consommation de cannabis, mais ils ajoutent que cette confusion concerne aussi les conséquences d'un non-paiement des amendes (Single, Christie *et al.* 2000, p.168).

Les inégalités sociales. Quelques évaluations ont examiné la différence d'application des RCC à l'égard de différents segments de la population. L'évaluation du BOCSAR indique que les personnes d'origine autochtone constituent 2,6 % de l'ensemble de celles ayant reçu des contraventions, alors qu'elles ne représentent que 1,4 % de la population de cet État (Baker and Goh 2004, p.15)⁸⁶. En outre, l'évaluation propose que l'instauration du RCC a contribué à accroître le degré de surreprésentation des personnes d'origine autochtone dans les « affaires » de cannabis, que ce soit sur le plan de la mise en accusation ou sur celui de la condamnation (Baker and Goh 2004, pp.33-34). L'évaluation note aussi que l'utilisation de la contravention varie considérablement d'une région à l'autre du pays, créant ainsi une iniquité entre les habitants de ces territoires (Baker and Goh 2004, p.34)⁸⁷.

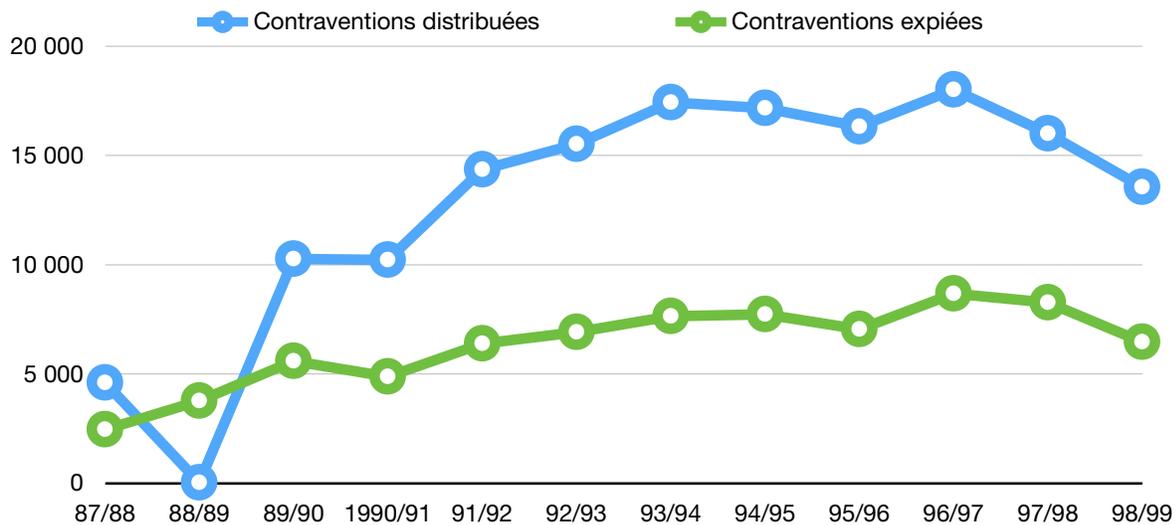
Les effets systémiques. En 1987, une évaluation du RCC d'Australie du Sud a examiné les données des opérations policières compilées de 1987 à 1999. Notons que certaines données des années 1987-1991 n'ont pas été analysées en raison de contraintes techniques. L'analyse s'est concentrée sur les tendances en matière de sanctions et d'évitement (*clearance*) du système criminel par les personnes sanctionnées par contravention (en Australie du Sud, le défaut de paiement des frais « d'expiation » entraîne le plus souvent une mise en accusation criminelle pour possession). La figure 12 ci-dessous résume l'évolution annuelle du nombre de contraventions données (aucune donnée pour 1988-1989) et celles qui furent expiées.

La figure révèle une augmentation graduelle du nombre de contraventions données et expiées dans les années suivant l'introduction du RCC, puis un léger repli par la suite. Le pourcentage d'expiation oscille quant à lui de 44 % à 55 %. Plus de 90 % des cas où des poursuites criminelles ont été intentées à la suite d'une non-expiation des contraventions ont entraîné une condamnation criminelle (Christie and Ali 2000, pp.252-254).

⁸⁶ On reconnaît largement que les lois sur les drogues s'appliquent de façon inégale à différents segments de la population, comme nous en avons discuté au chapitre 2. Ces inégalités sont parfois cadrées en termes socioéconomiques, mais elles le sont aussi parfois en termes de groupes raciaux ou ethnoculturels, comme c'est le cas ici. Ces deux façons de les cadrer renvoient parfois à des réalités difficiles à différencier sur le plan analytique. Par exemple, les personnes d'origine autochtone sont aussi plus susceptibles d'avoir des statuts socioéconomiques inférieurs à la moyenne de la population (que ce soit en Australie ou au Canada, d'ailleurs).

⁸⁷ Comme nous l'avons vu au chapitre 2, de telles différences se retrouvent dans l'application de la LRC DAS aux habitants des différentes régions du Québec.

Figure 12 **Contraventions distribuées et expiées en Australie du Sud de 1987 à 1998**

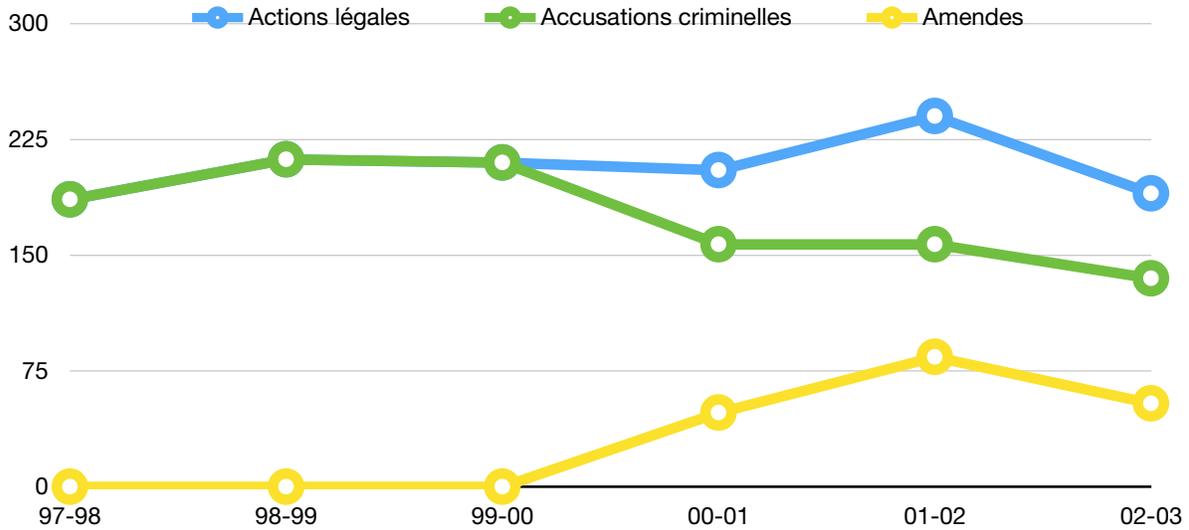


Source : Christie *et al.* (2000).

Pour sa part, l'évaluation du BCRS permet de croire que la plupart des policiers estiment que le RCC a allégé leur charge de travail, mais plusieurs ont dit ne pas avoir vu de changement ou même avoir constaté une augmentation à cet égard (Baker and Goh 2004, p.24). Par ailleurs, une modélisation « approximative » des tenants et aboutissants financiers du RCC en question conduit à penser qu'on a pu épargner environ 365 000 \$ par année en ce qui a trait aux services policiers et aux tribunaux (Baker and Goh 2004, p.37).

Cette même évaluation ne permet pas d'établir précisément combien de personnes ont été redirigées du système de justice vers les services sociaux et de santé, mais elle offre néanmoins certaines indications à cet effet. Comme le démontre la figure 13 ci-dessous, le taux d'actions légales pour possession de cannabis a augmenté dans les trois années précédant le RCC, puis diminué dans les trois années suivant son instauration. Toutefois, la moyenne annuelle a augmenté d'une période à l'autre. Il est aussi intéressant de noter que les taux pour la première et la dernière années de l'analyse ont subi une très légère augmentation (2 %).

Figure 13 Actions légales totales, accusations criminelles et contraventions en Nouvelle-Galles-du-Sud, 1997-2003 (taux par 100 000 adultes)



Source : Baker et Goh (2004, pp.25-29).

Les auteurs notent finalement que le nombre de cas en moins traités par les tribunaux est significativement plus faible que le nombre de contraventions données (Baker and Goh 2004, pp.25-29)⁸⁸. Cette évaluation indique également un effet d'extension du contrôle judiciaire (*net widening*) sur les personnes UD. En effet, le nombre de mises en accusation en moins, comme le nombre de ces mises en accusation et de condamnations en moins traitées par les tribunaux, est plus faible que le nombre des contraventions émises. Alors que 9000 contraventions ont été émises en trois ans, le nombre de mises en accusation a décliné d'un peu moins de 7000, le nombre de cas traités par les tribunaux a diminué d'un peu moins de 6000 et le nombre de personnes condamnées par ces tribunaux a diminué de moins de 3000. À la suite de l'instauration du RCC, le nombre total d'actions légales (contraventions et mises en accusation) ainsi que le taux d'actions légales par habitant ont aussi augmenté (Baker and Goh 2004, p.31)⁸⁹. Dans le même ordre d'idées, certains informateurs clés ont indiqué que les contraventions avaient remplacé des « avertissements informels » distribués par les policiers, particulièrement pour les personnes trouvées en possession de petites quantités (Baker and Goh 2004, p.32). Le fait que le nombre d'actions ait augmenté puis diminué après l'introduction du RCC indique que l'extension du contrôle judiciaire n'en est pas une conséquence nécessaire — et les auteurs notent aussi à ce sujet que plusieurs facteurs non liés au RCC peuvent avoir eu une part dans ce patron après son instauration, par exemple l'intensification des actions policières très visibles (*high visibility policing*) ou l'introduction de chiens renifleurs (Baker and Goh 2004, p.32).

⁸⁸ Ils rapportent aussi des nombres absolus dans l'évaluation, mais le taux nous semble plus significatif si on cherche à cerner les effets du RCC sur les systèmes d'action publique.

⁸⁹ Un rapport déposé au parlement d'Australie du Sud formule un peu différemment cette même idée : « Seulement environ 45 % des amendes infligées par des contraventions en Australie du Sud sont payées [...] Environ 55 % des cas s'exposent donc à des poursuites et courent le risque d'une condamnation criminelle. (Environ 92 % des cas transmis pour poursuite ont entraîné une condamnation criminelle de l'infraction initiale.) [...] Cela signifie que dès 1993, plus de 9000 délinquants en Australie du Sud (55 % de 17 000) couraient le risque d'une condamnation criminelle, un nombre plus important que le total de délinquants au début du projet, en 1987. » (Rickard, M. 2001, document électronique non paginé, traduction libre)

L'évaluation comparative entre les É.-U. A. et l'Australie montre que les coûts associés en 1995-1996 furent de 1,2 million de dollars australiens alors que les revenus furent de 1,7 million (Single, Christie *et al.* 2000, p.167). Aux É.-U. A., l'évaluation indique des réductions du nombre et de la nature des cas traités en matière de cannabis par le système de justice criminelle dans tous les États ayant mis en œuvre des RCC. En ce qui a trait à la nature des cas, elle note en effet certains indices qui donnent à penser que les efforts des services policiers ont été plutôt dirigés vers des infractions « plus sérieuses » (Single, Christie *et al.* 2000, p.173).

Une évaluation a proposé une analyse des perceptions et des pratiques d'acteurs du système de justice dans le cadre du RCC d'Australie du Sud. Elle porte notamment sur l'application du RCC à l'égard de la production de cannabis qui est permise pour des fins personnelles depuis un amendement de 1990. L'évaluation révèle que les services policiers ont été confrontés à des difficultés à faire respecter l'esprit de la loi en raison des limites de plants pour culture « personnelle » précisées dans la loi. En effet, cette limite (fixée à dix plants) aurait incité des groupes à cultiver dix plants ou moins dans de nombreux lieux différents, afin de diminuer le risque de détection et, le cas échéant, de réduire la sanction à une simple amende. Ces difficultés ont d'ailleurs motivé un amendement législatif faisant passer le nombre de plants de dix à trois en 1999. Mais devant les nouvelles difficultés rencontrées, la limite de dix est réapparue dès 2000 (Sutton et McMillan 2000, p.286).

3.8.5 ASPECTS JURIDIQUES

L'instauration d'un RCC au Québec est tributaire d'une modification législative de la part du gouvernement fédéral. En raison du partage des compétences entre le fédéral et les provinces, il est en effet impossible pour le Québec d'instaurer un régime de pénalités civiles en la matière⁹⁰.

Par ailleurs, au vu des modifications effectuées au début de l'année 2014 au programme d'accès à la marijuana thérapeutique, l'introduction d'une disposition permettant la culture à des fins personnelles semble improbable.

3.8.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

La mise en place d'un RCC par le gouvernement fédéral encadrerait un cas de figure pour lequel existe déjà, au Québec, le Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes (Directeur des poursuites criminelles et pénales 2012). Les quantités mentionnées dans la résolution de l'ACCP sont d'ailleurs les mêmes que celles du programme en question. De plus, certaines des conditions d'accès à ce programme (comme le fait de ne pas avoir d'antécédents en la matière) sont fréquemment des conditions d'application des RCC. Ainsi, les deux options de prise en charge de ces « infractions mineures » se trouveraient en état de concurrence. En fait, on peut penser qu'à tout le moins, les services policiers traiteraient les cas de personnes pouvant présentement bénéficier du programme québécois par le nouveau RCC, car sa procédure est nettement moins lourde, aussi bien pour les services policiers que pour les procureurs. Dans ce cas de figure, un RCC rendrait probablement caduc le programme québécois existant.

⁹⁰ Des municipalités ont déjà tenté d'instaurer des systèmes de pénalités par contraventions parallèles au Code criminel en matière de prostitution. Dans une cause concernant l'un d'eux, la Cour suprême du Canada a estimé qu'un tel régime est inconstitutionnel en vertu du partage des pouvoirs effectif au pays, où la compétence en matière criminelle est exclusivement du ressort fédéral (Canada 1983). Cette jurisprudence s'applique selon toute vraisemblance aux autorités provinciales et en ce qui concerne les substances contrôlées définies dans la LRCDAS.

Contrairement aux effets observés dans d'autres pays et aux effets qui se produiraient ailleurs au Canada (dans les provinces n'ayant pas un équivalent du programme de traitement non judiciaire québécois), un RCC pourrait probablement provoquer un certain « durcissement » des sanctions auprès des personnes UD au Québec. Par exemple, au lieu de recevoir une simple lettre d'avertissement, celles-ci se verraient imposer des amendes. Pour se former une meilleure idée de ces répercussions, il faudrait effectuer une analyse plus détaillée des pratiques ayant actuellement cours dans le cadre du programme de traitement non judiciaire, qui prévoit la possibilité de lettres d'avertissement, de mises en demeure ou de mesures de rechange.

Assisterions-nous par ailleurs, comme cela semble s'être produit dans certains RCC, à une extension du contrôle policier (l'effet de *net widening*) sur les personnes UD? Autrement dit, cette nouvelle possibilité inciterait-elle les services policiers à sanctionner par une amende des infractions pour lesquelles, actuellement, ils passent sous silence l'infraction ou encore la sanctionnent de manière informelle (avertissement, incitation à consommer ailleurs, etc.)? Si c'est le cas, il serait pertinent d'examiner plus en détail les effets de ces sanctions, notamment sur les possibilités d'emploi des personnes UD. En effet, si les infractions sanctionnées sous le RCC faisaient partie des informations systématiquement transmises aux employeurs potentiels, dans le cadre de divulgation d'antécédents par les services policiers, cela pourrait avoir des conséquences importantes sur ces possibilités d'emploi.

3.9 Tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT)

3.9.1 DESCRIPTION

Le concept de tribunal de traitement de la toxicomanie (*drug courts*) désigne des initiatives des autorités responsables de l'administration de la justice consistant à permettre à des personnes vivant avec une toxicomanie à s'engager, sous contrôle judiciaire, dans des programmes de traitement de leur maladie. Cette possibilité est offerte quand on estime que l'infraction reprochée est la conséquence de la toxicomanie (par exemple, quelqu'un est accusé d'un vol qui vise à générer l'argent nécessaire à se procurer des drogues). Les TTT concernent divers types d'infractions (criminelles ou autres), de « clientèles » (adultes ou juvéniles), et de substances psychoactives (certains se spécialisent dans la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool, par exemple).

Malgré ces variations et des différences dans les descriptions recensées, on reconnaît généralement à ces initiatives certaines caractéristiques communes :

- un processus de contrôle judiciaire intensif d'orientation non conflictuelle et « motivationnelle », au sein duquel le juge et les procureurs de la poursuite et de la défense font partie d'une « équipe judiciaire » axée sur la réussite du traitement de la toxicomanie par leurs « clients »;
- une intégration de professionnels du traitement de la toxicomanie dans le processus judiciaire;
- une modulation des sanctions criminelles (sanction ou non, sévérité des sanctions) en fonction de la réussite du traitement;
- un programme de traitement fondé sur l'abstinence, celle-ci étant vérifiée par des tests d'urine périodiques (Wilson, Mitchell *et al.* 2006, Brown 2010, Stinchcomb 2010).

Par ailleurs, on distingue souvent les types de TTT en fonction de leur gestion de la mise en accusation qui leur est soumise. Dans certains cas, l'offre d'accès au programme de TTT est effectuée avant la mise en accusation et la réussite du traitement ouvre la possibilité que les accusations soient abandonnées (*pre-plea/diversionary court*). Comme il ne semble pas exister de

nomenclature en français, nous les désignerons donc comme des TTT de type préplaidoyer. Dans d'autres cas, une condition d'accès au tribunal est de plaider coupable à la mise en accusation (*post-plea court*). Dans ce dernier cas de figure, la « réussite » du traitement permet de faire en sorte que les infractions seront expurgées du dossier criminel ou encore de moduler la gravité des accusations ou de la sentence (Wilson, Mitchell *et al.* 2006, p.460, Mitchell 2012)⁹¹. En l'absence apparente de dénomination française, nous les désignerons comme des TTT postplaidoyers.

Bien d'autres variations existent parmi les TTT, que ce soit sur les plans de la fréquence des tests d'urine, des autres services offerts dans le cadre du traitement, de la prise en charge d'autres problèmes de santé mentale, ou des ressources financières qui leur sont consacrées, notamment (Brown 2010, pp.5-6 du document électronique non paginé).

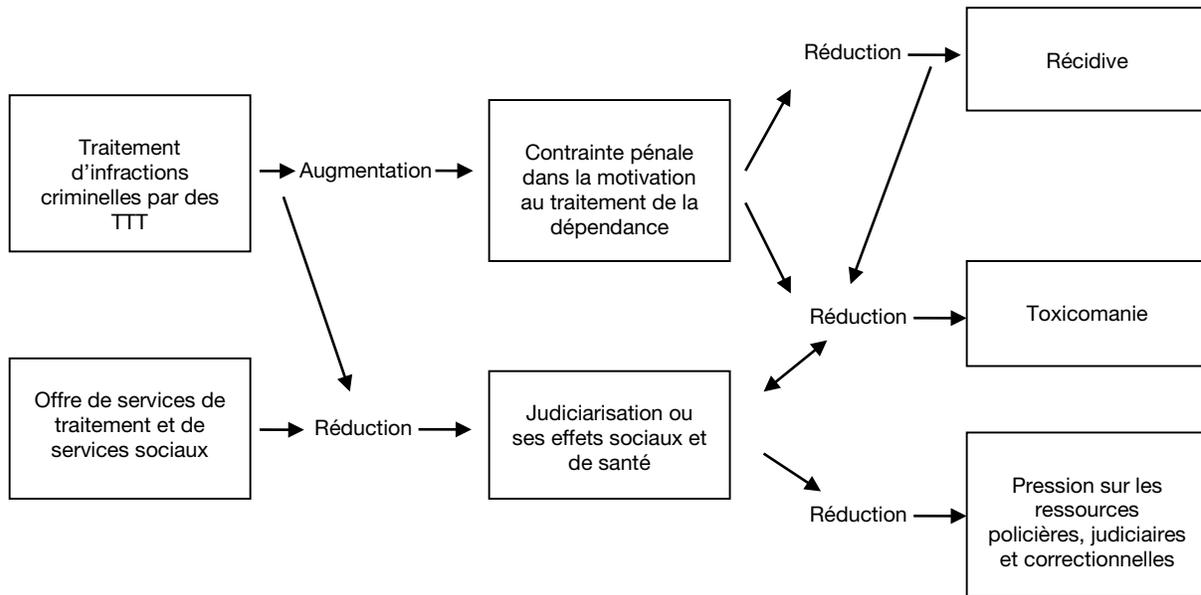
3.9.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

La logique sous-jacente aux TTT est qu'un certain nombre de délits ou de crimes sont commis en raison des problèmes de toxicomanie des contrevenants, qu'il faut prendre en charge de manière plus efficace que ce qui est généralement le cas dans l'administration de la justice pénale. En fait, il s'agit de viser un nouvel équilibre entre les fonctions réadaptative et punitive de la justice, voire (dans certains cas) d'éliminer complètement la fonction punitive (préplaidoyer), tout en se servant du pouvoir incitatif de la pénalité pour le traitement de la toxicomanie.

Ainsi, le traitement est vu comme la clé de la prévention de la récidive. Dans ce cas précis, un indicateur incontournable de la réussite d'un traitement est l'abstinence par rapport à la consommation, ce dont témoigne l'exigence toujours présente de se soumettre à des tests de dépistage de la consommation de drogues. Un autre objectif pratiquement toujours énoncé est d'alléger le fardeau que représente ce type de contrevenants pour le système d'administration de la justice. En effet, ces contrevenants sont typiquement pris dans un cycle de « porte tournante » dans le système de justice, celui-ci réussissant assez peu à régler les problèmes de toxicomanie à l'origine des problèmes judiciaires des personnes en question. Un schéma de la logique d'action est présenté à la figure 14.

⁹¹ Les critères de réussite varient d'un TTT à un autre, à l'exception de l'abstinence, qui en fait toujours partie.

Figure 14 La logique d'action des TTT



3.9.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

Les premiers TTT sont apparus à Chicago et à New York (É.-U. A.) au début des années 1950. Ces programmes sont toutefois disparus du pays pendant une trentaine d'années, ne réapparaissant que dans la foulée de la « guerre aux drogues » à la fin des années 1980 (Brochu et Landry, 2010; Stinchcomb 2010). Après qu'un premier TTT fut mis en œuvre en 1989 en Floride, on a estimé récemment que 2459 TTT étaient actifs à travers le pays (Seigny, Pollack *et al.* 2013, p.191). Il en existe aujourd'hui dans quelques autres pays, comme le Royaume-Uni, l'Australie et la Belgique.

Au Canada, un premier TTT a été mis en œuvre à Toronto en 1998. Il en existe maintenant aussi à Regina, à Winnipeg, à Vancouver, à Ottawa et à Edmonton. Un programme de financement fédéral issu du ministère de la Justice existe depuis le milieu des années 2000 pour soutenir les autorités mettant en œuvre des TTT⁹².

Au Québec, un projet pilote intitulé « Programme de traitement de la toxicomanie sous surveillance judiciaire » a été mis en place par la Cour supérieure en 2012. Le programme québécois a les particularités d'accueillir des contrevenants ayant commis des infractions criminelles qui sont aux prises avec des problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues, de n'accueillir que des personnes qui acceptent de plaider coupable (sous le modèle du postplaidoyer), de prévoir des tests de dépistage « lorsque requis » et enfin, de prévoir une période de suivi après la fin du traitement⁹³.

Deux organisations canadiennes, le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Coalition canadienne des politiques sur les drogues, ont des positions similaires. La première organisation écrit dans un rapport ce qui suit :

Il est profondément troublant que des personnes de communautés marginalisées puissent n'avoir accès à un traitement qu'après être entrées en contact avec le système de justice criminelle et avoir réussi à être admises dans le système de TTT. Ceci démontre une lacune systémique en

⁹² Lien consulté le 27 août 2014 : <http://www.justice.gc.ca/fra/fin-fund/gouv-gov/tt-dtc.html>

⁹³ Lien consulté le 20 août 2014 : http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/programmes/traitement_toxicomanie.htm

amont, quant à l'accès à des services de santé qui sont nécessaires — et qui auraient pu contribuer à l'évitement des accusations criminelles (Allard, Lyons *et al.* 2011, p.16).

Le même rapport émet aussi des considérations au sujet des effets des TTT sur les autres « clientèles » des services en réadaptation :

Par ailleurs, le traitement préférentiel que reçoivent les participants aux TTT soulève des préoccupations d'éthique, notamment en ce qui a trait à l'enjeu fondamental de l'équité. Les personnes qui sont acceptées par un TTT "contournent la file d'attente" pour l'accès à un traitement et à d'autres services sociaux, y compris le logement. Des personnes qui sont inscrites volontairement à un traitement en résidence, par exemple, se voient repoussées vers le bas de la liste d'attente par des participants à des TTT (Allard, Lyons *et al.* 2011, p.16).

3.9.4 LES ÉVALUATIONS

Au début des années 2000, un chercheur canadien a analysé les connaissances évaluatives en matière de TTT. Il écrivait alors qu'il existait des croyances très fortes au sujet des effets bénéfiques des TTT, mais très peu de données probantes, et encore moins de données probantes produites par des procédures méthodologiques valides et fiables, pour soutenir l'idée que les TTT sont plus efficaces à atteindre les objectifs affichés que les « interventions traditionnelles » (Fischer 2003, p.231). Depuis ce temps, de nombreuses évaluations et plusieurs revues de cette littérature évaluative ont été effectuées.

Le présent bilan concerne les évaluations subséquentes au constat de ce chercheur canadien, et particulièrement celles concernant les effets des TTT sur la récidive, sur la toxicomanie, la consommation de drogues et la réadaptation, et sur les systèmes judiciaire et correctionnel.

La récidive. Le United States Government Accountability Office a présenté au congrès des États-Unis d'Amérique un rapport basé sur une revue de littérature concernant 27 évaluations et 39 programmes états-uniens de TTT avec groupe témoin (assignation aléatoire) ou de référence (assignation contrôlée). Le rapport aborde plusieurs dimensions de ces programmes et conclut, de l'analyse des études concernant d'une façon ou d'une autre la récidive dans 13 programmes de TTT, que pendant la durée de la participation au programme, les TTT sont plus efficaces, en matière de récidive, que les mécanismes traditionnels, que l'on considère les nouvelles arrestations ou les condamnations pour des délits ou des crimes. En matière de nouvelles arrestations, 10 des 13 TTT ont produit des résultats significatifs avec des réductions allant de 8 % à 35 %, un an après l'admission dans le programme. Dans les quatre évaluations où des suivis ont été effectués après deux ans de participation à un TTT, les différences étaient de 4 % à 20 % et dans une évaluation ayant effectué un suivi à trois ans, de 11 % (United States Government Accountability Office 2005, p.46). En matière de nouvelles condamnations, les évaluations indiquent des résultats significatifs pour 10 des 12 programmes évalués. Pour les TTT où un suivi a été effectué un an après l'entrée, les réductions vont de 8 % à 21 %. Les suivis effectués à deux ans révèlent des réductions de 5 % à 14 %, et ceux à 3 ans, de 10 % à 25 % (United States Government Accountability Office 2005, p.48). Dans le même ordre d'idées, le nombre de nouvelles arrestations et condamnations était plus bas chez les participants à un TTT (de 9 à 90 nouvelles arrestations par cent participants et de 18 à 89 condamnations par cent participants). Également, le délai entre l'entrée dans un programme de TTT et un nouvel incident de récidive était plus long chez les participants à un TTT (United States Government Accountability Office 2005, p.49). L'examen de diverses « composantes » des TTT (par exemple, les modalités de traitement, la sévérité ou le type de sanction) n'a pas produit de résultats significatifs (United States Government Accountability Office 2005, p.50).

L'année suivante, des chercheurs du ministère de la Justice du Canada ont publié une revue de littérature de type « méta-analyse ». Ils voulaient particulièrement comparer les taux de récidive en matière criminelle de participants à des TTT à ceux de contrevenants traités par les mécanismes judiciaires criminels usuels. Les chercheurs ont analysé les évaluations, publiées de 1993 à 2005, ayant mobilisé un groupe témoin ou de référence sans précédent de participation à un TTT. Même s'ils ont repéré 185 évaluations, leurs critères d'inclusion ont fait que leur analyse a porté sur 54 études portant sur 66 différents programmes, dont 50 études états-uniennes, deux australiennes et deux canadiennes. Dans l'ensemble, les chercheurs constatent que le taux d'attrition dans les programmes de TTT évalués est de 45 % (ce taux variant de 9 % à 84 %). La moyenne de suivi de la récidive dans les études, variant de 3 à 48 mois, est de 19 mois — cette donnée est importante sur le plan méthodologique, car règle générale, plus le suivi est long, plus le taux de récidive est élevé. Enfin, la taille moyenne des échantillons est de 260 participants, avec une variation de 39 à 856 participants. Globalement, ces évaluations concernent 17 214 participants qui ont suivi avec succès un programme de TTT et 14 505 personnes faisant partie d'un groupe témoin ou de référence (Latimer, Morton-Bourgon *et al.* 2006, pp.4-8). Le document offre plus de détails méthodologiques.

Les auteurs formulent leur conclusion principale de trois façons. D'une part, ils produisent une estimation de la valeur de l'effet (EVE), un coefficient phi, qu'ils situent à +0,14 (IC +0,10 à + 0,17). Ils expliquent ensuite que « 57 % des participants à un programme de TTT ne seront pas accusés d'une nouvelle infraction criminelle après la fin de la période de suivi, comparativement à 47 % des délinquants appartenant aux groupes témoin/de référence » et encore que les TTT « ont permis une réduction de 14 % du taux de récidive comparativement à d'autres mécanismes du système judiciaire traditionnel » (Latimer, Morton-Bourgon *et al.* 2006, p. 9). Toutefois, des variations importantes existaient entre les évaluations examinées : six évaluations révélaient une EVE de -0,20 à -0,11 et une, un coefficient de +0,50 à +0,59. L'analyse de certaines « variables modératrices » révèle notamment des effets plus élevés chez les groupes plus âgés, des effets non significatifs chez les adolescents, une efficacité croissant avec le temps de suivi, plus élevée chez les groupes répartis de manière non aléatoire (existence d'un effet de sélection des participants dans les évaluations concernant des groupes de référence), des effets, jusqu'à un certain point, plus importants dans les programmes durant de 12 à 18 mois que dans ceux plus longs ou plus courts (Latimer, Morton-Bourgon *et al.* 2006, pp.10-13).

Une autre revue de littérature de type « systématique » a sensiblement examiné le même corpus d'évaluations, à savoir les études de type expérimental ou quasi expérimental ayant mobilisé des groupes témoins ou de référence traités par le système de justice traditionnelle (excluant aussi les personnes ayant abandonné un TTT, mais dans ce cas, excluant aussi les groupes composés de personnes participant à d'autres programmes non traditionnels). Les auteurs ont relevé 167 documents publiés de 1993 à 2004 et retenu 68 de ceux-ci, en fonction de leurs critères de sélection. Ils précisent que ces 68 documents représentent 50 études de 55 TTT différents, car certains des 68 documents présentent, en fait, la même étude publiée à divers endroits (Wilson, Mitchell *et al.* 2006, pp.463-464). L'étude offre plus de détails méthodologiques, dont les paramètres des TTT vérifiés et les tests statistiques employés. En excluant un résultat exceptionnel, les auteurs calculent un « rapport de cotes » (*odds ratio*) de 1,62 (IC 95 1,42 à 1,85), ce qui veut dire que les chances de récidive sont de 38 % pour les groupes participant au TTT si on pose comme référence un risque de récidive de 50 % pour les groupes témoins ou de référence. Toutefois, les auteurs ont aussi montré une variabilité importante entre les études, ce qui réduit la signification de cet indicateur global et signale que des facteurs modérateurs des interventions elles-mêmes ou des dimensions méthodologiques influencent les résultats. À travers leur examen de ces facteurs et dimensions, ces auteurs définissent notamment comme facteur influençant cette hausse l'emploi d'un devis quasi

expérimental, le taux élevé d'attrition des programmes et l'utilisation d'un type unique de TTT (préplaidoyer ou postplaidoyer) (Wilson, Mitchell *et al.* 2006, pp.470-479).

Des chercheurs du ministère de la Sécurité publique du Canada ont aussi procédé à une revue de littérature de type méta-analytique en cherchant à contrer les biais méthodologiques apparents des revues susmentionnées et des études sur lesquelles elles se basent, à savoir la qualité des études et l'absence de contrôle de la qualité du traitement offert dans le cadre des TTT. Pour contrer les biais attribués à la qualité des études, ils se sont fiés à des lignes directrices émises par le Comité de collaboration sur les données collectives relatives aux résultats (CCDCR) — des lignes directrices proches des hiérarchies scientifiques posant comme étalons les essais randomisés et classant les études en « bonnes », « acceptables », « faibles » et « rejetées ». Pour corriger les biais liés à la qualité du traitement, les chercheurs ont tenté de juger les offres de traitement en fonction de leur respect des « principes du risque, du besoin et de la réceptivité » (principes RBR) — un ensemble de principes considérés comme caractéristiques des programmes efficaces de traitement des délinquants. Globalement, ces principes stipulent que les programmes doivent être adaptés au niveau de risque, aux « besoins criminogènes » et au style d'apprentissage des délinquants. La revue de littérature concerne 96 rapports portant sur 103 TTT différents (Gutierrez 2009, pp.4-5). Analysant les études de qualité « acceptable », les chercheurs calculent que les TTT réduisent la récidive (arrestation ou condamnation) d'environ 8 % par rapport aux autres traitements judiciaires. Lorsqu'ils n'analysent que les études considérées « bonnes », ils estiment que les TTT réduisent la récidive de 4 %. Pour sa part, leur analyse des études jugées « faibles » donne une réduction de la récidive de 9 % (Gutierrez 2009, p.12). En ce qui a trait au respect des principes du risque, du besoin et de la réceptivité, les auteurs écrivent que :

... le respect d'aucun des trois principes correspond à une réduction des taux de récidive de 5 %, le respect d'un principe, à une diminution de 11 % et le respect de deux principes, à une réduction de 31 %. Aucune des études examinées dans le cadre de la méta-analyse ne faisait intervenir le respect des trois principes RBR; toutefois, d'autres méta-analyses portent à croire qu'un traitement qui repose sur les trois principes est associé à une diminution des taux de récidive pouvant aller jusqu'à 35 % (Andrews et Bonta, 2006) (Gutierrez 2009, pp.15-16).

Une autre revue de littérature, que son auteure qualifie de « systématique », a notamment examiné les effets sur la récidive – mais elle examine aussi les effets sur la consommation de drogues et de divers « déterminants de la santé » comme l'éducation, le revenu ou l'emploi. Elle se voulait plus largement inclusive, acceptant les évaluations de type expérimental, quasi expérimental et observationnel, en plus d'examiner certains rapports de monitoring de programmes permettant de caractériser les « clientèles » des TTT. En outre, l'examen s'est limité aux tribunaux pour adultes. C'est probablement pourquoi, malgré son approche élargie, cette revue de littérature concerne moins de documents (44) et d'évaluations de programmes (29) que les revues couvertes jusqu'ici (29). L'auteure écrit que « [la] prédominance de la littérature quasi et non expérimentale semble tendre vers un bénéfice des TTT par rapport aux interventions judiciaires traditionnelles en matière de taux d'arrestation et de délai avant une nouvelle arrestation » (Brown 2010, p.9, traduction libre). En ce qui a trait aux études de type expérimental, leurs analyses révèlent une absence d'effet sur les nouvelles arrestations, mais une réduction significative des incarcérations (Brown 2010, p.9). Elle explique ce dernier résultat par le fait que les TTT offrent un plus grand nombre de pistes d'action pour éviter l'emprisonnement que les régimes de probation traditionnels. En outre, elle estime que les études de type non ou quasi expérimental « souffrent d'un biais de sélection potentiel sérieux » — les participants qui ne complètent pas les programmes ou qui sont inadmissibles aux TTT (et qui servent de groupes de références) ayant a priori plus de risque de récidive (Brown 2010, p.9, traduction libre).

Une autre revue de littérature de type méta-analytique a pour sa part examiné les effets des TTT sur la récidive. Bien que publiée en 2011, elle ne couvre que la littérature évaluative concernant les TTT états-unis publiés jusqu'à 2006. Elle s'attarde particulièrement aux études de type expérimental et quasi expérimental ayant inclus un groupe de référence distinct, comprenant au moins une mesure de récidive et une période de suivi d'au moins six mois (on ignore si cette période est calculée à l'entrée ou après la sortie des participants du programme). Des trois cents articles repérés dans un premier temps, ces critères d'inclusion — ainsi que l'inclusion d'une seule étude par TTT — réduisent le nombre d'études à soixante, dont trente ont été couvertes dans la revue de littérature présentée au paragraphe précédent. Les évaluations concernent 76 TTT distincts. La chercheuse a créé un « indice de qualité méthodologique » faisant varier le poids des études en fonction de neuf critères concernant l'échantillon, la période de suivi et la « puissance statistique ». La chercheuse a par ailleurs réalisé un sondage auprès de gestionnaires de TTT pour comprendre comment certaines des structures et certains des processus pouvaient permettre de comprendre les variations dans les effets de ces programmes. Elle a procédé par entrevues téléphoniques et questionnaires autoadministrés auprès de coordonnateurs des TTT qui ont été définis dans la méta-analyse. Ainsi, 63 des 76 programmes ont été l'objet d'analyses concernant certaines de leurs caractéristiques structurelles ou processuelles (population cible, évaluation des problèmes de drogues, philosophie, traitement, prévisibilité, intensité, offre de services, équipe traitante, financement, « assurance qualité ») (Schaffer 2011, pp.499-501).

L'analyse des effets des TTT sur la récidive montre que les participants aux TTT présentent une moyenne de récidive de 46 %, alors que les groupes de référence présentent une moyenne de 55 %. Il s'agit d'une différence significative sur le plan statistique. La majorité des études (78 %) indiquent une baisse de la récidive (Schaffer 2011, pp.507-508). L'analyse des réponses au sondage a mené l'auteure à distinguer trois catégories de dimensions influençant les résultats, à savoir majeures, modérées et mineures. Les influences majeures comprennent la population cible, les leviers⁹⁴, l'équipe traitante et l'intensité. L'auteure suggère que les « personnes impliquées dans le TTT, qu'elles soient employées ou comme participantes, ont une grande influence sur son efficacité » (Schaffer 2011, p.508, traduction libre). L'offre de services, le financement, le traitement et la philosophie sont pour leur part qualifiés de dimensions « modérément » déterminantes. Enfin, la prévisibilité, l'évaluation et « l'assurance qualité » sont qualifiées de déterminants « mineurs » (Schaffer 2011, pp.509-511). Des sous-dimensions de chacune de ces trois grandes catégories d'influence se sont néanmoins avérées significatives sur le plan statistique. Ces questions pointues débordent le cadre de cet avis, mais l'article en donne les détails.

La plus récente revue de littérature concernant la récidive (entre autres indicateurs) à avoir été effectuée est aussi de type méta-analytique. Elle se limite aux évaluations expérimentales et quasi expérimentales ayant utilisé un groupe de référence. Un élément qui distingue cette revue de littérature de celles synthétisées plus haut est qu'elle a produit une hiérarchie en fonction des devis quasi expérimentaux (faible, standard, rigoureux) — une hiérarchie basée sur l'« échelle des méthodes scientifiques du Maryland ». Ses auteurs ont repéré 370 études potentiellement admissibles en fonction de leurs mots-clés. 181 études furent jugées admissibles selon les critères de sélection établis (examen d'un TTT, groupe témoin ou de référence traité de manière traditionnelle par les tribunaux, données sur la récidive après une période de suivi, information suffisante pour estimer une taille d'effet). Après avoir éliminé les publications rendant compte des mêmes évaluations, ils ont conservé 154 documents. Les TTT examinés sont principalement états-unis, mais quatre sont australiens, deux sont canadiens, un est néo-zélandais et un était en activité à Guam (une île du Pacifique rattachée administrativement aux É.-U. A.). Les auteurs ont analysé

⁹⁴ Cette catégorie n'est pas définie dans la méthodologie.

diverses variables associées à la nature du traitement, aux caractéristiques des participants, à la méthodologie de la recherche, à la mesure des résultats et à la « taille des effets » (selon la méthode des rapports de cotes et l'approche de la variance inversée [*inverse variance*]⁹⁵) (Mitchell 2012, pp.62-63). L'article contient plus de détails méthodologiques.

L'analyse révèle des patrons clairement favorables aux TTT. 88 % des évaluations des TTT adultes, 70 % des TTT pour mineurs et 85 % des TTT concernant la conduite avec facultés affaiblies présentent des résultats plus favorables que leurs groupes de référence. Le rapport de cotes moyen pour chacun des groupes est respectivement de 1,66, 1,37 et 1,65. Par rapport à un taux type de récidive de 50 % dans les groupes de référence, cela signifie donc que ces résultats se traduisent dans des taux de récidive de 38 % (adultes), 42 % (mineurs) et 38 % (conduite avec facultés affaiblies). Même si cela ne change pas leur conclusion globale selon laquelle les données probantes concernant les TTT indiquent qu'ils réduisent la récidive, les auteurs notent toutefois que les études mobilisant les méthodologies les plus « rigoureuses » produisent des résultats plus modestes, ayant même pour certaines un impact sur leur signification statistique (Mitchell 2012, pp.64-66). Comme cette situation constitue un enjeu méthodologique traversant toutes les pistes d'intervention couvertes dans cet avis, nous en discuterons plus loin dans ce chapitre, dans la section 4.10. En outre, l'analyse montre que les effets des TTT sur la récidive ne varient pas en fonction du temps passé dans le programme et qu'ils semblent se poursuivre au-delà de la participation aux programmes de TTT (Mitchell 2012, pp.67-68). Les tests statistiques concernant diverses variables (nature du traitement, caractéristiques des participants, etc.) n'ont révélé que peu de variations significatives. Deux exceptions notables : les TTT « servant des clients » avec des histoires criminelles moins lourdes (crimes non violents, infractions mineures) et ceux présentant des taux de réussite élevés semblent plus efficaces, quoique dans ce dernier cas de figure, les programmes présentant des taux de réussite moyens sont moins efficaces que ceux présentant de faibles taux (Mitchell 2012, pp.68-69).

Malgré les résultats des revues de littérature couvertes précédemment, quelques évaluations démontrent par ailleurs que les effets des programmes peuvent varier considérablement d'un segment de la population des contrevenants à un autre. Une de ces évaluations a été réalisée en Colombie-Britannique. Elle a cherché à comprendre si l'ethnicité, le genre, le passé de criminalité et les problèmes de santé mentale pouvaient être associés à des différences dans la récidive. Les données analysées ont été fournies par la British Columbia Inter-Ministry Research Initiative (IMRI), une organisation dont le mandat est de développer une base informationnelle qui puisse supporter l'évaluation de programmes impliquant de multiples agences gouvernementales. Elles couvrent les années 1997 à 2007, mais les dossiers analysés sont ceux de personnes qui ont été admises dans le programme de TTT de Vancouver de décembre 2001 à novembre 2008. Afin de pouvoir effectuer minimalement un suivi de 12 mois après la sortie du programme, les participants qui n'avaient pas terminé leur implication dans le programme au 31 mars 2009 ont été exclus. Des 659 clients admis au TTT de 2001 à 2009, 259 ont été exclus à cause de leur décès, de leur implication non terminée dans le programme ou d'une autre raison. L'article contient plus de détails méthodologiques, dont ceux concernant les tests statistiques effectués (Somers, Rezansoff *et al.* 2013, pp.4-6).

Au sujet du lien entre la récidive et diverses variables, plusieurs des analyses concernent des dimensions déjà couvertes et ne présentent rien de nouveau. Le présent document ne synthétise que les analyses concernant les différents segments de la population. Celles-ci montrent une absence d'association entre la récidive et l'âge au début de l'implication dans le programme, le niveau d'éducation, ou les passés de santé mentale ou de récidive. Par ailleurs, la récidive est

⁹⁵ L'approche de la variance inversée (*inverse variance*) consiste à pondérer les variables en fonction de leur homogénéité. Autrement dit, la variable dont la distribution est la plus homogène reçoit un poids plus important dans l'analyse.

associée au genre (les femmes récidivent généralement moins) et au statut ethnique, les personnes d'origine autochtone récidivant généralement moins que « les autres ». Pour ce qui est des femmes, les auteurs évoquent de possibles « médiateurs », telles les responsabilités interpersonnelles, comme explication. En ce qui concerne les personnes d'origine autochtone, les auteurs soulignent d'abord le caractère surprenant du résultat, au vu du poids des sanctions systémiques que celles-ci doivent généralement supporter. Ils évoquent ensuite comme facteurs explicatifs un agent de liaison pour les personnes autochtones au sein de l'équipe du TTT, la familiarité de cette équipe avec les conditions des personnes autochtones (la majorité des participants au TTT sont issus du Downtown Eastside de Vancouver, un secteur défavorisé comportant une importante population autochtone en difficulté qui est l'objet d'autres interventions), et même de possibles différences dans le niveau ou le type de motivation au changement (Somers, Rezansoff *et al.* 2013, pp.10-12). Le tableau 4 ci-dessous synthétise la présente sous-section.

Tableau 4 Les effets des TTT sur la récidive

Référence	Arrestations	Condamnations	Récidive	Médiateurs
United States Government Accountability Office (2005)	<ul style="list-style-type: none"> - 8 % à 35 % (1 an) - 4 % à 20 % (2 ans) - 11 % (3 ans) - de 9 à 90 nouvelles arrestations par 100 participants <p>*10/13 évaluations</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 8 % à 21 % (1 an) - 5 % à 14 % (à 2 ans) - 10 % à 25 % (3 ans) - de 18 à 89 nouvelles arrestations par 100 participants <p>*10/12 évaluations</p>	Délai plus long avant un nouvel incident	Examen de diverses « composantes » des programmes (par ex., modalités de traitement, sévérité ou type de sanction) non concluant.
Latimer, Morton-Bourgon <i>et al.</i> (2006)	- 14 % (suivi moyen de 19 mois)			Effets non significatifs chez les adolescents. Efficacité croissant avec le temps de suivi, plus élevée chez les groupes plus âgés et dans les études non aléatoires, et dans les programmes de 12 à 18 mois.
Wilson, Mitchell <i>et al.</i> (2006)			- 12 %	Devis quasi expérimental, taux élevé d'attrition et utilisation d'un seul type de TTT associé à moins de récidive.
Gutierrez (2009)			<p>Méthodologies Bonnes : 4 %</p> <p>Acceptables : 8 %</p> <p>Faibles : 9 %</p>	Respect des principes du risque, des besoins et de la réceptivité associés à moins de récidive.
Brown (2010)			Tendance = moins de récidive en TTT par rapport aux tribunaux traditionnels	Devis quasi expérimental associé à une baisse de la récidive.
Schaffer (2011)			- 9 %	<p>Influences majeures : population cible, leviers, équipe traitante, intensité.</p> <p>Influences modérées : offre de services, financement, traitement et philosophie.</p> <p>Influences mineures : prévisibilité, évaluation et « assurance qualité ».</p>
Mitchell (2012)			<ul style="list-style-type: none"> - 12 % pour adultes - 8 % pour mineurs - 12 % pour conduite avec facultés affaiblies 	<p>« Meilleures méthodologies » = résultats plus faibles.</p> <p>Les clientèles moins lourdes et les taux de réussite élevés sont associés à une réduction des récidives, mais pas les caractéristiques des participants, la nature du traitement et d'autres variables.</p>
Somers, Rezanoff <i>et al.</i> (2013)				<p>Âge, éducation, historique de santé mentale, passé criminel = pas d'association.</p> <p>Les femmes récidivent moins que les hommes et les autochtones moins que les membres d'autres groupes ethno-culturels.</p>

La consommation de drogues, la toxicomanie et la réadaptation. La plus récente revue de littérature de type méta-analyse concernant la récidive a aussi examiné les évaluations relatives aux effets des TTT sur l'usage de drogues. Que ce soit pour les TTT adultes, pour mineurs ou pour conduites avec facultés affaiblies, le calcul des rapports de cotes montre des résultats non significatifs (Mitchell 2012, p.64).

Une revue de littérature a, pour sa part, pris directement pour objet les évaluations concernant les effets des TTT sur l'usage de drogues et sur « d'autres dimensions de la vie associées aux drogues » (emploi, situation financière, situation en matière de logement, santé physique et mentale, relations familiales et sociales, activités de loisir)⁹⁶. Elle a examiné les études observationnelles et contrôlées publiées à compter de 1989 dans des revues scientifiques avec système de révision par les pairs. Après avoir repéré 576 documents dans les bases de données, les auteurs en ont jugé 16 admissibles (Wittouck, Dekkers *et al.* 2013, p.2). La revue de littérature révèle que la consommation de drogues a diminué ou s'est avérée significativement plus basse dans les groupes de participants aux TTT que chez le groupe de référence ou le groupe témoin dans huit des études examinées. Dans une autre étude, la consommation ne variait pas, tandis que dans une autre étude encore les données étaient mixtes (l'autorapport montre qu'elle était plus faible que dans le groupe de référence, alors que les tests d'urine affichent une augmentation). En ce qui a trait à la consommation d'alcool, cinq études montrent une diminution de la consommation ou une consommation plus basse et une autre aucune différence par rapport au groupe de référence. En matière de relations familiales et sociales, six études présentent des résultats favorables et quatre, aucune variation. En matière d'emploi, deux études présentent des résultats favorables, quatre, des résultats neutres et une, un résultat défavorable. En ce qui a trait à la situation financière, deux études indiquent des résultats favorables. Pour ce qui est de la santé mentale, deux résultats favorables et trois résultats neutres sont soulignés. Enfin, trois études présentent des résultats favorables en matière de santé physique alors que pour trois autres, ceux-ci sont neutres. Par ailleurs, la revue de littérature note que le type de méthodologie ne semble pas influencer les résultats en matière de consommation de drogues et d'alcool, mais que la division entre études observationnelles et contrôlées est nette pour toutes les autres dimensions investiguées. Autrement dit, alors que les études observationnelles rapportent systématiquement des résultats positifs, l'introduction d'un groupe de référence ou témoin neutralise tout aussi systématiquement les résultats (Wittouck, Dekkers *et al.* 2013, pp.3 et suiv.).

Enfin, dans la mesure où le fait de terminer un programme de TTT est largement tributaire de la réadaptation des contrevenants, il est intéressant de noter que les taux d'attrition des participants sont globalement d'environ 50 % (Cissner et Rempel 2005). Les résultats sont plus faibles dans le cas des TTT mis en œuvre au Canada. Pour leur part, les évaluations des programmes de Toronto et de Vancouver ont respectivement indiqué des taux d'attrition de 84 % et de 86 % (Canada 2007; 2008).

Qualité méthodologique des évaluations. Les TTT constituent de loin la forme d'intervention la plus soumise à l'évaluation primaire et secondaire parmi celles qui sont couvertes dans cette synthèse. Malgré des variations claires dans les méthodologies de ces évaluations (modes d'investigation, méthodes, techniques de cueillette, indicateurs employés, temps de suivi, critères d'appréciation méthodologiques, etc.), et malgré l'introduction de plusieurs vérifications pour divers biais potentiels, les résultats sont relativement cohérents d'une évaluation à l'autre, du moins en ce qui a trait aux effets des TTT sur la récidive. De fait, le nombre important d'évaluations et les résultats divergents qu'elles présentent a probablement provoqué les examens méthodologiques poussés qui ont été

⁹⁶ Sa stratégie de recherche n'a toutefois pas permis de repérer des recherches abordant les questions du logement ou des activités de loisir.

réalisés à leur sujet. Même les tenants des approches les plus restrictives au sujet des types de recherche jugés valides et fiables et qui vérifient le plus les biais méthodologiques potentiels concluent plus ou moins la même chose au sujet de la récidive, comme ceux-ci, par exemple : « Néanmoins, même lorsqu'on sélectionne dans les groupes de référence des personnes admissibles, mais qui ont préféré ne pas participer, ce qui semble représenter le choix méthodologique le plus rigoureux, exception faite de la méthode de distribution aléatoire, les tribunaux de traitement de la toxicomanie continuent d'avoir une incidence positive sur les taux de récidive » (Latimer, Morton-Bourgon *et al.* 2006).

Qualité méthodologique des évaluations Les évaluations concernant la consommation de drogues, la toxicomanie et la réadaptation sont pour leur part plus rares, mais elles sont relativement cohérentes. La rareté des évaluations au sujet de la question des effets des TTT sur les systèmes judiciaires et correctionnels, pourtant au cœur de la logique d'action des TTT, semble être encore plus prononcée.

La différence dans les résultats constatés entre les modes observationnels et les études de type quasi expérimental est un enjeu que nous aborderons à la section 4.10, concernant les enjeux méthodologiques transversaux.

Les effets systémiques. Une évaluation a pris pour objet les effets des TTT sur le nombre de personnes en détention aux É.U.-A. En particulier, l'évaluation a cherché à comprendre pourquoi une part importante des personnes vivant une dépendance ou étant à risque d'abus de drogues a été incarcérée au lieu d'avoir été orientée vers des TTT. Pour ce faire, l'évaluation analyse les données de deux sondages nationaux de la population sous contrôle judiciaire effectués en 2002 et 2004 (Sevigny, Pollack *et al.* 2013, p.197). Les analyses montrent que les critères d'admissibilité pour participer aux TTT excluent d'office de 52 % à 56 % des personnes « à risque » de dépendance ou d'abus de drogues. En outre, elles révèlent que de 7 % à 11 % des personnes n'ont pu profiter d'un programme de TTT en raison de contraintes de capacité de ces programmes. Pour leur part, les lois (par exemple, celles prévoyant des sentences minimums pour diverses infractions) ont exclu 31 % des personnes potentiellement admissibles (Sevigny, Pollack *et al.* 2013, p.204).

3.9.5 ASPECTS JURIDIQUES

Les TTT font explicitement partie des prérogatives des institutions judiciaires provinciales. Ils sont de fait explicitement autorisés par l'article 720(2) du Code criminel du Canada, qui précise qu'un tribunal :

peut, si le procureur général et le délinquant y consentent et en tenant compte de l'intérêt de la justice et de toute victime de l'infraction, reporter la détermination de la peine pour permettre au délinquant de participer, sous la surveillance du tribunal, à un programme de traitement agréé par la province, tel un programme de traitement de la toxicomanie ou un programme d'aide en matière de violence conjugale. (Canada 1985, p.836)

La formulation de cette disposition ainsi que son inclusion dans le chapitre du Code criminel concernant la détermination de la peine donnent à penser qu'elle ne permet pas explicitement l'établissement de TTT sous le modèle du préplaidoyer. Ceci dit, nous avons déjà noté au chapitre 2 et dans la section 4.7 (concernant les commissions de dissuasion de la toxicomanie) que les autorités provinciales ont compétence en matière d'application des lois criminelles. Ainsi, les procureurs appartenant au bureau du Directeur des poursuites criminelles et pénales du Québec détiennent déjà une marge de manœuvre lorsque des dossiers de possession simple de cannabis leur sont transmis. À certaines conditions, le Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes leur offre la possibilité de ne pas mettre en accusation des personnes trouvées par les policiers en possession de petites quantités de marijuana

(30 grammes ou moins) ou de haschich (1 gramme ou moins). Ce programme prévoit des sanctions comme l'envoi d'une lettre d'avertissement, une mise en demeure ou des « mesures de rechange ». Ces dernières :

consistent en un ensemble de moyens par lesquels on pourra exiger du contrevenant une contrepartie sous forme notamment de dédommagement à la victime, de travaux communautaires au profit de la collectivité ou de sessions de formation en vue de lui faire prendre conscience des conséquences de ses actes et d'accroître son sens des responsabilités⁹⁷.

Il semble ainsi plausible de penser que cette marge de manœuvre permet aux autorités québécoises d'établir des tribunaux « de diversion » ou « préplaidoyer » si elles le souhaitent. En fait, il est pensable que ce Programme de traitement non judiciaire puisse servir de cadre au développement de tels TTT. Il s'agirait d'inclure, dans le registre des mesures de rechange, l'engagement du contrevenant à se présenter devant un TTT (qu'il faudrait bien entendu créer). Considérer cela semble nécessairement impliquer l'établissement d'un dialogue avec le ministère de la Justice et le Directeur des poursuites criminelles et pénales.

3.9.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Hors des cercles d'experts et de professionnels des domaines de la justice et de la toxicomanie, les TTT font l'objet de peu ou pas de discussion publique au Québec. Le projet pilote de TTT mis en œuvre par la Cour du Québec n'a d'ailleurs reçu qu'une faible couverture médiatique. Dans celle-ci, un criminologue bien connu au Québec rapporte à un magazine d'affaires publiques la position critique d'un regroupement d'avocats criminalistes des États-Unis d'Amérique au sujet des tribunaux qui suivent le modèle de postplaidoyer (soit le modèle que permet le Code criminel et qu'a adopté la Cour supérieure du Québec dans le cadre de son projet pilote). Ce regroupement s'oppose à ce modèle particulier, car il inciterait selon lui fortement des personnes à plaider coupable pour obtenir des services d'évaluation et de traitement de leur problème de toxicomanie — une obtention qui devrait, selon eux, leur être offerte par ailleurs, de manière indépendante du processus judiciaire⁹⁸.

Le projet pilote mis en place à Montréal par la Cour du Québec est assorti d'une évaluation, mais celle-ci n'a pas été publiée jusqu'à maintenant. Comme ailleurs, ce programme a été mis en place dans le but de réduire la pression occasionnée sur le système judiciaire et correctionnel par les contrevenants éprouvant des problèmes de toxicomanie, en réduisant leur récidive et la toxicomanie à laquelle elle est associée. Il sera intéressant de voir si, et dans quelle mesure, le programme aura permis de réduire cette pression ainsi que la récidive et la toxicomanie associée, et de constater quels effets systémiques il aura pu avoir. Dans ce dernier cas, trois objets d'intérêt particulier semblent être (a) la conciliation des impératifs d'abstinence du TTT avec l'approche de réduction des méfaits adoptée par le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (qui considère que l'abstinence peut être envisagée, si on la juge importante ou nécessaire, mais qu'elle n'est pas absolument incontournable), (b) les effets de la mise en œuvre du TTT sur l'accès d'autres clientèles aux services, et (c) le rapport coûts-bénéfices de cette approche, comparativement à ce qui se fait généralement ailleurs en matière de réadaptation au Québec. Cette évaluation devrait permettre de mieux juger les tenants et aboutissants de la mise en place de TTT au Québec.

⁹⁷ Lien consulté le 15 janvier 2015 : <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/generale/non-judic.htm>

⁹⁸ Lien consulté le 15 janvier 2015 : <http://www.lactualite.com/societe/les-tribunaux-de-lespoir/>

3.10 Appréciation méthodologique transversale

Dans cette section, nous nous attarderons au choix de se fier à des données autorapportées. Nous examinerons ensuite la façon dont les évaluations répondent aux trois enjeux identifiés au chapitre 2, à savoir le fait d'évaluer la même intervention, le fait d'évaluer de manière extensive l'ensemble des effets potentiels des interventions, et le fait d'estimer les effets d'autres interventions ou processus sur les résultats. Ce quatrième point sera notamment l'occasion de soupeser les enjeux entourant l'emploi de modes d'investigation de type observationnel.

Des données autorapportées. Une part importante des évaluations couvertes dans cette synthèse emploie des données autorapportées. Or, leur fiabilité et de leur validité sont controversées. Souvent, on souligne notamment que ces données peuvent être soumises à un « biais de désirabilité ». On désigne ainsi la tendance qu'auraient des répondants à être influencés par les normes sociales en vigueur dans leur collectivité. Par exemple, quelqu'un pourrait être enclin à répondre qu'il ne consomme pas telle ou telle substance, ou n'utilise pas tel ou tel mode de consommation, parce que son groupe de référence les considère comme indésirables.

Certaines des études couvertes ayant eu recours à des données autorapportées ont croisé ces dernières à d'autres types d'information. Par exemple, une étude portant sur les PEPPSN mis en œuvre au Massachusetts a combiné des données autorapportées avec les données du système de santé de l'État concernant les décès et l'utilisation des services d'urgence (Walley 2013). Les deux sources de données sont largement cohérentes, même si elles fournissent des informations différentes. En outre, dans certaines études, le fait de se fier à des données autorapportées a pu en fait sous-estimer les effets positifs des évaluations. Dans le cas des PEPPSN, par exemple, plusieurs études ont utilisé les données de personnes lorsqu'elles venaient se procurer une trousse de naloxone après avoir utilisée celle qu'elles avaient utilisé dans un événement de surdose, ou qu'elles avaient perdu ou s'était fait voler. Il se peut fort bien que des personnes aient utilisé leur trousse pour intervenir dans un cas de surdose, mais qu'elles ne se soient pas procuré de nouvelles trousse par la suite.

En somme, et bien qu'on ne puisse nier la possibilité que le biais de désirabilité ait influencé certaines des réponses servant de matériau d'analyse aux évaluations, on ne peut pas plus affirmer que ce fut systématiquement ou significativement le cas, ni que cela n'aurait pas systématiquement réduit les bénéfices ou accru les effets indésirables constatés dans les recherches.

Dans un second temps, il convient de s'attarder à la façon dont les évaluations répondent aux défis méthodologiques de la recherche interventionnelle définis au chapitre 1, soit le fait d'évaluer la même intervention, une couverture extensive des effets potentiels et une appréciation adéquate des effets des autres interventions et processus sur les résultats.

Évaluer la même intervention. Les interventions couvertes par les évaluations passées en revue dans la synthèse varient toutes d'une façon ou d'une autre. Par exemple, dans le cas des SCS, certains services supervisent uniquement l'injection, d'autres l'inhalation, et d'autres l'injection et l'inhalation. Ils varient aussi sur le plan de la fréquentation, des caractéristiques du milieu (petites ou grandes municipalités, par exemple), des services « annexes » qui y sont offerts, et d'autres façons. De manière globale, il semble que les évaluations permettent de faire les distinctions analytiques potentiellement importantes pour l'appréciation des effets documentés, en fonction des caractéristiques propres à certaines interventions. Ceci dit, le lecteur devrait garder à l'esprit certains éléments dans son appréciation des évaluations concernant certaines interventions.

1. Les évaluations relatives aux PEPPSN concernent, dans leur large majorité, des programmes offerts par des OBNL offrant déjà des services aux personnes UD « dans la communauté ». Il faut demeurer attentif à l'extension des résultats à des PEPPSN qui seraient offerts par des cliniques ou directement à la sortie de prison.
2. Les évaluations concernant les SCS se rapportent — peut-être à une exception près (soit celle de Francfort) — à des SIS, soit à des services de supervision de l'injection exclusivement. Ils concernent également des services sous supervision médicale et situés dans de grandes villes. Quant à l'extension des résultats, il faut demeurer attentif à des services de supervision de l'inhalation qui ne seraient pas supervisés médicalement et qui seraient situés dans de plus petites municipalités.
3. Les évaluations concernant les PESP concernent surtout de grands établissements correctionnels. Dans l'extension des résultats, il faut demeurer attentif aux plus petits établissements.
4. L'évaluation concernant la qualité des analyses effectuées dans un PPASMF utilisait une technologie particulière (dite de reconnaissance présomptive de produits ou *test de Marquis*), et il est hautement probable que d'autres technologies mobilisées *in situ*, au moins en Suisse, soient à même de produire des résultats plus valides et fiables.

Une couverture extensive des effets potentiels. Les interventions ont des effets tant processuels que substantifs, et ce, sur plusieurs plans. En outre, ces effets varient dans le temps, régionalement et à diverses échelles géographiques. Il est déraisonnable de s'attendre à ce qu'une recherche, voire un corpus de recherches évaluatives, couvre en pratique l'ensemble des effets potentiels d'une intervention. Il ne s'agit donc pas ici de voir si tous les effets possibles et imaginables des interventions ont été couverts, mais de voir si certaines dimensions importantes n'ont pas été systématiquement « oubliées » ou de noter les forces particulières de certaines.

De manière globale, les évaluations semblent raisonnablement couvrir les principaux effets substantifs attendus des interventions, et elles s'attardent aussi aux effets indésirables qui sont soulevés dans les débats et les controverses les concernant.

Par contre, peu s'attardent aux différentes échelles géographiques et aux différents horizons temporels auxquels les interventions sont susceptibles d'être effectives. Une première exception est le cas des évaluations concernant les RCC. Une étude a examiné les variations régionales dans la mise en œuvre et dans les effets des RCC en Australie. Une seconde est l'étude sur les surdoses, menée à Vancouver, qui a montré l'influence différentielle qu'a eue le SIS Insite dans son environnement immédiat en le comparant à l'incidence des surdoses dans le reste de la ville (Marshall *et al.* 2011). En matière d'horizons temporels, les RCC, les SIS et les TTT ont été l'objet d'évaluations examinant les effets plus de deux ans après la mise en œuvre de l'intervention.

En outre, les effets processuels des interventions sont abordés de manière généralement limitée. On sait peu de choses, par exemple, sur les façons dont les processus de mise en place des interventions ont permis ou non aux personnes UD d'influencer les interventions elles-mêmes, s'ils ont favorisé ou non leurs rapports avec les autres membres de la collectivité, ou s'ils ont pu acquérir à travers ces processus un plus grand contrôle sur leurs conditions de vie ou sur leur état social et de santé plus généralement. On en sait aussi peu sur la façon dont le développement de ces services a eu des répercussions sur l'allocation des ressources et « le panier de services » existant, ni sur comment cela a pu avoir un impact sur divers sous-segments de la population des personnes UD.

Par contre, plusieurs études ont examiné la capacité des interventions à joindre les personnes UD, et à acquérir et à maintenir des compétences particulières (en matière d'intervention en cas de surdose, par exemple). En outre, certaines évaluations ont dépassé ce cadre « standard ». Par exemple, une étude a examiné comment et pourquoi les femmes utilisaient le SIS Insite à Vancouver. Elle montre notamment que celles-ci l'utilisent pour se protéger d'agressions potentielles lorsqu'elles sont en situation d'intoxication (Fairbairn *et al.* 2008). Pour fournir un seul autre exemple, une évaluation concernant la mise en œuvre d'un PDMIC à Vancouver permet de cerner la façon dont la mise en œuvre de l'intervention a permis l'extension et la coordination de la distribution de matériel d'inhalation hygiénique dans le secteur du Downtown Eastside (Vancouver Coastal Health 2013).

Une appréciation adéquate des effets des autres interventions et processus sur les résultats.

Les interventions se produisent dans une conjoncture où de nombreuses autres interventions et processus se déroulent simultanément. Il n'est pas raisonnable de s'attendre à ce qu'une évaluation, voire un corpus d'évaluations, couvre ou contrôle l'ensemble de ces autres interventions et processus de manière exhaustive et selon les standards de rigueur méthodologique généralement acceptés en sciences. Toutefois, on peut s'attendre au minimum à ce que les évaluateurs nomment et discutent ces autres interventions et processus.

D'emblée, il faut remarquer que, de manière générale, les évaluations déploient peu d'efforts pour estimer, et même définir, les effets de ces processus et interventions se déroulant simultanément. Ceci dit, certaines évaluations ou séries d'évaluations ont effectué des efforts particuliers.

1. Les évaluations concernant les PEPPSN ont comparé des municipalités où des programmes ont été mis en place à d'autres où ce ne fut pas le cas.
2. Les évaluations au sujet des SCS ont contrôlé l'effet de la pluie sur les indicateurs de l'ordre public à Vancouver, et sur des variations dans l'approvisionnement en héroïne à Sydney, en Australie.
3. Les évaluations concernant les PLBSA ont vérifié l'effet des dynamiques sociales propres aux quartiers centraux d'une grande ville en les comparant à celles d'un milieu suburbain.
4. Dans le cas des CDT portugaises, les évaluations ont contrôlé (en les comparant avec ceux d'autres pays européens) les patrons de la consommation de drogues, de la criminalité associée, et d'autres éléments.
5. Au sujet des RCC, les évaluations ont contrôlé les patrons de consommation de cannabis, notamment, en les comparant à ceux d'autres juridictions australiennes ou états-uniennes.

3.11 Bilan des évaluations

Considérant les forces et les limites méthodologiques individuelles et transversales des évaluations, nous offrons ici un bilan de chacune d'entre elles. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 1, nous qualifions les affirmations par les termes « vraisemblablement » et « possiblement ». Pour mémoire, « vraisemblablement » signifie que la proposition peut être jugée véridique, en fonction de la prépondérance de la preuve offerte par les évaluations. De son côté, « possiblement » signifie que la proposition est potentiellement véridique, mais que la prépondérance de la preuve nous force à ne pas la considérer comme véridique avant que plus d'évaluations ne permettent de la reconsidérer.

Les programmes d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone (PEPPSN). Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PEPPSN a vraisemblablement eu tendance à :

- permettre à une part considérable des participants aux programmes d'utiliser de la naloxone lors d'événements de surdose (Seal, Thawley *et al.* 2005; Galea, Worthington *et al.* 2006; Heller et Stancliff 2007; Piper, Stancliff *et al.* 2008; Strang, Manning *et al.* 2008; Doe-Sinkins, Walley *et al.* 2009; Tobin, Sherman *et al.* 2009; Enteen, Bauer *et al.* 2010; Wagner, Valente *et al.* 2010; Bennett, Bell *et al.* 2011; Dong 2012; Leece 2013; Banjo 2014);
- réduire ou avoir un effet neutre sur la fréquence d'appel des services d'urgences par les personnes qui sont intervenues (Walley, Xuan *et al.* 2013; Wagner, Valente *et al.* 2010; Enteen, Bauer *et al.* 2010);
- permettre aux participants d'acquérir et de maintenir des compétences adéquates en matière de prise en charge des surdoses avec la naloxone et de réduire la fréquence des interventions délétères (Wagner, Valente *et al.* 2010; McCauley, Xuan *et al.* 2011);
- réduire ou avoir un effet neutre sur la consommation de drogues et sur les pratiques à risque de surdose (Bigg 2002; Seal, Thawley *et al.* 2005; Maxwell, Bigg *et al.* 2006; Wagner, Valente *et al.* 2010)
- réduire la mortalité par surdose aux opioïdes (Walley, Xuan *et al.* 2013; Albert, Wells Brason II *et al.* 2011; Maxwell, Bigg *et al.* 2006);
- s'avérer coût-efficace (Coffin et Sullivan 2013).

Par ailleurs, la mise en œuvre de PEPPSN a possiblement eu tendance à :

- réduire l'incidence et la gravité de la morbidité liée aux surdoses.

Les services de consommation supervisée (SCS). Les évaluations montrent que la mise en œuvre de SCS a vraisemblablement eu tendance à :

- permettre de joindre un segment particulièrement vulnérable des personnes UDI (Noël *et al.* 2009);
- réduire certaines pratiques à risque pour les ITSS (Noël *et al.* 2009; DeBeck 2010),
- réduire la mortalité par surdose dans les populations de personnes UDI (Noël *et al.* 2009; Marshall 2011);
- accroître l'accès des usagers à divers services sociaux et de santé (services de désintoxication et de réadaptation, soins primaires, etc.) (Noël *et al.* 2009);
- améliorer ou avoir un effet neutre sur certaines dimensions de l'ordre public (seringues à la traîne, consommation dans les espaces publics) (Noël *et al.* 2009);

- réduire les appels aux services préhospitaliers dans l'environnement de proximité (Salmon *et al.* 2010);
- s'avérer coût-efficace (Noël *et al.* 2009; Pinkerton 2011).

Par ailleurs, la mise en œuvre de SCS a possiblement eu tendance à :

- réduire l'incidence des ITSS.

Les programmes d'échange de seringues en prison (PESP). Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PESP a vraisemblablement eu tendance à :

- avoir un effet neutre sur, ou à réduire, le volume de consommation de drogues (Obradovic 2012);
- avoir un effet neutre sur l'utilisation de l'injection comme mode de consommation (Obradovic 2012);
- réduire le partage de seringues (Obradovic 2012).

Par ailleurs, les évaluations montrent que la mise en œuvre de PESP a possiblement eu tendance à :

- réduire l'incidence des ITSS chez les personnes UDI incarcérées (Obradovic 2012);
- accroître le recours des personnes UD aux soins de santé offerts en milieu carcéral (Obradovic 2012);
- avoir un effet neutre sur, ou à améliorer, la sécurité, les conditions de sécurité et la sécurité perçue dans les établissements correctionnels (Obradovic 2012).

Les programmes de logements à bas seuil d'accessibilité (PLBSA). Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PLBSA a vraisemblablement eu tendance à :

- stabiliser la situation résidentielle de personnes UD difficiles à héberger et à soigner, et ce, davantage que les offres à haut seuil d'accessibilité régulières (Nelson, Aubry *et al.* 2007; Tsemberis, Gulcur *et al.* 2004; Padgett, Gulcur *et al.* 2006; Gulcur, Stefancic *et al.* 2003; Stefancic et Tsemberis 2007; Pearson, Montgomery *et al.* 2009; Malone 2009; Gilmer, Stefancic *et al.* 2010);
- provoquer des effets divergents (hausse, stabilité, réduction) sur l'utilisation de services sociaux et de soins de santé particuliers, à l'intérieur d'un portrait global qui semble stable ou en légère baisse sur le plan de l'intensité de la prise en charge (Gulcur, Stefancic *et al.* 2003; Tsemberis, Gulcur *et al.* 2004; Padgett, Gulcur *et al.* 2006; Larimer 2009; Gilmer, Stefancic *et al.* 2010; Tsai 2012);
- avoir un effet neutre sur les symptômes psychiatriques, et avoir un effet neutre ou réduire la consommation de substances psychoactives des participants (Tsemberis, Gulcur *et al.* 2004; Padgett, Gulcur *et al.* 2006; O'Campo, Kirst *et al.* 2009; Pearson, Montgomery *et al.* 2009; Collins, Maline *et al.* 2012; Tsai 2012);
- améliorer la perception des personnes UD de leur propre santé mentale et de leur situation sociale (Gilmer, Stefancic *et al.* 2010; Patterson, Moniruzzaman *et al.* 2013)
- réduire les sanctions policières et pénales dont les personnes UD sont l'objet (Gilmer, Stefancic *et al.* 2010; Clifaseli, Malone *et al.* 2013).

Les programmes de distribution de matériel pour l'inhalation du crack (PDMIC). Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PDMIC a vraisemblablement eu tendance à :

- permettre de joindre un nouveau segment de personnes UD vulnérables ou d'offrir du matériel stérile concernant un mode de consommation adopté par des personnes UD fréquentant déjà un PES (Espoir Goutte d'Or 2004; Leonard, DeRubeis *et al.* 2008; Vancouver Coastal Health 2013);

Par ailleurs, les évaluations montrent que la mise en œuvre de PDMIC a possiblement eu tendance à :

- provoquer des effets divergents (neutres, positifs et négatifs) sur diverses pratiques à risque particulières, à l'intérieur d'un portrait global qui semble stable (Espoir Goutte d'Or 2004; Boyd, Johnson *et al.* 2008; Leonard, DeRubeis *et al.* 2008; Vancouver Coastal Health 2013);
- avoir un effet neutre sur les patrons de la consommation de drogues, hormis peut-être une réduction de la polyconsommation et de la consommation d'héroïne (Espoir Goutte d'Or 2004; Leonard, DeRubeis *et al.* 2008; Vancouver Coastal Health 2013);
- avoir un effet neutre sur l'état de santé global des participants (Espoir Goutte d'Or 2004; Vancouver Coastal Health 2013);
- avoir un effet neutre sur la fréquence et la localisation de la consommation en public par inhalation ou par injection (Leonard, De Rubeis *et al.* 2006).

Les programmes de prévention et d'analyse des substances en milieu festif (PPASMF). Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PPASMF a vraisemblablement eu tendance à :

- permettre de joindre un segment de la population UD qui ne fréquente pas les services de réduction des méfaits réguliers (Benschop, Rabes *et al.* 2002; Huberty et Favresse 2010);
- fournir une information de qualité limitée sur la nature des substances analysées lorsque des technologies dites de reconnaissance présomptive furent employées *in situ* (Camilleri et Caldicott 2005; Huberty et Favresse 2010).

Par ailleurs, les évaluations montrent que la mise en œuvre de PPASMF a possiblement eu tendance à :

- permettre de joindre des personnes UD ayant des pratiques de consommation particulièrement à risque (Hungerbuehler, Buecheli *et al.* 2011);
- permettre l'acquisition, par les personnes UD, de connaissances au sujet des pratiques de consommation sécuritaire (Benschop, Rabes *et al.* 2002);
- réduire ou avoir un effet neutre sur la consommation ou les pratiques à risque (Benschop, Rabes *et al.* 2002);
- provoquer un transfert de la consommation vers d'autres substances (Hungerbuehler, Buecheli *et al.* 2011);
- retarder l'initiation à la consommation (Benschop, Rabes *et al.* 2002).

Les commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT). Les évaluations montrent que la mise en œuvre des CDT au Portugal a vraisemblablement :

- permis la sanction administrative et la prise en charge sociale et sanitaire des personnes UD auparavant sanctionnées pénalement, et ce, sans extension du nombre total de personnes UD sanctionnées (Hughes et Stevens 2010; EMCDDA 2011);

- contribué à une augmentation de l'utilisation des services de réadaptation (Hughes et Stevens 2010);
- contribué à une augmentation du nombre de personnes arrêtées pour trafic et des volumes de drogues saisies (Hughes et Stevens 2010);
- contribué à une augmentation du nombre d'homicides liés au marché illicite des drogues (Yablon 2011).

Par ailleurs, les évaluations montrent aussi que la mise en œuvre des CDT au Portugal a possiblement :

- peu ou pas affecté les patrons populationnels de consommation (Hughes et Stevens 2010);
- contribué à la réduction du nombre de personnes UDI (Hughes et Stevens 2010);
- contribué à la réduction du nombre de personnes UD et UDI incarcérées, et du volume de consommation de drogues en milieu carcéral (Hughes et Stevens 2010);
- contribué à la réduction du nombre de personnes UD aux prises avec des problèmes de dépendance (Hughes et Stevens 2010);
- contribué à la réduction de l'incidence des ITSS (Hughes et Stevens 2010).

Les régimes de contravention pour le cannabis (RCC). Les évaluations montrent que la mise en œuvre de RCC a vraisemblablement eu tendance à :

- ne pas avoir de répercussions sur les patrons de consommation du cannabis (Lenton, Humeniuk *et al.* 2000; Donely, Hall *et al.* 1998; Single, Christie *et al.* 2000; Barratt, Chanteloup *et al.* 2005);
- limiter les conséquences pour les personnes sanctionnées par voie de contravention par rapport à celles sanctionnées par la voie criminelle (Lenton, Humeniuk *et al.* 2000);
- accroître la confusion au sujet du statut légal du cannabis (Heale, Hawks *et al.* 2000);
- avoir été appliquée de manière inégale d'une région à l'autre (Baker et Goh 2004);
- accroître la surreprésentation des personnes autochtones dans les « affaires de drogues » concernant le cannabis (Baker et Goh 2004);
- réduire le nombre de personnes UD prises en charge par la voie criminelle (Baker et Goh 2004);
- augmenter le nombre total de personnes sanctionnées pour possession par voie criminelle et par voie de contravention (Baker et Goh 2004).

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT). Les évaluations montrent que la mise en œuvre de TTT a vraisemblablement eu tendance à :

- réduire la récidive parmi les participants, que l'on considère les nouvelles arrestations ou les nouvelles condamnations (United States Government Accountability Office 2005; Latimer, Morton-Bourgon *et al.* 2006; Wilson, Mitchell *et al.* 2006; Gutierrez 2009; Brown 2010; Schafer 2011; Mitchell 2012);

Par ailleurs, les évaluations montrent que la mise en œuvre de TTT a possiblement eu tendance à :

- réduire ou avoir un effet neutre sur la consommation de drogues et la toxicomanie des participants (Wittouck, Dekkers *et al.* 2013);
- améliorer différentes dimensions de la vie sociale des participants (Wittouck, Dekkers *et al.* 2013).

Conclusion

Cet examen des interventions a été effectué dans le cadre d'une recherche collective de pistes d'action permettant de mitiger les effets négatifs sur la santé publique du cadre de contrôle actuel ou d'accentuer ses effets positifs. D'emblée, retenons qu'il semble que dans le cadre du régime juridique fédéral, les autorités québécoises ont une marge de manœuvre suffisante pour mettre en place la plupart de ces interventions. D'ailleurs, la plupart d'entre elles ont déjà été mises en œuvre au Québec ou ailleurs au Canada. Le RCC constitue une exception, car il nécessite vraisemblablement la mise en place d'une nouvelle réglementation de la part du gouvernement fédéral. Dans le cas des CDT, une intervention fortement apparentée pourrait être mise en place sur la base de l'actuel Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes. Dans ce cas, cela devrait toutefois se faire sans la modification législative qui l'a accompagnée au Portugal (l'abrogation des sanctions criminelles pour possession de toutes les drogues actuellement illicites), puisque celle-ci relève du gouvernement fédéral.

En conclusion, nous offrons quelques pistes de réflexion d'ordre général concernant les interventions couvertes et le régime de politiques publiques en matière de drogues actuellement en vigueur au Québec. Dans un premier temps, nous resituerons l'appréciation de l'effectivité potentielle des interventions dans l'économie politique dans laquelle elles pourraient être mises en œuvre. Dans un second temps, nous soulignerons certains déficits de connaissances au sujet de la consommation et des interventions dans le domaine des drogues. Enfin, nous évoquerons quelques tendances lourdes qui se dessinent actuellement en matière de consommation comme d'intervention en matière de drogues, cernerons certains défis qu'elles poseront dans les prochaines années aux autorités de santé publique, et fournirons quelques pistes d'action potentielles pour les relever.

Le potentiel des interventions et l'allocation des ressources. Tout d'abord, soulignons que l'évaluation du potentiel des interventions a été effectuée en postulant des ajouts au régime actuel. Si les ressources consacrées à la mise en œuvre des interventions considérées sont plutôt des ressources qui sont actuellement consacrées à d'autres interventions, l'anticipation de ces bénéfices doit être remise en question. Par exemple, nous avons souligné qu'il semble raisonnable de penser que les SCS pourraient produire plusieurs types de bénéfices. Par contre, si ces services sont financés par des retraits de ressources d'autres programmes ou services composant l'offre actuelle destinée aux personnes UD, cette présomption de bénéfices potentiels doit être évaluée en fonction de cette donnée. Autrement dit, l'ajout de SCS par la réallocation des ressources actuellement destinées à tel ou tel autre groupe doit mener à une analyse mettant en rapport ces bénéfices anticipés avec les impacts du retrait des autres programmes ou services. Il est possible qu'en remplaçant des programmes par d'autres, on obtienne des bénéfices par des gains en efficacité, mais cela doit être évalué.

De nombreuses inconnues. Il existe au Québec un déficit important de connaissances dans le champ des drogues, et ce, sur au moins deux plans. D'une part, on connaît globalement les taux de consommation, « d'abus » et de dépendance aux substances psychoactives à l'échelle populationnelle. Mais dans des contextes précis, les taux de consommation, les pratiques et les effets sur la santé pourraient être nettement mieux documentés. Dans le même ordre d'idées, hormis les services de réadaptation en dépendance, il existe de nombreuses inconnues au sujet de l'utilisation des autres services sociaux et de santé liée directement aux drogues. Par exemple, on en sait peu sur l'univers des pratiques d'amélioration des performances sportives, scolaires ou professionnelles, ou sur celui du milieu festif, que ce soit en matière de consommation ou d'utilisation des services sociaux et de santé qui peut en découler. Ce manque de connaissances nous prive des moyens d'évaluer plusieurs pistes d'intervention envisageables qui pourraient s'avérer plus

efficientes, voire efficaces ou coût-efficaces. Cette synthèse a proposé une intervention pouvant permettre de commencer à mieux documenter la consommation en milieu festif : les programmes de prévention et d'analyse de substances en milieu festif (PPASMF). On a déjà suggéré qu'un projet pilote pourrait être mis de l'avant avec cet objectif de production de connaissances en toile de fond. Mais ce type de programme pourrait aussi bien être mobilisé dans l'approche d'autres pratiques et milieux de consommation, comme entre autres ceux tout juste évoqués. Dans le même ordre d'idées, on en connaît peu sur les usages thérapeutiques de certaines substances, comme la marijuana ou les opioïdes. Au vu des conséquences qu'elles peuvent engendrer, il semble important de mieux comprendre, par exemple, l'évolution des pratiques de consommation dans ce contexte et les effets potentiels de ces diverses substances, de même que certains de leurs déterminants, comme les pratiques de prescription médicale.

D'autre part, ce déficit est aussi apparent en ce qui concerne l'intervention publique en matière de drogues. En effet, il fut très difficile de tracer un portrait, même sommaire, du régime de politiques publiques québécois. Globalement, on sait que celui-ci peut être décrit comme un régime à quatre piliers. Par contre, il est très difficile de faire un portrait d'ensemble à peu près juste des niveaux de ressources déployés dans chacun de ces piliers, par exemple. On sait aussi relativement peu de choses des interventions qui composent le régime en question, car son organisation est plutôt diffuse. En outre, aucun mécanisme n'est dédié à la surveillance des interventions ni à celle d'interventions novatrices qui pourraient être mises en œuvre pour faire face aux défis émergents dans la régulation des drogues au Québec.

Tout cela risque de nuire à la capacité des autorités de santé publique de pouvoir bien cerner la consommation, le régime actuel et les façons d'orienter les efforts pour faire face aux défis existants et émergents.

La santé publique face à l'évolution de la consommation, des contextes de consommation et de leurs conséquences. La consommation de drogues, les contextes (notamment le contexte politique) dans lesquels se produit cette consommation et leurs conséquences sur la santé évoluent rapidement et de plusieurs façons. En plus des changements déjà évoqués en matière de combinaison de substances et de modes de consommation, il convient de s'attarder à deux enjeux particulièrement prégnants, de souligner les défis qu'ils posent et poseront probablement de manière plus aiguë dans les prochaines années, et d'évoquer quelques-unes des stratégies (en plus du développement de nouvelles connaissances) que les autorités de santé publique pourraient vouloir considérer pour y répondre.

En premier lieu, des transformations sociales et politiques ont mené à une dégradation importante de la condition sociale et de l'état de santé des personnes UD les plus vulnérables. On qualifie parfois ce segment limité en nombre de la population UD de personnes « difficiles à joindre, à héberger et à soigner. » Ces personnes présentent des états sociaux et de santé fortement dégradés. Elles composent avec des combinaisons de problèmes de santé mentale et physique fort handicapantes qui rendent impossible un rétablissement rapide et, parfois, complet. Par leur situation de vie itinérante, leur vie se déroule pour une bonne part dans les espaces publics. Leurs comportements en public, qui sont à l'occasion hors normes, entraînent des sanctions amorçant des cycles de portes tournantes entre la prison et la rue qui ne sont pas particulièrement productifs, et qui sont très intensifs en matière de ressources publiques. Or, peu sinon aucun indice ne laisse en ce moment penser que la situation se stabilisera ou s'améliorera. En plus des quelques interventions couvertes qui permettraient possiblement de mitiger en partie cette tendance (les programmes de logements à bas seuil d'accessibilité, les services de consommation supervisée, etc.), quelques autres avenues sont envisageables. À Seattle, comme nous l'avons déjà noté, un programme de « diversion assistée

par l'application de la loi » permet aux services policiers qui trouvent des personnes en possession de drogues de diriger celles-ci vers des OBNL qui peuvent leur offrir des services de soutien plutôt que vers le système de justice criminelle⁹⁹. À Vancouver, on offre depuis quelques années plusieurs autres types de services à bas seuil, dont un programme d'hébergement permettant aux personnes UD en situation d'itinérance de compléter leurs traitements aux antibiotiques (Gagnon 2011). Mais la mise en place de ces interventions nécessite des ressources. Il faudra probablement faire preuve d'une certaine créativité et d'une certaine audace pour innover malgré les réductions de ressources qui semblent se dessiner dans l'ensemble des secteurs d'activités gouvernementales. Au Portugal, par exemple, on a décidé d'investir toutes les ressources financières auparavant destinées à l'arrestation, à la poursuite et à l'emprisonnement des personnes UD trouvées en possession de drogues dans des interventions de réadaptation, de prévention et de réduction des méfaits. L'idée n'est pas ici d'affirmer que le Portugal devrait servir de modèle aux autorités québécoises, mais de souligner que le renversement des tendances exigera peut-être l'examen de questions particulièrement délicates.

En second lieu, des changements aux politiques publiques en matière de cannabis sont en cours ou largement prévisibles, aussi bien au Canada qu'ailleurs. Ces changements sont considérables, allant de la légalisation de la marijuana à des fins médicales à sa légalisation pour toutes autres fins. En ce qui a trait à la gestion du cannabis à des fins médicales, les effets de certaines formes ou de certains modes de consommation de la substance (séchée, intégrée à des aliments, etc.), les posologies, et d'autres dimensions sont toutes, pour l'instant, des questions ouvertes. Une large part de ces questions sera réglée par les autorités compétentes des domaines médicaux et pharmacologiques. Toutefois, et comme on peut le constater aujourd'hui avec la prescription d'opioïdes, la prescription médicale peut avoir des conséquences indésirables sur la santé publique, que ce soit en raison des usages médicaux eux-mêmes ou de leurs « usages détournés ». En ce qui a trait à la légalisation à d'autres fins que celles de la médecine, un parti politique fédéral l'a inscrite à son programme. Si la modification législative était fédérale, cette possibilité ouvre également de nombreuses questions. Sous quelle forme le cannabis pourra-t-il être vendu? À qui? Où? Comment? À quel prix? Avec promotion ou non? Si on suit les régimes mis en place aux États-Unis d'Amérique, la régulation du cannabis risque d'être largement fondée sur des logiques de marché promotionnelles. En santé publique, on sait que ces modèles de régulation ont causé bien des ennuis en matière de tabac et en causent en ce qui concerne l'alcool, par exemple. Il est probablement opportun que les autorités de santé publique québécoises amorcent une réflexion approfondie sur les enjeux de la régulation du cannabis, que ce soit à des fins médicales ou non.

⁹⁹ Lien consulté le 23 juin 2014 : <http://leadkingcounty.org>. Selon l'information disponible, ce programme fait l'objet d'une évaluation. Il sera intéressant d'en suivre la publication.

Références

- Albert, S., Wells Brason II, F., Sanford, C., Dasgupta, N., Graham, J. & Lovette, B. (2011). Project Lazarus: Community-Based Overdose Prevention in rural North Carolina. *Pain Medicine*, (2) : 77-85.
- Alexander, M. (2010). *The New Jim Crow. Mass Incarceration in the Age of Colorblindnes*. New York : The New Press.
- Ali, R., Christie, P., Lenton, S., Hawks, D., Sutton, A., Hall, W. & Allsop, S. (1998). *The Social Impacts of the Cannabis Expiation Notice Scheme in South Australia*. Canberra : Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Allard, P., Lyons, T. & Elliott, R. (2011). *Jugement déficient : Évaluation de l'opportunité des tribunaux de traitement de la toxicomanie, en réponse à l'usage de drogue au Canada*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Association canadienne des chefs de police (2013). *Résolution adoptée à la 108^e Conférence annuelle*. Winnipeg : Association canadienne des chefs de police.
- Association des centres de réadaptation du Québec (2013). *Le traitement de la dépendance porte un nom : L'Association des centres de réadaptation du Québec*. Montréal : Association des centres de réadaptation du Québec. Consulté en ligne : <http://www.acrdq.qc.ca/wp-content/uploads/2013/05/La-traitement-de-la-d%C3%A9pendance-porte-un-nom-LACRDQ.pdf>
- Association des intervenants en toxicomanie (2012). *Un programme d'échange de seringues en prison, c'est possible. Présentation vidéo*. Consulté en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=Ov2Zs0m2mGk>
- Baca, C. T. & Grant, K. J. (2005). "Take-Home Naloxone To Reduce Heroin Death." *Addiction* 100(12) : 1823-1831.
- Baker, J. & Goh, D. (2004). *The Cannabis Cautioning Scheme Three Years On: An Implementation and Outcome Evaluation*. Sydney : Australie. NSW Bureau of Crime Statistics and Research.
- Bammer, G., Hall, W., Hamilton, M. & Ali, R. (2002). *Harm Minimization in a Prohibition Context-- Australia*. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 582 : 80-93.
- Banjo, O., Tzemis, D., Al-Qutub, D., Amlani, A., Kesserling, S., Buxton, J. A. (2014). *A quantitative and qualitative evaluation of the British Columbia Take Home Naloxone Program*. *Canadian Medical Association Journal*, 2(3) : e153-e161.
- Barratt, M. J., Chanteloup, F., Lenton, S. & Marsh, A. (2005). *Cannabis law reform in Western Australia: an opportunity to test theories of marginal deterrence and legitimacy*. *Drug and Alcohol Review*, 24 : 321-330.
- Barnett, L. (2008). *La prostitution au Canada. Obligations internationales, droit fédéral et compétence provinciale et municipale*. Ottawa : Division des affaires juridiques et sociales, Service d'information et de recherche parlementaires. 19 mars 2014. Publication no 2011-119-F.
- Beauchesne, L. (1989). *De la criminalisation à la légalisation des drogues : de Charybde en Scylla?* *Criminologie*, 22(1) : 67-83.

- Bennett, A. S., Bell, A., Tomedi, L., Hulsey, E. G. & Kral, A. H. (2011). Characteristics of an overdose prevention, response, and naloxone distribution program in Pittsburgh and Allegheny County, Pennsylvania. *J Urban Health*, 88(6) : 1020-1030.
- Benschop, A., Rabes, M. & Korf, D. J. (2002). *Pill Testing, Ecstasy and Prevention: A Scientific Evaluation in three European Cities*. Amsterdam (Pays-Bas) : Rozenberg Publishers.
- Boyd, S., Johnson, J. L. & Moffat, B. (2008). Opportunities to learn and barriers to change: crack cocaine use in the Downtown Eastside of Vancouver. *Harm Reduct J*, 5 : 34.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec.
- Brochu, S. & Landry, M. (2010). Les tribunaux spécialisés dans le traitement de la toxicomanie au Québec. *RISQ-INFO*, 18(1).
- Brown, R. T. (2010). Systematic review of the impact of adult drug treatment courts. *Translational Research*, 155(6) : 263-274.
- Busch-Geertsema, V. (2013). Rapport final. GISS Bremen (Allemagne) Housing First Europe.
- Calzavara, L., Burchell, A., Schlossberg, J., Myers, T., Escobar, M., Wallace, E., Major, C., Strike, C. & Millson, M. (2003). Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction*, 98(9) : 1257-1265.
- Camilleri, A. M. & Caldicott, D. (2005). Underground pill testing, down under. *Forensic Sci Int*, 151(1) : 53-58.
- Canada (1983). *Westendorp c. La Reine*. Ottawa : Cour Suprême du Canada.
- Canada (1985). *Code criminel*. L.R.C (1985), ch. C-46. Ottawa : Ministère de la justice du Canada.
- Canada (1985). *Loi sur les aliments et drogues*. L.R.C. (1985), ch. F-27. Ottawa: Ministère de la justice du Canada.
- Canada (1996). *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. L.C. 1996, ch. 19. Ottawa : Ministère de la Justice du Canada.
- Canada (2007). *Projet de tribunal de la toxicomanie de Toronto*. Ottawa : Ministère de la sécurité publique du Canada.
- Canada (2008). *Tribunal de la toxicomanie de Vancouver*. Ottawa : Ministère de la sécurité publique du Canada.
- Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society. 2011 CSC 44 (2011) 3 R.C.S. 134.
- Canadian Centre on Substance Abuse (2006). *Crack Cocaine - Fact Sheet*. Ottawa : Canadian Centre on Substance Abuse.
- Carter, C. I. & McPherson, D. (2013). *Se rendre au lendemain : rapport sur les politiques canadiennes sur les drogues*. Vancouver : Université Simon Fraser.
- CATIE (2010). *Projet de prévention de l'overdose. Connectons nos programmes*. Edmonton : Streetworks. Toronto : CATIE.

- Caulkins J. P., Sevigny, E.L. (2005). How many people does the US imprison for drug use, and who are they? *Contemp. Drug Probl*, 32 : 405-428.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). Community-Based Opioid Overdose Prevention Programs Providing Naloxone. *Morbidity and Mortality Weekly Report* (61). Washington (É-USA) : Department of Health and Human Services.
- Charbonneau, S. & Béliveau, D. (1999). Un exemple de justice réparatrice au Québec : la médiation et les organismes de justice alternative. *Criminologie* 32(1) : 57.
- Christie, P., & Ali, R. (2000). Offences under the Cannabis Expiation Notice scheme in South Australia. *Drug and Alcohol Review*, 19 : 251-256.
- Chu, S. & Elliott, R. (2009). Pour changer net : argumentaire en faveur de programmes d'échange de seringues en prison au Canada. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Cissner, A. B. & Rempel, M. (2005). The State of Drug Court Research. Moving Beyond 'Do They Work?'. New York : Center for Court Innovation.
- Clifasefi, S. L., Malone, D. K. & Collins, S. E. (2013). Exposure to project-based Housing First is associated with reduced jail time and bookings. *International Journal of Drug Policy*, 24 : 291-296.
- Coffin, P. O. & Sullivan, S. D. (2013). Cost-effectiveness of Distributing Naloxone to Heroin Users for Lay Overdose Reversal. *Annals of Internal Medicine*, 158 :1-9.
- Collège des Médecins (2014). Directives concernant l'ordonnance de cannabis séché à des fins médicales. Avril. Montréal : Collège des Médecins.
- Collins, S. E., Malone, D. K., Clifasefi, S. L., Ginzler, J. A., Garner, M. D., Burlingham, B., Lonczak, B. S., Dana, E. A., Kirouac, K., Tanzer, K., Hobson, W. G., Marlatt, G. A. & Larimer, M. E. (2012). Project-based Housing First for chronically homeless individuals with alcohol problems: within-subjects analyses of 2-year alcohol trajectories. *American Journal of Public Health*, 102(3) : 511-519.
- Dauvergne, M. (2009). Tendances des infractions relatives aux drogues déclarées par la police au Canada. *Juristat* : 29(2). Ottawa : Statistiques Canada.
- DeBeck, K., Kerr, T., Bird, L. Zhang, R., Marh, D., Tyndall, M., Montaner, J. & Wood, E. (2011). Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3) : 172-176.
- DeBeck, K., Kerr, T., Li, K., Fischer, B., Buxton, J., Montaner, J. & Wood, E. (2009). Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *CMAJ*, 181(9) : 585-589.
- Directeur des poursuites criminelles et pénales (2012). Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes. Québec : Ministère de la justice du Québec.
- Direction de la prévention et de l'organisation policière (2012). Criminalité au Québec. Principales tendances 2011. Québec : Ministère de la sécurité publique du Québec.

- Doe-Simkins, M., Walley, Y. A., Epstein, A. & Moyer, P. (2009). Saved by the Nose: Bystander-Administered Intranasal Naloxone Hydrochloride for Opioid Overdose. *American Journal of Public Health*, 99(5) : 788-791.
- Dong, K. A., Taylor, M., Willa-Roel, C., & al. (2012). Community-based naloxone: a Canadian pilot program. *Canadian Journal of Addiction Medicine*, 3(2) : 4-9.
- Donnelly, N., Hall, W. & Christie, P. (1998). Effects of the Cannabis Expiation Notice Scheme on Levels and Patterns of Cannabis Use in South Australia: Evidence from the National Drug Strategy Household Surveys 1985–1995. Canberra (Australie) : Department of Health and Aged Care.
- Donnelly, N., Hall, W. & Christie, P. (1995). The effects of partial decriminalisation on cannabis use in South Australia, 1985 to 1993. *Australian Journal of Public Health*, 19(3) : 281-287.
- EMCDDA (2001). An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU. Lisbonne : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2011). Drug Policy Profiles: Portugal. Lisbonne : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Enteen, L., Bauer, J., McLean, R., Wheeler, E., Huriaux, E., Kral, A. H. & Bamberger, J. D. (2010). Overdose Prevention and Naloxone Prescription for Opioid Users in San Francisco. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87(6) : 931-941.
- Espoir Goutte d'Or (2004). STEP : Rapport d'évaluation du Kit-Base. Le « Kit Base », un nouvel outil pour la réduction des risques. Paris : Espoir Goutte d'Or.
- Fairbairn, N., Small, W., Shannon, K., Wood, E. & Kerr, T. (2008). Seeking refuge from violence in street-based drug scenes: Women's experiences in North America's first supervised injection facility. *Social Science and Medicine*, 67 : 817-823.
- Fallu, J. S. & Trottier, B. (2004). L'intervention en réduction des méfaits dans le contexte des raves et de la consommation de drogues de synthèse, forces et limites du testing. Non publié.
- Fast, D., Small, W., Wood, E. & Kerr, T. (2008). The perspectives of injection drug users regarding safer injecting education delivered through a supervised injection facility. *Harm Reduction Journal*, 5(32).
- Fischer, B. (2003). 'Doing good with a vengeance': A critical assessment of the practices, effects and implications of drug treatment courts in North America. *Criminal Justice*, 3(3) : 227-248.
- Forget, P. (1996). L'adaptation à la séropositivité chez les détenus atteints du VIH et utilisateurs de drogues injectable. Mémoire de maîtrise. Montréal : Université de Montréal.
- Gagné, M., Dubé, P.-A., Perron, P.-A., Langlois, É., Légaré, G., Sirois, M.-J., Aubut, C., Lefebvre, M., St-Laurent, D. (2013). Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec 2000 à 2009. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Gagnon, F. (2011). Des partenariats exemplaires pour des services à bas seuil : la PHS Community Services et la Vancouver Coastal Health. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- Gagnon, F. (2009). Autour d'*Insite* : un événement discursif. *Drogues, santé et société*, 8(2) : 267-302.

- Galea, S., Worthington, N., Markham Piper, T., Nandi, V. V., Curtis, M. & Rosenthal, D. M. (2006). Provision of naloxone to injection drug users as an overdose prevention strategy: Early evidence from a pilot study in New York City. *Addictive Behaviors*, (31) : 907-912.
- Gilmer, T. P., Stefancic, A., Ettner, S. L., Manning, W. G. & Tsemberis, S. (2010). Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 67(6) : 645-652.
- Giroux, L. (2011). Profil correctionnel 2007-2008 : La population correctionnelle du Québec. Québec : Ministère de la sécurité publique du Québec.
- Greenwald, G. (2009). Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies. Washington, D.C. : Cato Institute.
- Gross, S. R., Barrett, S. P., Shestowsky, J. S. & Pihl, R. O. (2002). Ecstasy and Drug Consumption Patterns: A Canadian Rave Population Study. *Can J Psychiatry*, 47 : 546-551.
- Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S. & Fischer, S. N. (2003). Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(2) : 171-186.
- Gutierrez, L. & Bourgon, G. (2009). Tribunaux de traitement de la toxicomanie : analyse quantitative de la qualité des études et du traitement. Ottawa : Sécurité publique du Canada.
- Haydon, E. & B. Fischer (2005). Crack use as a public health problem in Canada: call for an evaluation of 'safer crack use kits'. *Can J Public Health*, 96 : 185-188.
- Heale, P., Hawks, D. & Lenton, S. (2000). Public awareness, knowledge and attitudes regarding the CEN system in South Australia. *Drug and Alcohol Review*, 19 : 271-280.
- Health Officers Council of British-Columbia (2011). Public Health Perspectives for Regulating Psychoactive Substances. What We Can Do About Alcohol, Tobacco, and Other Drugs. Vancouver : Health Officers Council of British-Columbia.
- Hedrich, D. (2004). European report on drug consumption rooms. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities.
- Heller, D. & Stancliff, S. (2007). Providing Naloxone to Substance Users for Secondary Administration to Reduce Overdose Mortality in New York City. *Public Health Reports*, 122.
- Huberty, C. & Favresse, D. (2010). Évaluation des actions de réduction des risques dans le cadre des activités de testing menées par l'ASBL Modus Vivendi. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles.
- Hughes, C. E. & Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? *British Journal of Criminology*, 50(6) : 999-1022.
- Hughes, C. E. & A. Stevens (2012). A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 31 : 101-113.
- Humair, T. (2010). Le drug-checking en Suisse romande. *Dépendances*, (42) : 23-25.

- Hungerbuehler, I., Buecheli, A. & Schaub, M. (2011). Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use - evaluation of Zurich's drug checking services. *Harm Reduction Journal* 8(16) : 1-6.
- Jauffret-Roustide, M., Rondy, M., Oudaya, L., Pequart, C., Semaille, C. & Desenclos, J. C. (2008). Évaluation d'un outil de réduction des risques visant à limiter la transmission du VIH et des hépatites chez les consommateurs de crack. *Rev Epidemiol Sante Publique* 56(6s) : 376.
- Johnson, J., Malchy, L., Mulvogue, T., Moffat, B., Boyd, S., Buxton, J., Bungay V., & Loudfoot, J. (2008). *Lessons Learned from the SCORE Project: A Document to Support Outreach and Education Related to Safer Crack Use*. Vancouver : Université de la Colombie-Britannique.
- Kerr, D., Dietze, P., Kelly, A. M., & Jolley, D. (2008). Attitudes of Australian heroin users to peer distribution of naloxone for heroin overdose: perspectives on intranasal administration. *J Urban Health* 85(3) : 352-360.
- Kerr, T. & Jürgens, R. (2004). *Syringe Exchange Programs in Prisons: Reviewing the Evidence*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Landry, M. & Lecavalier, M (2003). L'approche de réduction des méfaits: un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société* 2(1) : Édition électronique non paginée.
- Latimer, J., Morton-Bourgon, K. & Chrétien, J. A. (2006) *Les tribunaux de traitement de la toxicomanie : Méta-analyse. Ont-ils un effet positif sur les taux de récidive?* Ottawa : Ministère de la justice du Canada, Division de la recherche et de la statistique.
- Leclerc, P., Morissette, C. & Roy, E. (2008). *La consommation de crack chez les personnes qui fréquentent les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal*. Montréal : Direction de santé publique & Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Le Dain, G. (1972). *Le cannabis. Rapport de la commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*. Ottawa : Information Canada.
- Le Dain, G., Campbell I. L., Lehmann, H., Stein, J. P. & Bertrand, M.-A. (1973). *Rapport Final. Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*. Ottawa : Information Canada.
- Leece, P. N., Hopkins, S., Marshall, C. & al. (2013). Development and implementation of an opioid overdose prevention and response program in Toronto, Ontario. *Canadian Journal of Public Health* 104(3) : e200-e204.
- Lenton, S., Humeniuk, R., Heale, P. & Christie, P. (2000). Infringement versus conviction: the social impact of a minor cannabis offence in South Australia and Western Australia. *Drug and Alcohol Review* 19 : 257-264.
- Leonard, L., DeRubeis, E. & Birkett, N. (2006). *Initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack. Rapport d'évaluation*. Ottawa : Santé publique Ottawa.
- Leonard, L., DeRubeis, E., Pelude, L., Medd, E., Birkett, N. & Seto, J. (2008). "I inject less as I have easier access to pipes": injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed. *Int J Drug Policy* 19(3) : 255-264.

- Malkin, I. (1996). Le rôle du droit de la négligence dans la prévention de l'exposition des détenus au VIH pendant l'incarcération. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/SIDA et Société Canadienne du SIDA. Annexe 1, dans R. Jürgens, VIH/SIDA et prisons : rapport final.
- Malone, D. K. (2009). Assessing Criminal History as a Predictor of Future Housing Success for Homeless Adults With Behavioral Health Disorders. *Psychiatric Services*, 60(2) : 224-230.
- Marshall, B. D. L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S. G. & Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet*, 377 : 1429-1437.
- Maxwell, S., Bigg, D., Stanczykiewicz, K. & Carlberg-Racich, S. (2006). Prescribing Naloxone to Actively Injecting Heroin Users A Program to Reduce Heroin Overdose Deaths. *Journal of Addictive Diseases*, 25(3).
- McAuley, A., Lindsay, G., Woods, M. & Loutitt, D. (2011). Responsible management and use of a personal take-home naloxone supply. A pilot project. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(4) : 388-399.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2009). Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2013). Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection. Québec : Gouvernement du Québec.
- Mitchell, O., Wilson, D. B., Eggers, A. & MacKenzie, D. L. (2012). Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: A meta-analytic review of traditional and non-traditional drug courts. *Journal of Criminal Justice*, 49 : 60-71.
- Moreira, M., Trigueiros, F. & Antunes, C. (2007). The Evaluation of the Portuguese drug policy 199-2004: the process and the impact of the new policy. *Drugs and Alcohol Today*, 7(2).
- Muirhead, N. (2011). N-ALIVE Pilot. NALoxone InVEstigation. Prison-based Naloxone-on-release pilot randomised controlled prevention trial. Consulté en ligne : <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/addictions/research/drugs/N-ALIVE.aspx>
- Musseau, F. (2013). Lisbonne, table rase au quartier toxico. Paris : Journal Libération.
- Nelson, G., Aubry, T. & Lafrance, A. (2007). A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interventions for Persons With Mental Illness Who Have Been Homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3) : 350-361.
- Noël, L., Cloutier, R., (2008). Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des personnes UDI au Québec. Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Noël, L., Gagnon, F., Bédard, A. & Dubé, É. (2009). Avis sur les services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

- Noël, L., *et al.*.... (2013). Partenariat entre les services de police et les programmes d'échange de seringues : les enjeux de l'action intersectorielle, Institut national de santé publique du Québec.
- Nuffield, J. (1997). Programme de déjudiciarisation à l'intention des adultes. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- O'Campo, P., Kirst, M., Schaefer-McDaniel, N., Firestone, M., Scott, A. & McShane, K. (2009). Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: a realist approach to synthesizing evidence. *J Urban Health*, 86(6) : 965-989.
- Obradovic, I. (2012). Réduction des risques en milieu pénitentiaire. *Revue des expériences étrangères*. Saint-Denis : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- OMS, ONUDC, ONUSIDA (2007). Interventions to address HIV in Prisons Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies. Genève : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.
- Orsi, M. M. & Brochu, S. (2009). La place des programmes d'échanges de seringues parmi les stratégies de réduction de méfaits dans les pénitenciers canadiens. *Revue canadienne de santé publique* 100(1) : 29-31.
- Padgett, D. K., Gulcur, L. & Tsemberis, S. (2006). Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse. *Research on Social Work Practice*, 16(1) : 74-83.
- Palmateer, N., Kimber, J., Hickman, M., Hutchinson, S., Rhodes, T. & Goldberg, D. (2010). Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*, 105(5) : 844-859.
- Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C. J., Krausz, M. & Somers, J. M. (2013). Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(8) : 1245-1259.
- Pearson, C., Montgomery, A. E. & Locke, G. (2009). Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in housing first programs. *Journal of Community Psychology*, 37(3) : 404-417.
- Pinkerton, S. D. (2011). How many HIV infections are prevented by Vancouver Canada's supervised injection facility? *Int J Drug Policy*, 22(3) : 179-183.
- Piper, T. M., Stancliff, S., Rudenstine, S., Sherman, S., Nandi, V., Clear, A. & Galea, S. (2008). Evaluation of a naloxone distribution and administration program in New York City. *Subst Use Misuse*, 43(7) : 858-870.
- Polvere, L., Macnaughton, E. & Piat, M. (2013). Participant perspectives on housing first and recovery: early findings from the At Home/Chez Soi project. *Psychiatr Rehabil*, J 36(2) : 110-112.
- Poulin, C., Alary, M., Lambert, G., Godin, G., Landry, S., Gagnon, H., Demers, E., Morarescu, E., Rochefort, J. & Claessens, C. (2007). Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons. *CMAJ*, 177(3) : 252-256.

- Protectrice du citoyen (2013). Lettre du Protecteur du citoyen à la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité Sociale concernant le Règlement modifiant le Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles. Québec : Protecteur du citoyen.
- Rehm, J., Baljunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Samocinska- Hart, A. & Taylor, B. (2006). Le coût de l'abus de substances au Canada 2002, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Rickard, M. (2001). Reforming the Old and Refining the New: A Critical Overview of Australian Approaches to Cannabis. Research Paper. Canberra : Department of the Parliamentary Library, Information and research, Government of Australia. 6 (2001-2002).
- Riley, D. (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues : politiques et pratiques. L'usage des drogues et la toxicomanie. P. Brisson éditeur. Montréal : Gaétan Morin. II : 129-174.
- Roy, E., Leclerc, P., Morissette, C., Arruda, N., Blanchette, C., Blouin, K. & Alary, M. (2013). Prevalence and temporal trends of crack injection among injection drug users in eastern central Canada. *Drug Alcohol Dependence*, 133(1).
- Salmon, A. M., van Beek, I., Amin, J., Kaldor, J. & Maher, L. (2010). The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. *Addiction*, 105(4) : 676-683.
- Saybolt, M. D., Alter, S. M., Dos Santos, F., Calello, D. P., Rynn, K. O., Nelson D. A. and Merlin M. A. (2010). Naloxone in cardiac arrest with suspected opioid overdoses. *Resuscitation* 81(1) : 42-46.
- Schafer, D. K. (2011). Looking Inside the Black Box of Drug Courts: A Meta-Analytic Review. *Justice Quarterly*, 28(3) : 493-521.
- Schrecker, T. (2013). Can health equity survive epidemiology? Standards of proof and social determinants of health. *Prev Med* 57(6) : 741-744.
- Schroers, A. (2002). Drug Checking: Monitoring the Contents of New Synthetic Drugs. *Journal of Drug Issues*, 32(2) : 635-646.
- Seal, K. H., Thawley, R., Gee, L., Bamberger, J., Kral, A. H., Ciccarone, D., Downing, M. & Edlin, B. R. (2005). Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: a pilot intervention study. *J Urban Health*, 82(2) : 303-311.
- Sevigny, E. L., Pollack, H. A. & Reuter, P. (2013). Can Drug Courts Help to Reduce Prison and Jail Populations? *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 647(1) : 190-212.
- Single, E., Christie, P. & Ali, R. (2000). The Impact of Cannabis Decriminalisation in Australia and the United States. *Journal of Public Health Policy*, 21(2) : 157-186.
- Somers, J. M., Rezansoff, S.N. & Moniruzzaman, A. (2013). Comparative Analysis of Recidivism Outcomes Following Drug Treatment Court in Vancouver, Canada. *Int J Offender Ther Comp Criminol*.
- Stefancic, A. & Tsemberis, S. (2007). Housing First for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: a four-year study of housing access and retention. *J Prim Prev*, 28(3-4) : 265-279.
- Stinchcomb, J. B. (2010). Drug Courts: Conceptual foundation, empirical findings, and policy implications. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(2) : 148-167.

- Strang, J., Manning, V., Mayet, S., Best, D., Titherington, E., Santana, L., Offor, E. & Semmler, C. (2008). Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction*, 103(10) : 1648-1657.
- Sutton, A. (2000). Cannabis Law and the Young Adult User: Reflections on South Australia's Cannabis Expiation Notice System. *International Journal of the Sociology of Law*, 28 : 147-162.
- Sutton, A. & Hawks, D. (2005). The Cannabis Infringement Notice scheme in Western Australia: a review of policy, police and judicial perspectives. *Drug Alcohol Rev*, 24(4) : 331-336.
- Thomas, G. (2005). Évaluer le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons au Canada : analyse de situation. Ottawa : Groupe de travail national sur les politiques / Document de travail sur les politiques, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Tobin, K. E., Sherman, S. G., Beilenson, P., Welsh, C. & Latkin, C. A. (2009). Evaluation of the Staying Alive programme: Training injection drug users to properly administer naloxone and save lives. *International Journal of Drug Policy*, 20(2) : 131-136.
- Toronto Public Health. (2012). The POINT (Preventing Overdose in Toronto) Program. A harm reduction approach to overdose prevention. Toronto : Ville de Toronto. Consulté en ligne : <http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/members/Meth-conf-POINT-PP.pdf>
- Trans European Drug Information (TEDi) (2013). Les projets d'Analyses de substances psychotropes, NEWIP. Consulté en ligne : http://www.nuit-blanche.ch/wp/wp-content/uploads/2014/07/guide_lines_file_1361879276.pdf
- Trigo de Roza, A. (2007). Presentation: Conference on quasi-coerced treatment and other alternatives to imprisonment. Bucharest : Conference on quasi-coerced treatment and other alternatives to imprisonment.
- Tsai, J. & Rosenheck, R. A. (2012). Incarceration Among Chronically Homeless Adults: Clinical Correlates and Outcomes. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12(4) : 307-324.
- Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M. (2004). Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4) : 651-656.
- United States Government Accountability Office (2005). Adult Drug Courts. Evidence Indicates Recidivism Reduction and Mixed Results for Other Outcomes. Washington, D.C. : Government Accountability Office.
- Vancouver Coastal Health (2013). Evaluation Report: Vancouver Coastal Health Safer Smoking Pilot Project. Vancouver : Vancouver Coastal Health.
- Wagner, K. D., Valente, T. W., Casanova, M., Partovi, S. M., Mendenhall, B. M., Hundley, J. H., Gonzalez, M. & Unger, J. B. (2010). Evaluation of an overdose prevention and response training programme for injection drug users in the Skid Row area of Los Angeles, CA. *Int J Drug Policy*, 21(3) : 186-193.
- Walley, A. Y., Xuan, Z., Hackman, H. H., Quinn, E., Doe-Simkins, M., Sorensen-Alawad, A., Ruiz, S. & Ozonoff, A. (2013). Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis. *BMJ*, 346 : f174.

- Wilson, D. B., Mitchell, O. & MacKenzie, D. L. (2006). A systematic review of drug court effects on recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 2(4) : 459-487.
- Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., Vanderplasschen, W. & Vander Laenen, F. (2013). The impact of drug treatment courts on recovery: a systematic review. *ScientificWorldJournal*, 2013 : 493679.
- Woods, J. B. (2011). A Decade After Drug Decriminalization: What Can the United States Learn From the Portuguese Model?. *UDC Law Review*, 15(1).
- Yablon, D. R. (2011). The Effect of Drug Decriminalization in Portugal on Homicide and Drug Mortality Rates. *Mémoire de maîtrise*. Berkeley : University of California.

Annexe 1

La stratégie de recherche documentaire

Les algorithmes de mots-clés employés pour effectuer la recherche documentaire sont présentés ci-dessous.

Programmes d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone

Naloxone (ou Narcan) ET/OU

Distribution program (ou prevention) (ou community prevention) ET/OU

Overdose (ou surdose) ET/OU

Prévention morbidité mortalité héroïne (ou cocaïne)

Services de consommation supervisée

Supervised injection site (ou site d'injection supervisée) OU

Drug consumption room (ou salle de consommation) (ou inhalation) OU

Supervised smoking (ou inhalation) facilities (ou rooms)

Programmes de logement à bas seuil d'accessibilité

Housing First OU

Logement bas seuil OU

Low-threshold housing OU

Projet Chez-soi

Programmes d'analyse de substances en milieu festif

Pill testing (ou Ecstasy) OU

Drug checking ET/OU

Rave ou danse ou dance ou festif ou festive

Programmes d'échange de seringues en prison

Programmes échange seringues prison OU

Prison-based needle (ou syringe) exchange program

Programmes de distribution de matériel d'inhalation pour le crack

Distribution matériel stérile crack OU

Safe crack use kit (ou smoking kit)

Commissions de dissuasion de la toxicomanie

Portugal ET

Drug policy (ou decriminalization) ET/OU

Politiques drogues ET/OU

Décriminalisation (ou decriminalisation) (ou decriminalization) ET/OU

Quasi-coerced treatment

Régimes de contravention pour le cannabis

Cannabis expiation (scheme) OU

Cannabis infringement

Cannabis

Tribunaux de traitement de la toxicomanie

Tribunaux toxicomanie OU

Drug treatment court

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca