



## ARCHIVED - Archiving Content

### Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

## ARCHIVÉE - Contenu archivé

### Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.

# Pour vivre en santé Édition 2001

Guide de référence à l'intention des policiers canadiens  
sur des questions liées à l'abus de substances intoxicantes

Document public sur le site Web de l'ACCP : [www.cacp.ca](http://www.cacp.ca)

Document produit par  
l'Association canadienne des chefs de police,  
le Comité sur l'abus des drogues,  
le Service de la sensibilisation aux drogues et  
la Stratégie nationale sur la jeunesse  
de la Gendarmerie royale du Canada



*Le présent document contient l'information la plus exacte sur les enjeux de l'abus de drogues et de substances intoxicantes, telle qu'elle a été établie par le Comité sur l'abus des drogues de l'ACCP et ses partenaires, dont la GRC, le Secrétariat du Solliciteur général, Santé Canada et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.*

*Tous les membres de l'ACCP doivent connaître et comprendre les faits contenus dans le présent document, afin de les communiquer du mieux qu'ils le peuvent dans l'exercice de leurs fonctions.*

*Le présent document est mis à jour tous les ans afin d'en assurer l'exactitude, la dernière date de parution étant le 1<sup>er</sup> décembre 2000.*

*La première édition a été conçue et écrite par :*

*Holly Richter White, M.A.  
Recherche et Évaluation  
Stratégie nationale de la GRC sur la jeunesse  
Conseillère technique, Comité sur l'abus des drogues de l'ACCP*

*Andréa Smith, B.A.  
Coordonnatrice des communications  
Services fédéraux, DG  
(maintenant au secteur privé)*

*La première édition a été co-écrite et approuvée par :*

*Chef Barry King  
Service de police de Brockville  
Président du Comité sur l'abus des drogues de l'ACCP*

*Bob Lesser, surintendant principal  
S.-dir. de la police des drogues, Services fédéraux, GRC  
Vice-président du Comité sur l'abus des drogues de l'ACCP*

## **Table des matières**

1. Le rôle de la prévention dans l'exercice de la police .....	p. 1
2. Les relations avec les partenaires et les médias.....	p. 3
3. Enjeux et explications .....	p. 5
3.1 Réduction des méfaits .....	p. 5
3.2 Légalisation et décriminalisation .....	p. 7
3.3 Marihuana .....	p. 8
3.4 Usage de drogues injectables .....	p. 11
3.5 Drogues de confection et raves .....	p. 13
3.6 Santé mentale et drogues .....	p. 14
3.7 Substances inhalées .....	p. 15
3.8 Alcool et tabac .....	p. 16
3.9 Coûts sociaux et économiques de l'abus de substances intoxicantes.....	p. 19
4. Personnes-ressources, publications et sites Web .	p. 21
5. Politique et résolutions de l'ACCP en matière de drogues plus position du CTSM sur le cannabis.....	p. 24
6. Notes .....	p. 28

# 1. Le rôle de la prévention dans l'exercice de la police

La prévention de la criminalité fait partie du mandat de la police. C'est un volet important de son rôle, au même titre que les tâches liées à l'application de la loi. D'après un sondage public effectué en septembre 2000 par EKOS Research pour le compte du Centre national de prévention du crime, les Canadiens attendent des services de police qu'ils jouent un rôle de premier plan dans la prévention de la criminalité, et ce, de préférence en collaboration avec d'autres organismes gouvernementaux et groupes communautaires.

La prévention ne s'intéresse qu'à une seule question : Quelle sorte de société voulons-nous, pour nous, nos amis et nos familles?

Ce n'est qu'en nous posant cette question pour les communautés que nous protégeons, et en collaborant avec les services sociaux qui cherchent déjà des réponses, que les efforts de sensibilisation et de prévention aboutiront à la responsabilité publique.

## Prévention de l'abus de substances intoxicantes

Que savons-nous au sujet de l'abus de substances intoxicantes?

- ' L'abus d'intoxicants nuit à la sécurité et à la qualité de vie dans nos communautés.
- ' Prévenir l'abus d'intoxicants, c'est aussi prévenir la criminalité.
- ' Une approche intégrée en matière de prévention et de traitement doit aussi intégrer une composante importante: l'application de la loi.
- ' Grâce aux efforts de sensibilisation, les Canadiens pourront contribuer à assurer la sécurité et la santé des collectivités (c'est notamment ce qui a motivé la création de la présente brochure).
- ' Les toxicomanes ont le droit de recevoir des traitements efficaces.
- ' La police peut faire une différence en établissant des partenariats novateurs.

La police a un rôle à jouer dans la prévention de l'abus de substances intoxicantes; elle doit communiquer les faits sur ses causes et ses conséquences. L'abus de substances intoxicantes est souvent le symptôme de problèmes sociaux plus profonds et ce n'est que par la sensibilisation que nous pourrions aller au coeur de la question.

Ainsi, si la pauvreté entraîne un problème de drogue dans une communauté, il nous appartient de travailler avec celle-ci et les organismes sociaux en place pour aller droit à la racine du problème. En tant que policiers, nous avons la responsabilité de travailler en collaboration avec les organismes qui luttent contre les causes sociales, économiques, physiques et politiques de l'abus de substances intoxicantes.

Les causes et les effets de l'abus de substances intoxicantes sont aussi variés et complexes que les personnes touchées. Le rôle de chaque membre de la police en général — est d'essayer de comprendre ces circonstances complexes dans sa communauté, toujours en partenariat avec les différents services communautaires.

### Valeur monétaire \$

Les efforts de prévention contribuent à améliorer la vie des communautés de nombreuses façons et certains soutiennent même qu'on peut y attribuer une valeur monétaire. La brève analyse du rapport coûts-avantages effectuée en février 2000 par John Chisholm pour le compte de l'Australian Institute of Criminology offre de nombreux aperçus de la valeur monétaire réelle des programmes utilisés dans le monde. D'après l'estimation prudente de Chisholm, chaque dollar investi dans la prévention permet d'économiser de 0,38 \$ à 11 \$ en dépenses de santé et de répression et autres dépenses socio-économiques connexes.

En général, on parvient à récupérer à long terme les coûts de la prévention, sous forme d'économies dans des domaines qui n'ont qu'un lien indirect (p. ex. la sensibilisation aux drogues qui vise à promouvoir l'estime de soi pourrait non seulement réduire la demande de

drogues, mais aussi réduire les risques que le jeune participe à des activités violentes ou aider ce dernier à faire bonne impression dans une entrevue d'emploi). Le travail de prévention procure de nombreux avantages indirects, d'où la difficulté à en déterminer la valeur véritable.

Améliorer la vie des citoyens est notre première préoccupation. Peu importe les coûts, nous nous attachons à évaluer correctement et à réévaluer constamment nos efforts en ce sens.

Outre notre engagement, ce travail exige de nous temps et patience. Il a fallu au moins dix ans à la campagne contre l'alcool au volant pour modifier les comportements. Il faudra vraisemblablement deux fois plus de temps, et au moins deux fois plus de travail, pour agir sur les choix de la société en ce qui a trait à la drogue, la criminalité et la responsabilité sociale.

Nous croyons néanmoins que tous nos efforts en valent la peine et que la prévention peut faire une différence.

### **Niveaux de prévention**

Il existe trois formes de prévention : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention indiquée. Dans ces trois formes de prévention, on reconnaît que nombre de problèmes sociaux et de santé sont liés à des facteurs fondamentaux communs et que, pour éliminer ces facteurs fondamentaux ou sous-jacents, les efforts de prévention doivent notamment être axés sur une meilleure intégration des stratégies et des ressources.

La prévention *universelle* a pour but de prévenir ou d'écartier divers problèmes sociaux et de santé, en mettant sur pied des initiatives et des programmes pour les jeunes dans les écoles. Cette forme de prévention traite des facteurs de risque et des pratiques qui sont à l'origine de problèmes sociaux et de santé (abus de substances intoxicantes, grossesse chez les adolescentes, suicide).

La prévention *sélective* tient compte des défis que certains jeunes peuvent avoir durant leur vie (p. ex. pauvreté, handicap, difficultés financières au sein de la famille ou difficultés dans les rapports avec les autres). Elle vise à réduire l'incidence de ces risques et à enseigner aux jeunes comment se prendre en charge et se préparer à la vie quotidienne, afin de prévenir et de réduire les problèmes liés à l'abus de substances intoxicantes. À cet égard, les approches axées sur la famille semblent être les plus efficaces auprès des jeunes les plus à risque.

La prévention *indiquée* reconnaît que les jeunes toxicomanes risquent davantage de s'infliger de grandes souffrances. Cette forme de prévention fait souvent appel à la participation des jeunes, afin de prévenir ou de minimiser les problèmes liés à leur style de vie. Elle vise également à rejoindre les jeunes décrocheurs, à leur offrir des possibilités de loisirs, à leur permettre de prendre part à des activités récréatives ou communautaires excitantes et fécondes d'aventures.

(nota: ces trois niveaux de prévention peuvent également désigné par certain de vos partenaires sous le nom primaires, secondaires et de tertiaire)

La police opte généralement pour la prévention universelle et sélective. Il est reconnu qu'un niveau d'expertise accru et la participation de personnel non policier peuvent s'avérer nécessaires pour que les services de prévention indiqués soient pleinement efficaces.

## 2. Les relations avec les partenaires et les médias

Le travail de prévention consiste en grande partie à entretenir de bonnes relations avec les partenaires, les membres de la communauté et les médias, et à fournir en temps opportun de l'information factuelle aux Canadiens.

*Mais attention, cela ne veut pas dire que vous avez le mandat d'exprimer votre opinion sur la drogue.* En tant que policier, vous devez communiquer uniquement l'information la plus exacte sur ces questions importantes (qui sont présentées à la section 3). Tous les débats touchant les faits qui se rapportent à l'abus de substances intoxicantes devraient être résolus à l'interne au sein de votre service de police municipal ou provincial, de votre association de police ou de l'ACCP.

### Relations avec les partenaires

La capacité d'entretenir de bonnes relations avec les partenaires municipaux, régionaux et provinciaux sur les enjeux de l'abus de substances intoxicantes fait partie intégrante de la capacité des membres à faire un travail de prévention efficace.

Vous pouvez travailler de concert avec divers partenaires (policiers, membres du personnel de services sociaux, de santé et d'organismes de lutte contre la toxicomanie), afin d'améliorer la santé de votre communauté et de la rendre plus sécuritaire. Vous devriez consulter ces experts. D'un bout à l'autre du pays, des policiers ont conclu divers partenariats, dont le Partenariat entre des secteurs de la santé et des services de police (PSSP) et le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET), qui, dans le dernier cas, recueille des données sur les tendances actuelles et prévues en matière de drogues dans les grands centres urbains.

### Relations avec les médias

L'objectif de nos relations avec les médias en ce qui concerne l'abus de substances intoxicantes est d'expliquer l'*impact* sur les collectivités locales. Étant donné qu'à l'échelle nationale, les coûts sociaux et économiques de l'abus de substances intoxicantes sont d'environ 18,5 milliards de dollars, vous pouvez citer un grand nombre d'exemples locaux (et vous inspirer des paragraphes suivants pour faire vos déclarations).

Même si les médias sont invariablement intéressés par les saisies et le démantèlement d'opérations, tout doit être fait pour leur expliquer l'incidence ou la valeur des drogues, en insistant non pas sur leur valeur monétaire, mais plutôt sur leurs coûts sociaux.

Se concentrer uniquement sur la valeur monétaire des drogues ne sert qu'à valoriser ceux qui en font le trafic. Mais, comme les journalistes insistent souvent pour connaître la valeur monétaire d'une saisie, donnez-leur la valeur la plus exacte possible selon les prix standardisés qui sont établis et commencez par leur faire comprendre pourquoi il est important de ne pas s'en tenir uniquement à ces chiffres. (Pour obtenir des renseignements supplémentaires, voir la section 3.9 « Coûts sociaux et économiques de l'abus de substances intoxicantes ».)

Par exemple, expliquez ce que signifie la quantité de drogue saisie en nombre de doses ou en termes de risques pour la santé ou de conséquences sur les marchés où elles sont vendues. Dans le cas d'une saisie massive d'héroïne dans une région où cette drogue est en train de devenir un problème pour une certaine communauté, profitez-en pour expliquer les effets nocifs qui y sont associés dans cette région.

La plupart des services de police comptent un agent des relations avec les médias. Ce membre connaît, ou devrait connaître, la position de l'ACCP sur les questions liées à l'abus de substances intoxicantes afin de s'assurer d'avoir les renseignements de base et l'information la plus à jour sur le sujet. (Voir la partie 5 pour connaître la politique et les résolutions de l'ACCP sur les drogues.)

## **Les coûts suivants de l'abus d'intoxicants sont mis en valeur par les conséquences de santé, sociales et économiques:**

- < coûts assumés par les familles des toxicomanes
- < coûts des drogues nécessaires au traitement
- < coûts des dommages matériels liés à des accidents de la circulation (conduite avec facultés affaiblies)
- < dégâts causés par le feu
- < coût lié aux décès (évaluer le nombre d'années de vie perdues en raison de décès)
- < indemnisation pour accident de travail
- < pertes de productivité liées à la maladie ou au décès d'un toxicomane
- < coût des soins ambulatoires et des honoraires médicaux
- < traitement en établissement
- < soins en salle d'urgence
- < chutes accidentelles
- < syndrome de dépendance alcoolique ou de pharmacodépendance
- < psychose due aux drogues
- < accidents de la route
- < suicide
- < intoxication alcoolique ou liée aux drogues
- < transmission du SIDA lié à la consommation de drogues illicites
- < la perception du public que le crime augmente et ainsi est leur crainte de crime
- < voies de fait
- < coûts liés aux traitements pour les toxicomanes

## **Exemples de déclarations à faire après une opération antidrogue (répression) ou dans le cadre d'une mesure proactive :**

Nous avons déterminé dans quelle mesure les efforts que nous avons déployés à ce chapitre permettront de réduire les risques sociaux et de santé dans cette région (ou) ce voisinage (ou) cette communauté (ou) pour nos jeunes (ou) notre société (ou) d'alléger le fardeau social et économique dans cette région (ou) ce voisinage (ou) cette communauté (ou) de nos jeunes (ou) notre société. Dans le cas présent, nous sommes d'avis que nous avons (ou) que nous aurons...

- OU -

Nous voulons préciser à quel point ces mesures répressives font mal aux criminels (ou) aux groupes du crime organisé qui terrorisent les habitants de cette communauté. Dans le cas présent, nous croyons que notre opération a connu un certain succès (ou) un succès marqué (ou) un succès retentissant parce que...a pu être évité.

### 3. Enjeux et explications

Les enjeux de l'abus de substances intoxicantes suscitent de nombreux débats houleux dans les milieux policiers, les médias, les réunions publiques et les écoles. Les explications qui suivent visent à faire la lumière sur ces questions souvent confuses. Les références se rapportant aux informations factuelles sont données à la section 6 (Notes), à la fin du document.

#### 3.1 Réduction des méfaits

L'expression « réduction des méfaits » revient constamment dans le travail de prévention et suscite souvent la confusion. D'abord, expliquons ce qu'on entend par « méfaits » dans le contexte de l'abus de substances intoxicantes :

- Les méfaits *physiques* comprennent la mort, la maladie, la dépendance, la propagation de maladies telles que le VIH, le sida et l'hépatite, ainsi que les blessures causées par des accidents et la violence liées à la drogue.
- Les méfaits *psychologiques* peuvent comprendre la crainte du crime et de la violence et les effets de l'éclatement de la famille.
- Les méfaits *sociaux* se réfèrent à l'érosion des systèmes sociaux.
- Les méfaits *économiques* comprennent l'impact considérable du trafic des drogues illicites et les efforts en vue de l'exécution de la loi ainsi que les méfaits économiques qui touchent les usagers et la société, y compris les coûts d'une productivité réduite ou perdue, les accidents sur les lieux de travail et les soins de santé.

L'objectif de la Stratégie canadienne antidrogue est de « ... *réduire les méfaits* causés aux personnes, aux familles et à la collectivité en général par la consommation de substances comme l'alcool, les produits pharmaceutiques, les solvants et les drogues illicites... ». (1)

Parce que les mesures de réduction des méfaits visent aussi large, l'expression « réduction des méfaits » est souvent utilisée dans un sens vague, selon la définition qu'on lui donne et nos intentions. De façon générale, cette expression se rapporte à toute initiative dont l'objectif est de prévenir toutes les formes de méfaits énumérés plus haut, ou d'en réduire l'impact.

Par exemple, il est possible de réduire les méfaits grâce à des programmes de conducteurs désignés qui visent à prévenir l'alcool au volant. Grâce aux campagnes de sensibilisation, on amène les gens à penser aux conséquences de la conduite en état d'ébriété. En ce sens, cette initiative s'est révélée positive comme mesure de réduction des méfaits.

Il importe toutefois de bien comprendre que les mesures de réduction des méfaits, comme les campagnes de sensibilisation publiques, ne sont pas la panacée. Ainsi, bien que la plupart des gens ont compris qu'ils étaient responsables de leur comportement au volant, ceux qui ont l'habitude de conduire en état d'ébriété n'ont pas été touchés par les messages sur l'alcool au volant. Pour cette partie de la population, les efforts de réduction des méfaits n'ont pas fonctionné. Ce n'est que lorsque ces conducteurs cesseront de boire (vraisemblablement avec l'aide d'un traitement ordonné par le tribunal et par l'abstinence), que la stratégie de réduction des méfaits aura atteint son objectif ultime qui est d'éliminer les méfaits.

#### Interprétations divergentes

La Stratégie canadienne antidrogue définit la « réduction des méfaits » comme étant « *à la fois le contrôle de l'offre et la réduction de la demande, y compris la prévention de la consommation par les non-usagers (abstinence), la gestion des risques liés aux méfaits (pour les usagers et les autres) et le traitement des personnes qui sont directement ou indirectement touchées par la consommation.* » (2)

Il importe de savoir que le sens donné à la réduction des méfaits varie d'une organisation à l'autre. L'ACCP souscrit à la position de la Canadian Society of Addiction Medicine (CSAM), selon laquelle aucun traitement ne peut être efficace si le toxicomane continue à consommer de la drogue; les efforts de réduction des méfaits devraient être jugés utiles seulement si leur objectif est d'encourager l'abstinence. (3)

Les programmes de traitement d'entretien à la méthadone et d'échange de seringues sont les deux exemples les plus souvent associés à la réduction des méfaits (voir la section 5.4 sur l'usage de drogues injectables). Ce genre de mesures peut toutefois présenter un

risque pour la santé publique, et doivent s'attacher à améliorer la qualité de vie du toxicomane. (4)

La police appuie ces mesures, en principe, lorsqu'elles visent à sauver des vies. Mais nous croyons qu'une fois cet objectif atteint, il faut mettre l'accent sur la qualité de vie. C'est pourquoi l'abstinence doit représenter l'objectif ultime de toute intervention humanitaire, comme les mesures de réduction des méfaits.

Dans notre énoncé de mission et de vision, nous reconnaissons que les toxicomanes ont droit à des traitements efficaces résultant des efforts coordonnés des organismes de santé et de services sociaux. Si les toxicomanes ne reçoivent pas d'appui sur le plan social, émotif et économique, ils succomberont de nouveau à l'illusion de trouver un sanctuaire dans la drogue. Si on leur donne l'espoir de vivre sans être dépendant de la drogue, nous devons joindre le geste à la parole en leur donnant sans délai accès à des traitements axés sur l'abstinence.

Parce qu'il n'y a pas qu'une seule façon de définir l'expression réduction des méfaits, il faut toujours préciser le sens à lui donner selon le contexte et faire preuve de prudence avant de s'engager dans un débat sur cette question.

## 3.2 Légalisation et décriminalisation

Ce sont là deux termes qui suscitent régulièrement la confusion.

*Légaliser* une drogue signifie en autoriser l'accès sans ordonnance à des fins de consommation, dans les limites de la réglementation gouvernementale, comme c'est le cas actuellement pour les drogues légales, l'alcool et le tabac.

*Décriminaliser* une drogue signifie la maintenir sur la liste des substances contrôlées, mais éliminer les sanctions pénales se rattachant à sa consommation et à sa possession. Autrement dit, l'accusé n'aurait pas de casier judiciaire et au lieu d'une peine criminelle, il recevrait une sanction différente, comme une amende ou des services communautaires.

### **La légalisation :**

L'association canadienne des chefs de police (ACCP) continue de s'opposer fermement à la légalisation de toutes les drogues actuellement illicites au Canada, y compris la possession de petites quantités de marijuana. (Se reporter à la politique et aux résolutions de l'ACCP sur les drogues à la section 5).

Nous estimons que la légalisation de certaines drogues ne réduira pas les coûts de la répression et ne produira certainement pas assez de recettes fiscales pour couvrir les coûts sociaux et économiques associés à la consommation et à l'abus de drogues. (5) Nous nous appuyons sur les exemples du tabac et de l'alcool, pour lesquels la contrebande entraînent des pertes annuelles de 2,5 milliards de dollars pour le gouvernement. (6)

De plus, la légalisation ne préviendrait en rien la consommation de drogues illicites par les mineurs. Actuellement, même si la réglementation sur le tabac fait en sorte que la majorité des jeunes ne peuvent pas obtenir ou consommer des produits du tabac, près d'un demi-million de Canadiens de moins de 18 ans fument la cigarette. (7) (Se reporter à la section 3.9 sur les coûts sociaux et économiques du tabac et de l'alcool.)

### **La décriminalisation : le recours à la justice alternative**

Le gouvernement du Canada, par sa Stratégie canadienne antidrogue, a adopté une démarche équilibrée pour faire face aux enjeux de l'abus de substances intoxicantes. L'ACCP envisagerait d'appuyer les initiatives gouvernementales visant à décriminaliser certaines infractions relatives à la possession de petites quantités de marijuana ou d'autres dérivés du cannabis, si elles s'accompagnaient de programmes intégrant les éléments suivants : prévention, éducation, répression, counseling, traitement, réhabilitation et déjudiciarisation.

On pourrait recourir aux mesures de rechange aux sanctions pénales dans existante la législation pour les infractions punissables par procédure sommaire liées à la possession de cannabis, en rendant obligatoire l'évaluation de l'accusé. Ces mesures comprennent notamment le counseling en matière de drogues ou d'autonomie fonctionnelle, les amendes et les services communautaires, et peuvent être imposées seules ou être combinées. (8)

### 3.3 Marihuana

L'ACCP maintient que la marihuana (*cannabis sativa*) et ses dérivés sont des substances nocives et elle n'approuve aucunement leur légalisation. Il y a à l'heure actuelle beaucoup de désinformation entourant les propriétés de la marihuana; mais pire encore, il y a une absence quasi totale de débats publics sur les faits et les conséquences de la consommation de marihuana.

Par exemple, la marihuana, de plus en plus puissante — aujourd'hui, le niveau moyen de tétrahydrocannabinol (THC) est de 6 % et peut atteindre 25 %, comparativement à un niveau de un à trois pour cent dans les années 60 et 70 — ne peut plus être considérée comme une drogue « douce ». (9)

#### La marihuana peut-elle créer une dépendance?

Toutes les grandes organisations mondiales de la santé incluent la marihuana sur leur liste de substances toxicomanogènes. De plus, le Comité international olympique (CIO) a inscrit récemment cette drogue sur sa liste de substances interdites. (10)

Tout comme pour l'alcool, la consommation quotidienne de marihuana peut entraîner la dépendance. En 1996, dans six villes canadiennes, 31 % des personnes en traitement contre la toxicomanie ont déclaré que le cannabis était la principale drogue qu'elles consommaient. (11)

Les études de la dernière décennie démontrent les propriétés toxicomanogènes physiques et psychologiques de la marihuana. Santé Canada a également conclu que la consommation régulière ou excessive entraîne une dépendance physique et psychologique. (12) On estime que la moitié de ceux qui consomment de la marihuana quotidiennement peuvent devenir dépendants. (13)

La consommation de marihuana et la dépendance touchent particulièrement les jeunes. Des études récentes montrent que la consommation de marihuana a grimpé considérablement entre 1994 et 1998, la moitié des élèves de dixième année ayant déclaré en avoir fumé. (14)

Mêmes les estimations plus prudentes révèlent que 14 % des jeunes consommateurs de marihuana au Canada en prennent plus d'une fois par semaine, alors qu'en Ontario, 19,7 % en prennent plus de 40 fois dans une année et qu'au Manitoba, 25,2 % en consomment plus d'une fois par semaine. En 1996, 11 % des adultes qui consomment de la marihuana en Ontario en ont pris plus d'une fois par mois, pourcentage qui grimpe à 15 % chez les usagers de 20 à 55 ans dans l'ensemble du pays. (15) (16) (17)

#### Effets sur la santé

Selon les recherches effectuées par Santé Canada, la marihuana peut avoir des effets nocifs à long terme. Ainsi, chez les usagers qui en consomment régulièrement pendant au moins trois ans, l'accumulation chronique de cannabinoïdes peut nuire aux fonctions cérébrales et affecter des aptitudes de base, comme la conduite automobile. (18)

En outre, le National Institute of Health des États-Unis a découvert que la marihuana peut produire des états de psychose d'intensité variable, tandis que Santé Canada soutient qu'elle peut causer des symptômes psychotiques qui s'aggravent chez les personnes atteintes de troubles mentaux, notamment la schizophrénie. (19) (20)

Certains renseignements montrent également que la marihuana entraîne des « syndromes amotivationnels » qui ont des conséquences désastreuses chez les adolescents. (21) Selon une étude récente financée par le National Institute of Health, l'usage chronique de marihuana pourrait être associé à une attitude caractérisée par l'apathie, le manque de motivation et de piètres résultats scolaires, sans changement apparent de comportement. (22)

En général, la marihuana a un effet immunodépresseur semblable au tabac, mais elle peut contenir jusqu'à deux fois plus d'agents cancérigènes que la cigarette. (23) Une étude récente révèle que les consommateurs de marihuana qui sont aussi des usagers du tabac sont 36,1 fois plus susceptibles de souffrir d'un cancer cervico-facial. (24)

#### La marihuana à des fins médicales

L'ACCP appuie la recherche sur l'usage médical de drogues actuellement jugées illicites. Nous sommes persuadés que les scientifiques de Santé Canada et le législateur fédéral, grâce à un processus de recherche et de réglementation, prendront les mesures nécessaires dans le meilleur intérêt de tous les Canadiens. (25)

L'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* autorise le ministre fédéral de la Santé à soustraire certaines personnes à l'application de cette loi ou de certaines de ses parties. Ainsi, des malades ont été autorisés à cultiver et à posséder de la marijuana afin de soulager leurs symptômes. Notons qu'ils ne participent pas à des essais cliniques et que Santé Canada ne prétend pas que cette drogue soulagera tous les symptômes. Un autre groupe de malades a aussi été soustrait à l'application de la loi pour pouvoir participer à des essais cliniques. (26)

\*\*\*La Cour d'appel de l'Ontario a récemment jugé inconstitutionnelle la législation actuelle sur l'utilisation de la marijuana à des fins médicales. Elle a demandé que le gouvernement fédéral adopte une loi d'ici juillet 2001, afin de permettre aux malades d'avoir recours à la marijuana pour soulager leurs symptômes, et ce, même si le ministre de la Santé a proposé de soustraire certaines personnes à la législation actuelle (c.-à-d. l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*). (27)

### **Autres faits**

La société GW Pharmaceuticals au Royaume-Uni travaille à la mise au point d'un vaporisateur bucal comme moyen de recharge pour administrer la marijuana à des fins médicales. (27)

Le THC contenu dans la marijuana peut avoir une certaine utilité sur le plan médical pour soulager les symptômes, comme la douleur et les vomissements, et pour stimuler l'appétit chez les patients atteints du VIH ou du sida. La marijuana peut aussi être utile pour contrôler l'intensité des crises d'épilepsie. (28)

Fumer de la marijuana pour des raisons médicales comporte toutefois des risques, puisque la plupart des patients doivent en consommer de fortes doses. (29)

### **Conduite en état d'ébriété et tests**

Dans la plupart des études sur la conduite avec facultés affaiblies, la marijuana est la drogue la plus souvent détectée après l'alcool, et celle qui est le plus souvent consommée en combinaison avec l'alcool. (30) La consommation de marijuana accroît de deux à quatre fois le risque d'accident de la route. Une étude menée auprès de pilotes d'avion montre que même avec une dose faible à modérée de marijuana, les effets sur la capacité de piloter peuvent durer jusqu'à 24 heures. (31) Par ailleurs, la marijuana affecte le comportement au volant, notamment en ce qui a trait au temps de freinage et à la réaction aux feux rouges et autres signaux. (32)

Dans une étude de 1998, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie estime que 22 % des consommateurs de cannabis, soit 138 000 personnes, ont conduit sous l'influence du cannabis en Ontario dans l'année précédant l'étude. (33) En Colombie-Britannique, une étude récente révèle que près de la moitié des personnes impliquées dans un accident de la route, et chez lesquelles on a détecté des drogues, avaient consommé de la marijuana. (34)

Une étude de 1986 menée en Ontario par la Fondation de recherche sur les blessures de la route au Canada montre que les conducteurs qui étaient sous l'influence de la marijuana (souvent en combinaison avec l'alcool) causaient plus d'accidents impliquant plusieurs véhicules que les conducteurs en état d'ébriété. (35) La fréquence de la conduite sous l'influence de la marijuana est plus élevée chez les 25 ans et moins (4,3 % chez les 16-19 ans et 5,8 % chez les 20-24 ans), et décroît avec l'âge. (36)

L'ACCP appuie la mise en oeuvre et l'expansion du programme de reconnaissance des toxicomanes et de la législation habilitante, afin d'empêcher les toxicomanes de prendre le volant et d'assurer ainsi la sécurité sur nos routes. (37)

### **L'expérience néerlandaise : tolérer la marijuana**

L'exemple néerlandais est habituellement mis de l'avant par les partisans de la légalisation de la marijuana, bien que la politique en vigueur dans ce pays soit souvent mal interprétée. Dans les Pays-Bas, la possession de marijuana est illégale, c'est-à-dire que la

possession de plus de 30 grammes constitue une infraction punissable par voie de mise en accusation et, de moins de 30 grammes, une infraction punissable par voie de procédure sommaire. (38)

Cependant, les autorités néerlandaises tolèrent la possession de petites quantités de marihuana (5 grammes), et même la culture et la vente de cette substance. Auparavant, la quantité tolérée atteignait 30 grammes, mais elle a été abaissée considérablement en raison des problèmes survenus. Les autorités tolèrent également l'utilisation d'endroits désignés pour la consommation de drogue, bien que certaines villes aient commencé à fermer les « cafés de haschich » où la consommation était autorisée. (39) .

On tente encore d'évaluer les effets de cette politique de tolérance de la marihuana, mais un examen des sondages sur la consommation de drogue dans les Pays-Bas, effectué en 1997, montre que la consommation de marihuana chez les 18-20 ans a grimpé de façon constante, passant de 15 % en 1984 à 44 % en 1996. (40) Chez les plus de 12 ans, la consommation de cannabis a connu une hausse notable dans les années 90. (41)

### **La possession de marihuana au Canada n'entraîne pas de casier judiciaire**

Conformément à la nouvelle loi canadienne en matière de drogue, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (en vigueur depuis 1997), il est interdit de prélever les empreintes digitales de quiconque est trouvé en possession de marihuana (moins de 30 grammes), puisqu'il s'agit désormais uniquement d'une infraction punissable par voie de procédure sommaire. Les noms des personnes en cause ne peuvent être inscrits au système du Centre d'information de la police canadienne (CIPC) (ce système ne contient que les noms des personnes dont les empreintes digitales ont été prélevées). Par conséquent, ces personnes N'AURONT PAS de casier judiciaire, étant donné que le CIPC a été défini par les tribunaux comme le registre des casiers judiciaires.

Cependant, les Canadiens qui se présentent à la frontière des États-Unis, par exemple, peuvent se voir refuser l'entrée au pays s'ils répondent par l'affirmative à la question : « Avez-vous déjà été accusé d'une infraction criminelle? » Pour que la possession de marihuana n'entraîne pas d'accusation criminelle et de difficultés à voyager, elle devrait être visée par une loi, la *Loi sur les contraventions*, par exemple, en vertu de laquelle la possession de marihuana ne constitue pas une infraction criminelle.

### **La police ne cible pas les consommateurs de marihuana**

La police ne cible pas les personnes qui sont en possession de petites quantités de marihuana pour leur usage personnel. Une étude récente du Service de la sensibilisation aux drogues de la GRC, à Ottawa, confirme que plus de 90 % des accusations relatives à la marihuana sont des accusations secondaires à des accusations plus graves de trafic et de possession d'autres drogues, d'infractions relatives à des armes, de conduite avec facultés affaiblies, de fraude, de voies de fait et, plus fréquemment, de violation des conditions de la libération ou de l'ordonnance du tribunal.

Par exemple, un policier arrête une personne pour conduite avec facultés affaiblies et trouve de la marihuana sur elle ou dans son véhicule. Ou encore, en exécution d'un mandat, un policier arrête un suspect dans une affaire d'entrée par effraction et trouve de la marihuana en sa possession. Dans les deux cas, des accusations seront portées pour les deux infractions, mais il n'existe aucune base de données indiquant comment elles sont liées ou que l'accusation de possession de marihuana a été déposée après que le suspect a été arrêté pour une autre infraction criminelle. À l'heure actuelle, ce lien ne peut être établi qu'à partir des dossiers de la cour. Il est donc faux de présumer que la police cible des personnes pour possession de petites quantités de marihuana. (42)

La police continue à défendre la nécessité de lutter contre l'importation, la culture et la distribution de marihuana, des activités contrôlées et alimentées par des groupes criminels organisés, notamment les bandes de motards criminalisés.

### **Les peines se rapportant à la possession de petites quantités de marihuana**

(Se reporter à la section 5 sur la politique et les résolutions de l'ACCP.)

## 3.4 Usage de drogues injectables

L'usage de drogues injectables soulève une foule de questions, allant des risques liés aux drogues comme telles, à ceux liés aux infections comme le VIH, le sida et l'hépatite qui sont facilement transmises par le partage des seringues.

Il importe de préciser que l'usage de drogues injectables n'est ni normal, ni acceptable, ni sain — ce n'est pas un choix de vie. Ces drogues sont à la fois la cause et la conséquence de l'aliénation des personnes qui deviennent victimes d'une forte dépendance.

L'ACCP appuie les mesures visant à faciliter l'accès à des traitements pour les usagers de drogues injectables (se reporter à la section 3.1 sur la réduction des méfaits).

### Mesures de contrôle des symptômes

Les programmes d'échange de seringues et d'entretien à la méthadone sont tous deux des mesures de contrôle des symptômes. Comme le sevrage et la désintoxication, ces programmes préparent le toxicomane au traitement, mais ne constituent pas des traitements comme tels. En bout de ligne, un programme intégrant la désintoxication, le traitement et le suivi à long terme doit être considéré comme la « règle d'or » pour traiter la toxicomanie; les programmes d'entretien à la méthadone et d'échange de seringues n'étant que des mesures transitoires vers cet objectif.

### Programmes d'échange de seringues (PES)

L'ACCP appuie les programmes d'échange de seringues (PES), *en principe*. Elle envisagera toutefois d'accorder son soutien à ce genre de mesure de « réduction des méfaits » pour réduire le risque d'infections transmissibles et la morbidité, seulement si le PES facilite l'accès à des programmes de traitement visant à libérer le toxicomane de sa dépendance (se reporter à la section 5 sur la politique de l'ACCP sur les programmes d'échange de seringues).

Les PES qui ne comportent pas de programmes de traitement axés sur l'abstinence ne peuvent que maintenir le toxicomane dans sa dépendance; à court terme, ils peuvent l'aider à rester en vie, mais à long terme, ils ne l'aident aucunement à améliorer sa qualité de vie.

Si certains programmes d'échange de seringues se révèlent bénéfiques, d'autres donnent des résultats beaucoup moins encourageants. (43)

Il n'existe pas de mécanisme exhaustif généralement reconnu pour évaluer l'efficacité des PES. Certains font valoir que si le nombre de cas de VIH ou le nombre de seringues infectées diminue, le programme atteint son objectif. Néanmoins, les résultats des suivis et des tests effectués sur les seringues retournées pour détecter la présence du VIH ou de l'hépatite sont loin de démontrer de façon concluante l'efficacité des PES. (44)

Selon nos partenaires spécialisés dans le traitement des dépendances, les PES seraient encore plus efficaces s'ils étaient offerts conjointement avec une gamme complète de services de soutien (programmes de logement et d'emploi, counseling et soutien communautaire). Ils doivent aussi prévoir la remise des seringues usagées pour permettre d'évaluer le nombre de toxicomanes qui utilisent le service et la prévalence des infections transmissibles. (45)

Il faudra poursuivre les recherches pour démontrer l'utilité de sites d'injection au Canada. Nous ne pouvons tout simplement pas présumer que ce qui semble fonctionner en Suisse, par exemple, donnerait de bons résultats ici dans le contexte des systèmes de justice et de santé qui nous sont propres.

### Programmes d'entretien à la méthadone ou de substituts de l'héroïne

La plupart des ex-toxicomanes affirment clairement qu'ils préféreraient suivre un traitement plutôt que de substituer une drogue par une autre. (46)

Les traitements d'entretien à la méthadone assurent aux toxicomanes une période de stabilisation et de transition qui leur permet d'essayer de reprendre leur vie en main, avec l'aide de services de soutien et de counseling. Cet accès à la méthadone comporte

toutefois de grands risques, puisqu'il s'agit d'une substance extrêmement puissante semblable à la morphine et à l'héroïne. Une seule dose quotidienne prévient les effets du sevrage aux opiacés pendant 24 à 36 heures. (47)

Certaines des raisons invoquées pour justifier le recours à la méthadone pourraient bien être dépassées aujourd'hui. Depuis leur introduction il y a plus de 30 ans, les programmes d'entretien à la méthadone ont dans bien des cas été remplacés par des programmes en douze étapes ou d'autres programmes axés sur la communauté.

Nous sommes tout à fait en faveur d'un traitement dans les prisons. Celui-ci comprendrait la méthadone comme option de traitement complet pour les détenus, y compris des services sociaux et de counseling au terme de leur sentence. La sécurité des collectivités étant de la première importance, on doit s'assurer de libérer des détenus qui se sont défait de leurs habitudes plutôt que des toxicomanes.

### **L'usage de l'héroïne à des fins médicales**

L'héroïne, actuellement disponible sur ordonnance, peut être utilisée pour soulager la douleur. Cependant, les médecins la prescrivent rarement, puisqu'il existe d'autres substances plus efficaces qui sont moins susceptibles d'entraîner la dépendance. Des essais cliniques impliquant l'utilisation d'héroïne devraient se faire à l'intérieur d'une structure contrôlée prévoyant, entre autres, un nombre limité de sujets, des tests d'urine, du counseling et toute autre forme de soutien social, y compris des programmes de logement et d'emploi. (Se reporter à la politique de l'ACCP en matière de drogues pour obtenir de plus amples renseignements sur le soutien accordé à la recherche sur l'utilisation possible de drogues à des fins médicales.) (48)

### **Autres faits**

La Suisse a déjà mis en place des programmes de prescription d'héroïne à titre d'essai, mais la baisse de consommation d'héroïne rapportée par les toxicomanes n'est pas nécessairement le résultat direct de la distribution gratuite de la drogue. Les chercheurs soutiennent qu'elle résulte probablement davantage de l'aide financière et des services sociaux (traitement comportant une gamme complète de services) fournis à ceux qui ont participé au projet. (49)

## 3.5 Drogues de confection et raves

Les drogues de confection sont consommées par les jeunes adultes dans les parties de danse qui durent toute la nuit, comme les « raves », les clubs de danse et les bars. Le MDMA (ecstasy), le GHB, la kétamine, les méthamphétamines (speed) et le LSD ne sont que quelques-unes des drogues qui gagnent en popularité dans ce genre de parties. (50)

Bien qu'ils aient été présentés dans les médias comme un choix moins nocifs que les drogues dures, aucun précurseurs de drogues, comme l'ecstasy, n'est inoffensif.

La recherche parrainée par le National Institute of Drug Abuse montre que les drogues de confection peuvent avoir des conséquences graves sur la santé et même entraîner la mort. Ces drogues sont souvent consommées en combinaison avec d'autres drogues, ce qui augmente encore les risques. La consommation des drogues de conception entraîne des effets tels que l'intensification de la perception sensorielle, une empathie accrue à l'égard des autres, une grave diminution du niveau de sérotonine, certains symptômes (tachycardie, panique), et pourrait provoquer des crises, un coma ou la mort si elles sont consommées en fortes doses ou en combinaison avec d'autres drogues. (51)

De plus, ces drogues sont souvent produites par des groupes criminels organisés qui se soucient peu de la qualité des drogues qu'ils produisent ou distribuent, ou des risques pour la santé qu'elles peuvent présenter. (52)

### Raves

L'ACCP a à cœur de protéger la santé et la sécurité des jeunes qui constituent la principale clientèle des raves. Nous souscrivons à bon nombre des recommandations de l'enquête du coroner sur les raves tenue à Toronto en mai 2000, y compris l'adoption de règlements municipaux prévoyant les mesures de sécurité suivantes :

- Autoriser la tenue de raves dans des édifices municipaux et privés, sous réserve de l'obtention d'un permis.
  - Amener les services de santé publique à travailler avec les intervenants en soins de santé, la police et les conseils scolaires pour sensibiliser la population aux dangers de la consommation de drogues.
  - Restreindre l'accès aux raves aux 16 ans et plus.
  - Interdire la représentation de drogues ou de consommation de drogues dans la publicité.
  - Assurer un approvisionnement illimité en eau potable.
  - Assurer la présence d'un paramédic en tout temps et prévoir une salle de premiers soins.
  - Embaucher des agents de sécurité cautionnés pour assurer la sécurité.
  - Autoriser les agents de sécurité à effectuer des fouilles à l'entrée et à interdire l'accès à ceux qui ont de la drogue sur eux.
- (53)

En travaillant avec les promoteurs de raves, en donnant aux agents de sécurité une formation sur l'abus de substances intoxicantes et en intervenant directement auprès des jeunes pour les informer des dangers des drogues de confection, les membres de l'ACCP peuvent contribuer à la réalisation d'événements récréatifs positifs, tout en prévenant des tragédies.

*Nota : Même s'il va sans dire que les raves peuvent promouvoir une culture axée sur la consommation de drogues, les avis divergent quant à la façon d'assurer la sécurité durant ces événements. Dans certaines régions, les raves sont interdits; on demande à la police d'y mettre fin lorsqu'ils sont signalés. Cette approche peut s'avérer efficace; cependant, elle peut dans d'autres cas déplacer le problème ou faire en sorte que les raves aient lieu dans des endroits clandestins. Il existe alors un risque accru de méfaits parce qu'il est plus difficile d'assurer la sécurité des lieux et qu'aucune mesure n'est prise à cet égard, comme on a pu le constater lors de l'enquête sur les raves (Toronto).*

*Les leçons tirées dans la région de Vancouver sont notamment de s'inspirer des nombreuses conclusions de l'enquête de Toronto et en particulier du fait que le recours à des gardiens de sécurité cautionnés et dûment formés (par la police) permet d'assurer la sécurité publique et de limiter les besoins en ressources policières.*

## 3.6 Santé mentale et drogues

La santé mentale influe sur la prévention et le traitement de l'abus de drogues.

Nos partenaires des services de santé et du traitement des dépendances affirment que la maladie mentale peut influencer grandement sur la consommation de drogues et les tentatives faites pour éviter qu'elle ne devienne excessive. Souvent, les symptômes de la maladie mentale s'apparentent aux effets de l'abus de drogues.

Une vaste étude américaine montre que 30 % des buveurs excessifs et 50 % des toxicomanes sont aussi atteints d'une maladie mentale grave. Une étude plus petite effectuée à Edmonton (Alberta) a donné les mêmes résultats. (54)

Les neurotransmetteurs affectés par une maladie mentale sont ceux-là mêmes qui sont affectés par l'abus de drogues et la dépendance. La coexistence de la maladie mentale et de la consommation de substances s'exprime par plusieurs expressions différentes : troubles concomitants, diagnostic mixte, comorbidité, toxicomane atteint de maladie mentale, etc.

Les facteurs déterminants sont :

- *l'hérédité*, qui peut accroître le risque de maladie mentale (le risque de dépression grave augmente de 5 à 15 % si un parent proche a déjà souffert de dépression);
- *l'environnement*, qui peut aussi accroître le risque de maladie mentale (p. ex. une psychose à l'âge adulte provoquée par des mauvais traitements dans l'enfance);
- *l'usage de drogues psychotropes*, qui peuvent avoir des effets permanents ou temporaires et aggraver des maladies mentales préexistantes ou déclencher des maladies dormantes (p. ex. la consommation chronique de marijuana peut accélérer le développement de la schizophrénie chez les personnes qui ont déjà une prédisposition à cette maladie). (55)

Les effets de la drogue peuvent s'apparenter directement ou indirectement aux symptômes de la maladie mentale. Par conséquent, tout diagnostic psychiatrique doit être posé de façon provisoire tant que le consommateur demeure sous l'effet de la drogue.

Deux philosophies sous-tendent le traitement des troubles concomitants. La première vise à contrôler le trouble mental dans l'espoir que l'abus de substances intoxicantes disparaîtra, et l'autre tente d'amener le patient à cesser de consommer de la drogue ou de l'alcool dans l'espoir que le trouble mental disparaîtra. (56)

Les premières recherches laissent supposer que le traitement intégré serait la meilleure solution. Ce traitement personnalisé tient compte de l'ensemble des problèmes de la personne et non seulement de ceux qui sont importants pour un aspect particulier du traitement.

Tous les professionnels de la prévention de l'abus de substances intoxicantes devraient apprendre à reconnaître et à comprendre les troubles mentaux les plus courants. Des études indiquent que les personnes qui sont atteintes des troubles mentaux les plus courants, comme l'anxiété et les troubles de l'humeur, de même que les personnes qui ont des troubles moins fréquents, comme une personnalité anti-sociale ou limite et la schizophrénie, seraient davantage susceptibles d'abuser de substances intoxicantes. (57)

## 3.7 Substances inhalées

Fait inquiétant, une bouteille de fixatif se vend 50 \$ à Island Lake (Manitoba). Avec une bouteille, au moins deux personnes peuvent devenir *high*. Ce produit est privilégié par les jeunes, en raison de son fort taux d'alcool et de ses effets beaucoup plus puissants que l'alcool. (58)

Les substances inhalées se présentent sous forme de gaz, de liquides dégageant des vapeurs et d'aérosols. Les plus courantes sont le liquide correcteur, le toluène (colle), l'essence, la peinture en aérosol et les agents anesthésiques. Elles sont utilisées pour leurs effets stupéfiants, intoxicants et parfois quelque peu psychodysléptiques.

Il y a différentes façons de consommer ces substances :

- Inhaler la substance directement à même le contenant en aspirant les vapeurs dans les poumons.
- Imbiber un morceau de tissu que l'on applique ensuite sur la bouche; cette méthode permet d'inhaler encore plus d'émanations dans les poumons.
- Verser la substance dans un sac de plastique et en inhaler les émanations; cette méthode intensifie les effets.
- Vaporiser la substance directement dans le nez ou la bouche. (59)

On reconnaît l'abus de substances inhalées à différentes signes : tubes de colle, sacs de plastiques ou morceaux de tissu imbibés trouvés en possession d'un enfant ou d'un adulte, odeur de produits chimiques sur la personne, ses vêtements ou dans une pièce, yeux rouges et vitreux ou larmoyants, élocution difficile, essoufflement ou perte d'appétit. (60)

Les substances inhalées se distinguent des autres drogues psychotropes par leurs effets rapides, intenses et extrêmement nocifs. Bon marché et faciles d'accès, ces substances sont souvent utilisées par les jeunes et les démunis. Au Canada, l'usage de ces substances par les jeunes de communautés marginalisées est alarmante. De plus, elles ne sont pas adéquatement ciblées par les mesures de prévention habituellement mises de l'avant par les parents, les éducateurs, les médias ou la police.

Si on optait pour une solution axée sur la répression, il n'y a aucune loi que les services de police pourraient faire appliquer puisque la majorité des substances inhalées sont des substances légales et que l'inhalation de produits nocifs ne constitue pas une infraction.

## 3.8 Alcool et tabac

Nombreux sont les chercheurs qui considèrent l'alcool et le tabac comme les véritables drogues « tremplin ». (61)

D'une part, la consommation d'alcool et de tabac comporte un risque élevé de consommation et d'abus d'autres drogues, comme la marijuana, les médicaments d'ordonnance, le MDMA (ecstasy), la cocaïne, etc.

D'autre part, l'exposition à la contrebande de substances réglementées, comme l'alcool et le tabac, est habituellement un premier pas vers le rejet des normes sociales et des lois, et peut entraîner la participation à d'autres activités criminelles organisées, comme le trafic de personnes ou de drogues.

Plus particulièrement, lorsque des jeunes achètent des produits sur le marché noir, ils s'exposent à l'élément criminel et aux dangers qui y sont associés. La ligne est tenue entre un produit légal et sa distribution illégale, et les valeurs morales se trouvent minées par la recherche du profit par des moyens illicites. (62)

On ne doit pas sous-estimer les répercussions de ces activités, ni les effets graves des substances (légal ou contrebande) sur la santé.

### Alcool

L'alcool est une drogue — il s'agit en fait d'un déprimeur qui ralentit la capacité de penser et d'agir. (63)

Le foie d'un adulte de taille moyenne peut assimiler environ un verre à l'heure. Au-delà de cette quantité, l'excès d'alcool circule dans l'organisme et affecte le comportement, le jugement, la perception et les habiletés motrices, comme la conduite automobile. Une alcoolémie de 0,03 % affecte les habiletés motrices. Or, conduire un véhicule automobile avec une alcoolémie de plus de 0,08 % constitue une infraction criminelle selon la loi fédérale.

Au Canada, la répression liée à l'alcool coûte trois fois plus cher que la répression des drogues illicites. En 1992, les coûts de la répression liée à l'alcool (infractions aux lois provinciales sur les boissons alcoolisées, conduite avec facultés affaiblies, violence liée à l'alcool) se sont élevés à 665 millions de dollars, comparativement à 208 millions pour les drogues. (64)

Malgré le succès des campagnes de sécurité publique sur l'alcool au volant, 3 % des conducteurs qui ont des problèmes graves d'alcool, soit 84 % des cas de conduite en état d'ébriété, ne sont pas influencés par ces campagnes. (65)

#### Effets de l'alcool sur la santé

Dans un sondage réalisé en 1996-1997, 23 % des Canadiens ont dit excéder la consommation d'alcool à faible risque recommandée et 10 % ont déclaré avoir un problème d'alcool. (66) Les données canadiennes ne tiennent toutefois pas compte des autres risques graves associés à la consommation d'alcool qui sont tout aussi problématiques (comme la consommation irrégulière), surtout parmi les jeunes. (67)

Dans une étude Ontario-Québec réalisée en 1999 en milieu carcéral, 46 % des détenus interrogés ont dit avoir été exposés en bas âge à l'abus d'alcool dans leur famille. (68)

#### Effets de l'alcool de contrebande sur la santé

L'achat d'alcool de contrebande comporte des risques potentiels graves pour la santé, comme la possibilité de contamination ou d'empoisonnement résultant de l'absence de contrôle de la qualité. En 1999, une femme de Plaster Rock (Nouveau-Brunswick) est décédée après avoir bu du lave-glace par erreur. Ceux qui achètent des produits de contrebande ne sont jamais assurés d'obtenir le produit véritable. (69)

## **Syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF)/Effets de l'alcool sur le fœtus (EAF)**

La consommation d'alcool pendant la grossesse nuit au développement du fœtus. Elle peut provoquer des malformations du visage et du cerveau, ainsi que des troubles d'apprentissage et des retards. Le SAF est l'une des principales anomalies congénitales connues qu'il est possible d'éviter chez les enfants canadiens. (70)

## **Tabac**

Au Canada, environ 28 % des hommes et des femmes fument.

Ce chiffre grimpe à 35 % pour les jeunes adultes, hommes et femmes. Les Canadiens à faible revenu fument plus que ceux à revenu élevé (38 % contre 21 %). Autre fait alarmant, 62 % des populations autochtones, inuits et métis fument.

On estime à 45 000 le nombre de décès attribuables au tabagisme au Canada en 1999. Ce nombre se ventile comme suit :

- 2/5 étaient liés à des cancers;
- 2/5 étaient liés à des maladies cardiovasculaires;
- 1/5 était lié à des maladies respiratoires;
- 2 jeunes enfants meurent chaque semaine de causes liées au tabagisme (p. ex. la fumée secondaire).

Plus d'hommes que de femmes meurent chaque année des suites de maladies liées au tabagisme, mais les décès chez les femmes ont fait un bond dramatique de 75 % entre 1986 et 1996. Une femme qui fume voit ses risques de cancer du poumon doubler et même tripler. Le cancer du poumon est aujourd'hui la principale cause de décès par cancer chez les femmes. (71)

## **Taxes sur le tabac**

Les jeunes et les démunis sur le plan économique sont influencés par l'élasticité des prix, de sorte que si le prix des cigarettes augmente, ils réduiront leur consommation. (72)

Dans le passé, malgré la baisse des ventes provoquée par la hausse des taxes, la consommation n'a pas diminué compte tenu de l'incapacité des autorités canadiennes à contrôler l'accès au tabac de contrebande. L'ACCP reconnaît que les taxes sur le tabac est un élément important des efforts du gouvernement pour réduire le tabagisme, et que pour que ces efforts soient efficaces, il faut contrôler la contrebande. (73)

En général, ce sont les groupes criminels organisés qui sont responsables de la contrebande de tabac; les cigarettes de contrebande étant l'un de leurs produits dont la croissance est la plus forte. Il faut bien faire comprendre que ces groupes sont ceux-là mêmes qui font le trafic de drogues et d'armes à feu et qui se livrent à des activités criminelles dans la communauté. (74) Aujourd'hui, en raison des différences de taxes entre les provinces, la contrebande interprovinciale est en train de devenir un problème important. (75)

## **Les effets du tabagisme sur la santé**

Le tabac est une drogue; il entraîne une dépendance et cause des maladies et la mort. Plus de décès sont attribuables au tabac qu'à toutes les autres drogues réunies. (76) La pipe est aussi nocive que la cigarette, et le cigare est pire encore. (77) Le tabagisme augmente les risques de cancer de la bouche, risques qui sont encore plus grands lorsque le tabagisme est combiné à la consommation de l'alcool. (78)

La fumée secondaire est tout aussi nocive pour la santé. L'exposition prolongée à la fumée de cigarette contribue à l'altération fonctionnelle des poumons, au cancer du poumon, aux maladies cardiaques et à d'autres cancers. Les enfants qui sont exposés à la fumée secondaire sont davantage à risque de voir leur croissance limitée, d'avoir des troubles respiratoires, des infections de l'oreille moyenne et de faire de l'asthme. Une personne qui reste dans une pièce enfumée pendant une heure peut inhaler autant de nitrosamines cancérigènes que si elle avait fumé 35 cigarettes. (79)

La personne qui cesse de fumer diminue ses risques de maladies et constate rapidement les bienfaits : respiration plus facile, meilleur sens du goût et de l'odorat et moins de risques de maladie cardiaque, d'accident cérébrovasculaire, d'emphysème et de cancer.

## **Les effets du tabac à chiquer sur la santé**

Longtemps associé aux athlètes professionnels, le tabac à chiquer a toujours été considéré sans risque. C'est faux. Chiquer du tabac pendant 30 minutes libère autant, sinon plus, de nicotine qu'une cigarette. Les nitrosamines se trouvent en quantités beaucoup plus grandes dans le tabac à chiquer que dans tout autre produit du tabac. Le tabac à chiquer peut avoir des effets rapides, graves et irréversibles. Le cancer peut apparaître au seul contact du tabac avec la bouche; il se manifeste par des taches blanches ou rouges foncés sur les gencives, l'intérieur des joues ou la langue. (80)

### **3.9 Coûts sociaux et économiques de l'abus de substances intoxicantes**

Une évaluation des coûts réalisée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies révèle que l'abus de substances intoxicantes coûte aux Canadiens plus de 18,45 milliards de dollars pour une seule année. Ces coûts représentent 649 \$ par Canadien par année, soit environ 2,67 % du produit intérieur brut du Canada. Mais comme l'affirment la plupart des experts, ce chiffre est bien en-deçà du coût réel.

Si les chiffres ne rendent jamais vraiment compte de la misère qu'engendre et que perpétue l'abus de substances intoxicantes, ils aident néanmoins à illustrer les sommes qui autrement pourraient être allouées aux services sociaux.

Ainsi, l'abus de substances intoxicantes ne touche pas uniquement l'utilisateur (comme le montre le tableau des coûts présenté plus loin). Nous en payons tous les coûts, aussi bien monétaires que sociaux, sans compter le coût émotif pour les proches du toxicomane. Les coûts sociaux et économiques de l'abus de substances prennent différentes formes : hospitalisation, frais juridiques, pertes de productivité, services ambulanciers, bien-être social, recherche et formation, dommages causés par les accidents de la route et bien d'autres. Il s'agit là des coûts qu'il faut mettre en évidence auprès du public et des médias.

D'après une étude menée récemment dans 26 communautés au Canada, plus de la moitié (53 %) des personnes arrêtées par des policiers pour une infraction criminelle avaient consommé de l'alcool ou des drogues illicites, ou les deux. Dans un questionnaire de deux pages appelé Arrestee Study Form (ASF), les policiers ont évalué la consommation d'alcool et de drogues des 2 765 personnes arrêtées entre le 1<sup>er</sup> et le 30 mai 2000. L'homicide, les voies de fait, les infractions contre les biens, le trafic de drogues et la conduite avec facultés affaiblies étaient au nombre des infractions criminelles commises. Les résultats complets de cette étude, obtenus d'autres sources de données, sont attendus pour le début de 2001.

#### **Perspectives : alcool**

À l'échelle nationale, l'alcool représente à lui seul des coûts de 7,5 milliards de dollars par année, soit 265 \$ par personne, ou 40,8 % du coût total de l'abus de substances intoxicantes. Ces coûts se répartissent comme suit : 4,1 milliards en pertes de productivité dues à la maladie et au décès prématuré, 1,36 milliard pour l'application de la loi et 1,3 milliard en coûts directs de soins de santé. À l'échelle des provinces, le rapport montre que c'est en Alberta que les coûts par personne (285 \$) de l'abus d'alcool sont les plus élevés. Terre-Neuve enregistre les coûts les plus bas (199 \$ par personne). Dans les autres provinces, les coûts par habitant varient de 243 \$ au Québec à 283 \$ à l'Île-du-Prince-Édouard.

#### **Perspectives : tabac**

En moyenne au Canada, le tabac représente des coûts de 9,56 milliards de dollars, soit 336 \$ par personne. C'est plus de la moitié (51,8 %) du coût total de l'abus de substances intoxicantes. Les pertes de productivité dues à la maladie et au décès prématuré représentent plus de 6,8 milliards de dollars et les coûts directs en soins de santé, 2,67 milliards. C'est en Nouvelle-Écosse que les coûts par habitant sont les plus élevés (398 \$), suivie de l'Île-du-Prince-Édouard (361 \$), du Nouveau-Brunswick (354 \$) et de l'Ontario (346 \$). Les coûts les plus bas sont enregistrés en Alberta (277 \$), en Saskatchewan (281 \$) et à Terre-Neuve (294 \$).

#### **Perspectives : drogues illicites**

Pour l'ensemble du pays, les coûts attribuables aux drogues illicites sont évalués à 1,37 milliard de dollars, soit 48 \$ par personne. De ce montant, environ 823 millions sont attribuables aux pertes de productivité dues à la maladie et au décès prématuré et 400 millions, à l'application de la loi. Les coûts directs en soins de santé sont estimés à 88 millions de dollars. À l'échelle provinciale, les coûts par habitant attribuables aux drogues illicites varient de 31 \$ à Terre-Neuve, à 60 \$ en Colombie-Britannique. On estime qu'en 1992, les drogues illicites ont coûté 207 millions à la Colombie-Britannique. Des coûts relativement élevés sont également attribués aux drogues illicites en Alberta (135 millions ou 51 \$ par personne), en Ontario (507 millions ou 48 \$ par personne), au Québec (333 millions ou 47 \$ par personne) et à l'Île-du-Prince-Édouard (4,7 millions ou 36 \$ par personne).

## Les coûts totaux de l'abus des substances intoxicantes dans les provinces canadiennes (1992)

Les coûts de l'abus des substances intoxicantes varient **considérablement** d'une province à l'autre.

	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.
Population totale (en milliers)	3 451,3	2 632,4	1 004,5	1 113,1	10 609,8	7 150,7	7491	9208	1303	5811
PIB (en millions)	86,3	73,7	21	23,6	280,5	156,7	14	17,8	2,2	9,1
<i>Alcool</i>										
Total des coûts liés à l'alcool	938863	749330	265977	283542	2861926	1728517	178645	240092	36928	115333
Total par personne	272	285	265	255	270	243	239	261	283	199
<i>Tabac</i>										
Total des coûts liés au tabac	1110665	728589	281842	354008	3673860	2366748	265551	367016	47058	170976
Total par personne	322	277	281	318	346	331	354	398	361	294
<i>Drogues Illicites</i>										
Total des coûts liés aux drogues illicites	207534	135258	36128	45132	507518	334299	25256	36156	4686	18239
Total par personne	60	51	36	40	48	47	34	39	36	31
<i>Abus de substances</i>										
Total des coûts liés à l'abus de substances	2257062	1613176	583946	682682	7027101	4429546	469451	643265	88672	304548
Total par personne	654	613	581	613	662	619	627	698	681	524

Source: Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Les coûts sociaux et économiques de l'abus de substances au Canada*, 1996.

## 4. Personnes-ressources, publications et sites Web

Il existetout un réseau de partenaires du milieu policier, des services sociaux, de la santé et de la lutte contre la toxicomanie avec lesquels vous pouvez collaborer pour améliorer la santé et la sécurité de votre communauté. Vous devriez leur confier les questions qui posent problème. De nombreux corps policiers au Canada font partie de divers partenariats, notamment le Partenariat entre des secteurs de la santé et des services de police (PSSP) et le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET), qui recueille des données sur les tendances actuelles et futures en matière de drogue dans les grands centres urbains.

### Personnes-ressources

<b>Les membres du Comité d'ACCP d'abus de drogue et les conseillers techniques, 2000-2001</b>	
<p><u>Président</u>            Chef Barry V. King, Service de police de Brockville            C.P. 2050            2269, av. Parkedale            Brockville (Ont.) K6V 6N5            (613) 342-0127, poste 4222 Téléc.: (613) 342-0452            bking @ brockville.com</p>	<p><u>Vice-Président</u>            Surint. pr. Robert Lesser            Off. resp. de la Sous-direction de la police des drogues , GRC            1200 promenade Vanier            Ottawa, ON K1A 0R2            (613) 993-2087 (613) 993-5454 Poste            robert.lesser@rcmp-grc.gc.ca</p>
<b>Membres</b>	<b>Membres</b>
<p>Christian Roy, Solliciteur général du Canada            340, av. Laurier ouest, 8<sup>e</sup> étage            Ottawa, ON K1A 0P8            (613) 990-7039 (613) 990-3984 Poste            Royc@sgc.gc.ca</p>	<p>Chef adjoint John Unger, Service de police de Vancouver            312, rue Main            Vancouver, (C.B.) V6A 2T2            (604) 717-3089 (604) 717-3232 Poste            john_unger@city.vancouver.bc.ca</p>
<p>Capt. Richard Bruneau, Sûreté du Québec            1701 rue Parthenais, pièce 4.01            Montreal, PQ H2L 4K7            (514) 596-3079 (514) 596-3573 Poste            Richard.Bruneau@surete.qc.ca</p>	<p>Comm. adj. Tim Quigley, Division J, Gendarmerie royale du Canada            1445, rue Regent, C.P. 3900            Fredericton, NB E3B 4Z8            (506) 452-3419 (506) 452-3613 Poste            tim.quigley@rcmp-grc.gc.ca</p>
<p>Fraser McVie, Directeur général (Sécurité)            Services correctionnels du Canada            340, av. Laurier ouest            Ottawa (Ont.) K1A 0P9            (613) 996-7715 (613) 992-0907 Poste            McVieFD@CSC-SCC.GC.CA</p>	<p>Michel Perron, Directeur général            Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies            75, rue Albert, bureau 300            Ottawa, ON K1P 5E7            (613) 235-4048, ext. 227 (613) 235-8101 Poste            mperron@ccsa.ca</p>
<p>Chef Michael Crichton            Renseignements            Agence des douanes et du revenu du Canada            191, av. Laurier ouest, 18<sup>e</sup> étage            Ottawa, ON K1A 0L5            (613) 954-7593 (613) 952-9863 Poste            mike.crichton@ccra-adrc.gc.ca</p>	<p>Surintendant Jim Hutchinson, Police provinciale de l'Ontario            Section de la lutte antidrogue            777 av. Memorial            Orillia, ON L3V 7V3            (705) 329-6321 (705) 329-6324 Poste            jim.hutchinson@jus.gov.on.ca</p>

## Les membres du Comité d'ACCP d'abus de drogue et les conseillers techniques, 2000-2001

<p>Dr. Margaret Beare, Département de sociologie, Université York 2060 Vari Hall, 4700 rue Keele North York (Ont.) M3J 1P3 (416) 736-5907 (416) 650-4321 Poste mbeare@yorku.ca</p>	<p>Mike Boyd, Service de police de Toronto 40, rue College Toronto (Ont.) M5G 2J3 (416) 808-7803 (416) 808-7802 Poste MTPLSV@.INTERLOG.COM</p>
<p>M. Bryan McConnell (nommé d'office), Directeur exécutif, ACCP 130, rue Albert, bureau 1710 Ottawa (Ont.) K1P 5G4 (613) 233-1106 (613) 233-6960 Poste bryan.mcconnell@cacp.ca</p>	<p>Directeur adjoint Serge Gascon, Service de police de la communauté urbaine de Montréal 750, rue Bonsecours, bureau 491 Montréal (Qc) H2Y 3C7 (514) 280-2018 (514) 280-8780 Poste serge.gascon@spcum.qc.ca</p>
<p>Chef associé David Wilson Service de police régional du Cap Breton Service 865 Grand Lake Road Sydney, Nouvelle Ecosse B1P 6W2 (902) 563-5098 (902) 567-2266 Poste dwilson@brmps.cape-breton.ns.ca</p>	
<b>Conseillers techniques</b>	<b>Conseillers techniques</b>
<p>Shawn Scromeda, Solliciteur général du Canada Direction générale de la police et de l'application de la loi 340, av. Laurier ouest Ottawa (Ont.) K1A 0P8 (613) 990-2710 (613) 990-3984 Poste ScromeS@sgc.gc.ca</p>	<p>Sergent d'état-major Michel Pelletier, Service de la sensibilisation aux drogues, GRC 1200, promenade Vanier, pièce A-403 Ottawa (Ont.) K1A 0R2 (613) 993-2501 (613) 993-5454 michel.pelletier@rcmp-grc.gc.ca</p>
<p>Directrice Catherine Airth Division de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada Immeuble MacDonald, 123 rue Slater Ottawa (Ont.) K1A 0K9 (613) 957-8337 (613) 952-0601 Poste Catherine_Airth@hc-sc.gc.ca</p>	<p>Wayne Jeffery, M.Sc. Responsable, Toxicologie, Laboratoire de la GRC, Vancouver 5201 rue Heather Vancouver (C.-B.) V5Z 3L7 (604) 254-3501 (604) 264-3499 Poste wayne.jeffery@rcmp-grc.gc.ca</p>
<p>Mr. Eric Conroy, Community Programs Group Division of Market Plan Inc. 643 Queen Street East Toronto, ON M4M 1G4 (416) 778-8727 (416) 778-8726 Poste atillacan@on.aibn.com</p>	<p>Holly Richter White, M.A. Recherche et Évaluation, Stratégie nationale sur la jeunesse, GRC Pièce B-500, 1200, promenade Vanier Ottawa, ON K1A 0R2 (613) 993-7606 (613) 998-2405 Poste holly.richter@rcmp-grc.gc.ca</p>

## Publications

### Livres et articles

- *Les coûts de l'abus de substances au Canada* - CCLAT (disponible à [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)).

- *Les drogues : Faits et Méfaits* - Santé Canada (disponible à [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)).
- *Uppers, Downers and All-Arounders*, Darryl S. Inaba, Pharm.d.
- *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population* - Comité consultatif F/P/T sur la santé de la population, 1999.
- *Drogues de confection et Raves* - SSD, Div. E, cap. Scott Rintoul (disponible à [www.rcmp-fairmont.org/da](http://www.rcmp-fairmont.org/da)).
- *The Health Effects of Cannabis* - éd. Harold Kalant.
- *Stratégie canadienne antidrogue* - Gouvernement du Canada.
- *Drug Policy: Striking the Right Balance* - Avram Goldstein, M.D. et Harold Kalant, M.D.
- *Profil canadien : L'Alcool, le tabac et les autres drogues* - Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1999.
- *Clinical And Societal Implications of Drug Legalization* - Herbert D. Kleber, Joseph A. Califano et John C. DERNERS.
- *La drogue et le sport* - SSD, Div. C, par Natacha Llorens.
- *Substance Abuse and Conjugal Violence: Literature and the Situation in Quebec*. T. G. Brown, T. Caplan, A. Werk, P. Seraganian et M. K. Singh, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999.
- *Jeunes et prévention de la toxicomanie: quand les parents s'impliquent*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999.
- *La famille: un trésor à préserver*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999.

## Vidéos

- *Through a Blue Lens* - réalisée par le Service de police de Vancouver et l'Office national du film du Canada.

## Sites Web

- ☺ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies : [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)
- ☺ Santé Canada : [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)
- ☺ Centre de toxicomanie et de santé mentale : [www.camh.net](http://www.camh.net)
- ☺ Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission : [www.gov.ab.ca/aadac](http://www.gov.ab.ca/aadac)
- ☺ Addictions Foundation of Manitoba : [www.afm.mb.ca](http://www.afm.mb.ca)
- ☺ Centre virtuel de documentation sur l'alcool, le tabac et les drogues : [www.atod.org](http://www.atod.org)
- ☺ Réseau canadien de la santé : [www.canadian-health-network.ca](http://www.canadian-health-network.ca)
- ☺ Club Drugs information from NIDA : [www.clubdrugs.org](http://www.clubdrugs.org)
- ☺ B.C. Ministry Tobacco Facts : [www.tobaccofacts.org](http://www.tobaccofacts.org)
- ☺ Centre national de prévention du crime : [www.ncpc.ca](http://www.ncpc.ca)
- ☺ Conseil canadien de développement social : [www.ccsd.ca](http://www.ccsd.ca)
- ☺ Center for Substance Abuse Prevention (U.S.) Decision Support System for local communities: [www.preventiondss.org](http://www.preventiondss.org)
- ☺ Association canadienne des chefs de police : [www.caacp.ca](http://www.caacp.ca)

Ⓒ Service de la sensibilisation aux drogues de la GRC : [www.rcmp-grc.gc.ca/html/dr-awar.htm](http://www.rcmp-grc.gc.ca/html/dr-awar.htm)

Ⓒ Fais le bon CHOIX : [www.choix.org](http://www.choix.org)

### **Sites Web de services de police**

Il y a tant de sites Web liés à des corps policiers municipaux et provinciaux au Canada, qu'il est impossible de les mentionner tous ici. Si vous cherchez un service de police en particulier, utilisez le moteur de recherche [www.yahoo.ca](http://www.yahoo.ca) ou [www.altavista.ca](http://www.altavista.ca) en y indiquant le nom complet du service de police.

## 5. Politique et résolutions de l'ACCP sur les drogues

L'Association canadienne des chefs de police (ACCP) représente les corps policiers canadiens; elle a pris position sur un certain nombre de questions importantes liées à l'abus de substances intoxicantes. Les grandes lignes présentées ci-après vous donneront un aperçu de la position adoptée par la majorité des services de police canadiens.

Vous trouverez la politique de l'ACCP concernant quatre grandes questions controversées, à savoir les programmes d'échange de seringues et la légalisation, la décriminalisation et l'usage médical de certaines drogues. La politique de l'ACCP se veut un guide pour le dialogue sur les enjeux de l'abus de substances intoxicantes avec les autres intervenants canadiens et le gouvernement. L'ACCP demande au gouvernement d'appuyer cette politique et de prendre des mesures pour en assurer la mise en oeuvre rapide.

### Politique de l'ACCP sur les programmes d'échange de seringues - 1995

L'ACCP appuie la Stratégie nationale sur le sida favorisant un modèle de programme d'échange de seringues axé sur la communauté, qui intègre tous les éléments suivants : intervention directe, sensibilisation, counseling, tests sur les seringues et les consommateurs de drogues, distribution de condoms et échange de seringues.

### Politique de l'ACCP sur les drogues - 1999

L'ACCP continue de s'opposer fermement à la **légalisation** de toutes les drogues actuellement illicites au Canada, y compris les petites quantités de marijuana ou d'autres dérivés du cannabis, conformément aux conventions internationales signées par le Canada.

L'ACCP, dans l'intérêt du partenariat établi avec les secteurs de la santé, les communautés et les services de police en vue d'atteindre l'objectif commun qui consiste à offrir à tous les Canadiens un environnement sécuritaire et sain où il fait bon vivre, envisagera de sanctionner les initiatives gouvernementales valables visant à **décriminaliser** (pour éviter au contrevenant d'avoir un casier judiciaire) certaines infractions liées à la possession de petites quantités de marijuana ou d'autres dérivés du cannabis. **Elle exigera toutefois que ces initiatives** comportent également des programmes de prévention, d'éducation, de répression, de counseling, de traitement, de réadaptation et de déjudiciarisation.

En ce qui concerne l'utilisation de la marijuana et de toute autre drogue illicite à des **fins médicales**, l'ACCP, à l'instar de tous les Canadiens, se préoccupe des dangers éventuels, des coûts des soins de santé, de l'entreposage sécuritaire, de la consommation abusive et d'une multitude d'autres questions. Nous sommes toutefois persuadés que les scientifiques de Santé Canada et le législateur fédéral prendront les mesures nécessaires, et ce dans le meilleur intérêt de tous les Canadiens, pour évaluer, grâce à un processus de recherche et de réglementation, si l'utilisation de la marijuana ou d'autres drogues illicites et de leurs dérivés doit être approuvée à des fins médicales, de la même manière que les tranquillisants, la morphine et d'autres drogues sont actuellement prescrits légalement, malgré les risques de dépendance qu'ils présentent.

## **Résolutions de l'ACCP en matière de politique sur les drogues - 1999**

En tant que policiers, nous jouons un rôle social et contribuons à améliorer la santé et la sécurité de nos communautés grâce à la répression et aux activités de réduction de la demande. Avec nos partenaires, nous avons un rôle important à jouer en matière de lutte antidrogue.

En tant que policiers, nous nous opposons fermement à la légalisation de toutes les drogues illicites.

En tant que policiers, nous avons besoin de plus de souplesse dans nos interactions avec les consommateurs de drogues et de plus d'outils, notamment une formation en reconnaissance des toxicomanes qui permettrait de déterminer le degré d'intoxication, des mesures judiciaires de rechange et des peines plus longues pour les criminels organisés qui fournissent les drogues.

Nous avons demandé au gouvernement fédéral :

***1. D'allouer davantage de ressources aux secteurs de la police et de la santé, afin de permettre la mise en oeuvre des initiatives de réduction de la demande, des programmes de prévention et de sensibilisation du public et la recherche d'interventions rentables;***

Afin d'améliorer la santé de tous les Canadiens et d'accroître leur sécurité, nous devons allouer plus de ressources pour prévenir les méfaits causés par les drogues. *Afin de réduire la demande, nous nous intéressons surtout à la prévention par la sensibilisation des jeunes aux drogues avant leur initiation.* Pour ce faire, nous comptons réduire la demande et l'offre de drogues par l'application des lois sur les drogues.

***2. De fournir des ressources policières supplémentaires pour les initiatives de réduction de l'offre et de lutte contre le crime organisé;***

*Les activités de répression permettent de contrôler l'offre de drogues et expriment concrètement le désaccord de notre société à cet égard.* Elles font aussi en sorte que l'offre ne contribue pas aux problèmes liés à la consommation de drogue. Afin d'enrayer les problèmes liés à la drogue, il faut non seulement parvenir à une réduction de la demande de drogues, mais également mettre sur pied des initiatives de réduction de l'offre.

***3. De désigner un maître d'oeuvre pour assurer la mise en oeuvre efficace et coordonnée de la Stratégie canadienne antidrogue;***

Le maître d'oeuvre mettrait en oeuvre la Stratégie canadienne antidrogue en veillant à ce qu'on fournisse des renseignements uniformes et précis aux médias, aux parents et aux enfants et à d'autres groupes publics. La drogue est une question assez importante aux yeux des Canadiens pour qu'on en fasse une priorité et qu'on coordonne les programmes de prévention de la toxicomanie comme cela se fait dans d'autres pays.

***4. De donner la priorité à la recherche et à l'élaboration de techniques efficaces de dépistage des drogues et à la formation en reconnaissance des toxicomanes, puis à l'adoption d'une loi habilitante. Nous croyons que la police, les agents des douanes et de correction devraient pouvoir déterminer le taux d'intoxication au moyen d'appareils de détection approuvés;***

Si la police était mieux en mesure de déterminer les taux d'intoxication, elle améliorerait du coup la sécurité de nos communautés. Actuellement, les agents de police ne peuvent prélever des échantillons de sang ou d'urine que dans des circonstances particulières, de sorte que les conducteurs qui sont sous l'effet de la drogue n'ont pas à craindre d'être détectés, condamnés ou punis. *Selon une étude récente, si la police pouvait faire des tests de détection de la marijuana, c'est le tiers des conducteurs qu'elle laisse aller actuellement que seraient retirés de nos routes.* La collectivité policière a mis au point un système très fiable de reconnaissance des toxicomanes permettant de déterminer le taux d'intoxication.

***5. De recourir aux mesures judiciaires de rechange proposées dans le projet de loi C-41 pour les infractions punissables par voie de déclaration sommaire de culpabilité en cas de possession de cannabis, en rendant obligatoire l'évaluation de l'accusé. Ces mesures comprennent notamment le counseling en matière de drogues ou d'autonomie fonctionnelle, les amendes, le travail communautaire, et peuvent être imposées seules ou être combinées. Cependant, les mesures judiciaires de rechange ne devraient pas s'appliquer à ceux qui commettent des infractions à l'intérieur ou près d'un endroit fréquenté par des enfants de moins de 18 ans, à moins de 500 mètres d'une école ou d'un parc public, ou dans un véhicule ou un bateau dont les occupants ont moins de 18 ans;***

L'ACCP tient compte des avis des experts pour adapter leur façon de procéder avec ceux qui consomment du cannabis ou de la marijuana pour la première fois et modifier les conséquences auxquelles ces derniers font face. Nous voulons également améliorer les outils et les processus afin de

maximiser l'efficacité des policiers. Cependant, étant donné que le cannabis et la marihuana ne sont pas des drogues inoffensives et que notre objectif est de réduire la consommation de drogue, nous demandons que les contrevenants soient évalués afin de trouver une solution appropriée. À cette fin, nos objectifs sont les suivants :

#### **Mieux défendre l'intérêt public**

- réduire la demande de marihuana par la prévention et la sensibilisation, et réduire l'offre;
- réduire les coûts sociaux et économiques directs et indirects liés à la possession de marihuana, qui sont imputés à tous les Canadiens;
- faire prendre conscience aux Canadiens que la marihuana n'est pas inoffensive.

#### **Davantage d'outils et de mesures de rechange**

- intégrer au système judiciaire des mesures de rechange qui contribuent à prévenir la consommation de marihuana et à aider les toxicomanes en leur offrant des services de counseling et des programmes d'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle et de réadaptation, pour favoriser des habitudes de vie saines sans drogue.
- offrir des mécanismes de déjudiciarisation préalables au procès, à mettre en oeuvre avant et après l'évaluation de l'auteur d'une première infraction;
- offrir à la police d'autres mesures dans les cas de récidive.

#### ***6. D'établir des peines minimales obligatoires pour les auteurs d'infractions de criminalité organisée, y compris les criminels organisés, les personnes reconnues coupables d'importation, de trafic, de production ou de culture de drogues illicites au Canada;***

Nous devons envoyer un message clair aux criminels organisés qui contrôlent le trafic de drogue pour qu'ils comprennent bien qu'on ne veut pas de leur commerce au Canada. La peine imposée doit être proportionnée à la gravité du crime, surtout dans le cas d'une personne qui est responsable de la dépendance aux drogues de milliers de personnes, qui a approvisionné des milliers de toxicomanes et qui a profité d'eux.

### **Politique sur la marihuana**

Notre politique sur le cannabis (marihuana) et les peines relatives à la possession reçoit l'appui de nos partenaires spécialisés dans les enjeux de l'abus de substances intoxicantes, comme le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), le Conseil sur l'usage abusif de la drogue et le Centre de toxicomanie et de santé mentale, dont le dernier énoncé de politique est présenté ci-après.

### **Position du Centre de toxicomanie et de santé mentale concernant le cannabis**

(printemps 2000)

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale n'encourage ni ne fait la promotion de la consommation de cannabis. Il soutient que la meilleure façon d'éviter les méfaits du cannabis est l'abstinence et encourage ceux qui ont des problèmes à se faire traiter.

Le cannabis n'est pas une drogue inoffensive. La consommation de cannabis, en particulier la consommation fréquente et à long terme, est associée à des conséquences négatives sur la santé et le comportement, y compris des troubles respiratoires, des problèmes de coordination physique, des troubles de mémoire et de cognition, des problèmes de développement postnatal, des troubles mentaux, des perturbations hormonales, des affections des systèmes immunitaire et cardio-vasculaire, ainsi qu'un piètre rendement au travail et à l'école. Les conséquences sur les jeunes et les personnes atteintes de troubles mentaux inquiètent particulièrement. Cependant, la consommation de cannabis étant généralement sporadique ou expérimentale, il est peu probable qu'elle soit associée à des conséquences négatives graves.

À la lumière de cette information, le Centre de toxicomanie et de santé mentale soutient que le système de justice pénale en général, et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* en particulier, qui fait de la possession de cannabis une infraction criminelle, constituent aujourd'hui un mécanisme de contrôle inapproprié. Cette conclusion se fonde sur l'information scientifique concernant les effets de la consommation de cannabis, les conséquences d'une condamnation criminelle sur la personne, les coûts de la répression et l'efficacité limitée du contrôle criminel de la consommation de cannabis.

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale partage ainsi l'avis de nombreux intervenants spécialisés qui estiment que le contrôle de la possession de cannabis pour usage personnel devrait être soustrait à l'application de la *Loi sur les substances contrôlées et autres drogues* et du système de justice pénal. Malgré les risques graves pour la santé qui sont associés à la consommation fréquente de cannabis, le Centre soutient que la décriminalisation de la possession de cannabis n'entraînera pas une hausse de la consommation. Il s'appuie sur les résultats obtenus d'autres pays

qui ont pris des mesures en ce sens.

Le Centre recommande donc la mise en place d'un cadre juridique mieux adapté pour régir la consommation de cannabis. On aurait ainsi un système de contrôle plus efficient et plus efficace qui aurait moins de conséquences négatives sur les plans social et individuel et qui permettrait d'assurer la sécurité et la santé de la population. Un tel système de contrôle adapté au contexte canadien peut s'inspirer des solutions qui ont été mises à l'essai et ont fait leurs preuves ailleurs dans le monde.

Le Centre recommande également que le nouveau cadre juridique soit mis à l'essai à titre temporaire et qu'il fasse l'objet d'une évaluation rigoureuse, et qu'on assure et maintienne un niveau de financement approprié pour les programmes de prévention et de traitement afin de réduire au minimum la prévalence de la consommation de cannabis et des risques qui y sont associés.

## 6. Notes

1. Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue*, 1998.
2. *Ibid.*
3. Canadian Society of Addiction Medicine, *Énoncé de politique*, 1999.
4. D<sup>f</sup> Douglas Coleman, Discours prononcé à la conférence internationale sur la consommation de drogues injectables, Montréal, Canada, mars 1999.
5. D<sup>f</sup> Avram Goldstein et D<sup>f</sup> Harold Kalant, “Drug Policy: Striking the Right Balance”, 1990.
6. Sous-direction des douanes et de l'accise, Direction des services fédéraux, GRC, 2000.
7. Société canadienne du cancer et al., *Une recension des dommages : Les baisses de taxes sur les produits du tabac et la santé publique dans les années 1990*, 1999.
8. Association canadienne des chefs de police, *Politique de l'ACCP sur les drogues -1999 et Résolutions de l'ACCP en matière de politique sur les drogues*, 1999.
9. Direction des renseignements criminels, GRC, *Projet Serre II*, 1999.
10. Comité international olympique, *Code antidopage du mouvement olympique - Appendice A : Classes de substances interdites et méthodes interdites*, 1er janvier 2000. ([www.nodoping.org](http://www.nodoping.org))
11. Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET), *Premier rapport annuel*, 1998.
12. Santé Canada, *Les drogues : Faits et Méfaits*, en cours d'impression.
13. D<sup>f</sup> Harold Kalant et al. (éd.), “The Health Effects of Cannabis.”, An Addiction Research Foundation (ARF) Publication, 1999.
14. Mary Johnston, porte-parole de Santé Canada, citant une étude de 1999.
15. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et Fondation de la recherche sur la toxicomanie (FTR), *Profil canadien*, 1999.
16. Fondation de recherche sur la toxicomanie, *Sondage sur la consommation de drogue par les élèves de l'Ontario*, 1997.
17. The Addiction Foundation of Manitoba, *Student Drug Use Survey*, 1997.
18. Solowij et al., 1995.
19. National Institutes of Health des États-Unis, Rapport du *Ad-Hoc Experts Workshop on the Medicinal Utility of Marijuana*, 1997.
20. Santé Canada, *Les drogues : Faits et Méfaits*, en cours d'impression.
21. *Ibid.*
22. Pope et Yurgelin-Todd, 1996.
23. National Institute on Drug Abuse, 2000.

24. Zhang et al, 1999.
25. Association canadienne des chefs de police, *Politique de l'ACCP sur les drogues - 1999*.
26. Carole Bouchard, gestionnaire, Bureau des substances contrôlées, Santé Canada, *Présentation aux membres du Partenariat des secteurs de la santé et des services de police*, 4 mai 2000.
27. Brad Buxton, Recherche et évaluation, Bureau des substances contrôlées, Santé Canada, *Présentation à l'atelier de consultation de Santé Canada sur l'usage médical de la marijuana*, 28 février 2000.
28. Dr. Harold Kalant, *Présentation à l'atelier de consultation de Santé Canada sur l'usage médical de la marijuana*, 28 février 2000.
29. *Ibid.*
30. Holly Richter, M.A., Service de la sensibilisation aux drogues de la GRC, *Les effets de la marijuana sur la sécurité routière au Canada : Un guide à l'intention des éducateurs*, 1999.
31. Yesavage et al., 1985.
32. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Cannabis: A Health and Research Perspective*, 1997.
33. Gordon W. Walsh et Robert E. Mann, *On the High Road: Driving under the Influence of Cannabis in Ontario*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1998.
34. Wayne Jeffery, M.Sc., et al., *The Involvement of Drugs in Driving in Canada: An update to 1994*, 1996.
35. Donelson et al., Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, 1986.
36. B.A. Jonah, *Age Differences in Risky Driving*, 1990.
37. Association canadienne des chefs de police (ACCP), *Résolutions de l'ACCP en matière de politique sur les drogues*, 1999.
38. Ministère de la Justice et ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports du gouvernement des Pays-Bas, *Politique sur les drogues*, 1997.
39. *Ibid.*
40. Robert McCoun et al., « Interpreting Dutch Cannabis Policy: Reasoning by Analogy in the Legalization Debate », *Science*, vol. 278, octobre 1997. Voir également COLLINS, Larry. *How Holland Made a Hash out of Drugs*, 1998.
41. Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports du gouvernement des Pays-Bas, *Politique sur les drogues*, 1999.
42. Selina Olson, B.A. (Gen.) et Donald Loree, Ph. D., Direction générale de la GRC. *Analyse des résultats d'une étude sur la narco-criminalité menée dans la région d'Ottawa-Carleton de 1996 à 1998 : un rapport préliminaire sur le cannabis*, août 1999. (300 dossiers choisis au hasard ont été examinés.)
43. Jacobs Philip et al., « Cost effectiveness of streetworks' needle exchange program of Edmonton » *Revue canadienne de santé publique* 90(3), p.168-171, 1999; Julie Bruneau et al., « High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montréal: results of a cohort study », *American Journal of Epidemiology*, 146(12), p. 994-1002, 1997; Hurley, Susan F., Jolley, Damien J. et Kaldor, John M., « Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection ». *The Lancet*, 349 (21 juin), p. 1797-1800, 1997; Strathdee, Steffanie et al., « Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study », *AIDS*, 11(8), p. F59-F65, 1997; Poulin, Céline et al., Conférence mondiale sur le sida (12<sup>e</sup> : 1998, 28 juin-1<sup>er</sup> juillet, Genève, Suisse) HIV-1 infection and risk factors among injecting drug users (IDU) attending a needle exchange

- program in Quebec City [Québec, QC : Les auteurs, 1998].
44. Addictive Drug Information Council, 2000. ( Conseil formé à Vancouver et composé de policiers et de médecins spécialisés dans le traitement des dépendances.)
  45. *Ibid.*
  46. *Ibid.*
  47. Dr. Douglas Coleman, Discours prononcé à la conférence internationale sur la consommation de drogues injectables, Montréal, Canada, mars 1999.
  48. Association canadienne des chefs de police, *Politique de l'ACCP sur les drogues - 1999.*
  49. Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Lettre du directeur général de l'OMS au président de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), 12 avril 1999.
  50. Cap. Scott Rintoul et al., Service de la sensibilisation aux drogues, Division E de la GRC, *Drogues de confection et Raves*, 2000. Voir également le National Institute on Drug Abuse (NIDA) 2000.
  51. National Institute on Drug Abuse (NIDA) 2000.
  52. Cap. Scott Rintoul et al., Service de la sensibilisation aux drogues, Division E de la GRC, *Drogues de confection et Raves*, 2000
  53. Enquête du coroner de la ville de Toronto sur les parties raves, *Recommandations*, mai 2000.
  54. Darryl S. Inaba, Pharm.D., et al., *Uppers, Downers and All-Arounders*, 1997.
  55. *Ibid.*
  56. Santé Canada, *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances*, 1996.
  57. Centre de toxicomanie et de santé mentale, « Les troubles concomitants - Innovations en traitement et en dépistage », *The Journal magazine*, sept./oct. 1998.
  58. Gend. Gerry Thomas, *Courrier électronique au Service de la sensibilisation aux drogues concernant la situation relative à l'abus de substances inhalées à Island Lake, Manitoba*, juin 2000.
  59. Darryl S. Inaba, Pharm.D., et al., *Uppers, Downers and All-Arounders*, 1997.
  60. Service de la sensibilisation aux drogues, Div. E, GRC, en collaboration avec le Addictive Drug Information Council (ADIC) *Help-Guide to Detect Substance Abuse* dans le dépliant *Drug Facts*, 2000.
  61. Darryl S. Inaba, Pharm.D., et al., *Uppers, Downers and All-Arounders*, 1997.
  62. The Alliance Against Contraband, "Strategic Intelligence Bulletin(s)", Summer and Fall, 1999, et Sous-direction des douanes et de l'accise de la GRC, Direction des services fédéraux, DG, 2000.
  63. Darryl S. Inaba, Pharm.D., et al., *Uppers, Downers and All-Arounders*, 1997.
  64. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Les coûts de l'abus de substances au Canada*, 1996.
  65. Grant Smith, Transports Canada (détaché aux Services de police communautaires, contractuels et autochtones, DG), par courrier électronique avec l'auteur, juillet 2000.

66. Santé Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1997 et Santé Canada, *Enquête générale sur la santé*, 1993.
67. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLT) et Fondation de la recherche sur la toxicomanie (FRT), *Profil canadien : L'Alcool, le tabac et les autres drogues*, 1999.
68. Serge Brochu, Ph.D. "Pathways Study of Quebec and Ontario Federal Inmates"., 1999.
69. Sous-direction des douanes et de l'accise de la GRC, Direction des services fédéraux, DG, juin 2000.
70. Santé Canada, site Web de l'enfance et de la jeunesse, *Le syndrome d'alcoolisme foetal/effets de l'alcoolisme foetal (SAF/EAF)*, 2000.
71. Santé Canada, *Décès au Canada attribuables au tabagisme*, Feuille de renseignements, janvier 1999.
72. Société canadienne du cancer et al., *Une recension des dommages : les baisses de taxes sur les produits du tabac et la santé publique dans les années 1990*, octobre 1999.
73. Sous-direction des douanes et de l'accise de la GRC, Direction des services fédéraux, DG, juin 2000.
74. The Alliance Against Contraband, "Strategic Intelligence Bulletin(s)", Summer and Fall, 1999.
75. Sous-direction des douanes et de l'accise de la GRC, Direction des services fédéraux, DG, juin 2000.
76. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLT) et Fondation de la recherche sur la toxicomanie (FRT), *Profil canadien : L'Alcool, le tabac et les autres drogues*, 1999.
77. Santé Canada, site Web de la division de la Réduction du tabagisme ([www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction)).
78. Association dentaire canadienne, *Les faits au sujet du cancer de la bouche*, sur le site Web ([www.cda-adc.ca](http://www.cda-adc.ca)).
79. Santé Canada, site Web de la division de la Réduction du tabagisme.
80. Association dentaire canadienne, *The oral effects of smokeless Tobacco*, sur le site Web ([www.cda-adc.ca](http://www.cda-adc.ca)).
81. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), *Les coûts de l'abus de substances au Canada*, 1996.