



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-2002

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the
Special Committee on*

*Délibérations du Comité
spécial sur les*

Illegal Drugs

Drogues illicites

Chair:
The Honourable PIERRE CLAUDE NOLIN

Président:
L'honorable PIERRE CLAUDE NOLIN

Monday, February 4, 2002

Le lundi 4 février 2002

Issue No. 13

Fascicule n° 13

Twenty-second and twenty-third meetings on:
Reassessing Canada's anti-drug
legislation and policies

Vingt-deuxième et vingt-troisième réunions concernant:
Le réexamen des lois et des politiques
antidrogues canadiennes

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL COMMITTEE ON
ILLEGAL DRUGS

The Honourable Senator Pierre Claude Nolin, *Chair*
The Honourable Senator Colin Kenny, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Banks	* Lynch-Staunton, P.C.
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Maheu
	Rossiter

**Ex Officio Members*

(Quorum 3)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Kenny substituted for that of the Honourable Senator Chalifoux (*February 4, 2002*).

The name of the Honourable Senator Banks substituted for that of the Honourable Senator Christensen (*February 4, 2002*).

LE COMITÉ SPÉCIAL SUR
LES DROGUES ILLICITES

Président: L'honorable sénateur Pierre Claude Nolin
Vice-président: L'honorable sénateur Colin Kenny
et

Les honorables sénateurs:

Banks	* Lynch-Staunton, c.p.
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Maheu
	Rossiter

**Membres d'office*

(Quorum 3)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Kenny est substitué à celui de l'honorable sénateur Chalifoux (*le 4 février 2002*).

Le nom de l'honorable sénateur Banks est substitué à celui de l'honorable sénateur Christensen (*le 4 février 2002*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, February 4, 2002
(24)

[English]

The Special Committee on Illegal Drugs met this day in room 160-S, Centre Block, at 9:06 a.m., the Chair, the Honourable Senator Pierre Claude Nolin, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Rossiter, Chalifoux and Nolin (3).

In attendance: Director of Research: Daniel Sansfaçon; from the Library of Parliament: Gérald Lafrenière and Chantal Collin; from Newman Communications: David Newman.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 15, 2001, the committee proceeded to study Canada's anti-drug legislation and policies.

WITNESSES:

From the Swiss Federal Office of Public Health:

Ms Diane Steber Büchli, Head, International Drug Affairs Unit.

From the Swiss Federal Commission for Drug Issues; University Institute for Social and Preventive Medicine:

Dr. Françoise Dubois-Arber, Member.

Ms Steber Büchli made a statement and answered questions.

At 10:28 a.m., the committee suspended.

At 10:45 a.m., the committee resumed its hearing.

Ms Dubois-Arber made a statement and answered questions.

At 12:12 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Monday, February 4, 2002
(25)

[English]

The Special Committee on Illegal Drugs met this day in room 160-S, Centre Block, at 1:31 p.m., the Chair, the Honourable Senator Pierre Claude Nolin, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Rossiter, Maheu, Christensen and Nolin (4).

In attendance: Director of Research: Daniel Sansfaçon; from the Library of Parliament: Gérald Lafrenière and Chantal Collin; from Newman Communications: David Newman.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le lundi 4 février 2002
(24)

[Traduction]

Le Comité spécial sur les drogues illicites se réunit aujourd'hui à 9 h 06, dans la pièce 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable sénateur Pierre Claude Nolin, (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Rossiter, Chalifoux et Nolin (3).

Également présents: Directeur de la recherche: Daniel Sansfaçon; à la Bibliothèque du Parlement: Gérald Lafrenière et Chantal Collin; de Newman Communications: David Newman.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 15 mars 2001, le comité poursuit son étude des lois et des politiques antidrogue canadiennes.

TÉMOINS:

Du Bureau fédéral de santé publique de la Suisse:

Mme Diane Steber Büchli, chef de service, Unité internationale en affaires de drogues.

De la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues; Institut universitaire de médecine sociale et préventive:

Dr. Françoise Dubois-Arber, membre.

Mme Steber Büchli fait une déclaration et répond aux questions.

À 10 h 28, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 45, le comité reprend ses travaux.

Mme Dubois-Arber fait une déclaration et répond aux questions.

À 12 h 12, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le lundi 4 février 2002
(25)

[Traduction]

Le Comité spécial sur les drogues illicites se réunit aujourd'hui à 13 h 31, dans la pièce 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable sénateur Pierre Claude Nolin (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Rossiter, Maheu, Christensen et Nolin (4).

Également présents: Directeur de la recherche: Daniel Sansfaçon; de la Bibliothèque du Parlement: Gérard Lafrenière et Chantal Collin; de Newman Communications: David Newman.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 15, 2001, the committee proceeded to study Canada's anti-drug legislation and policies.

WITNESSES:

From the Canton of Zürich, Criminal Police Department:

Mr. Georges Dulex, Head.

From the Addiction Research Institute:

Dr. Ambros Uchtenhagen, Retired Professor.

Mr. Dulex made a statement and answered questions.

At 2:53 p.m., the committee suspended.

At 3:12 p.m., the committee resumed its hearing.

Dr. Uchtenhagen made a statement and answered questions.

At 4:21 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 15 mars 2001, le comité poursuit son étude des lois et des politiques antidrogue canadiennes.

TÉMOINS:

Du Canton de Zürich, Département de la police criminel:

M. Georges Dulex, chef en service.

De l'Institut de recherche sur les addictions:

M. Ambros Uchtenhagen, professeur (retraité).

M. Dulex fait une déclaration et répond aux questions.

À 14 h 53, le comité suspend ses travaux.

À 15 h 12, le comité reprend ses travaux.

M. Uchtenhagen fait une déclaration et répond aux questions.

À 16 h 21, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Blair Armitage

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, February 4, 2002

The Special Senate Committee on Illegal Drugs met this day at 9:06 a.m. to reassess Canada's anti-drug legislation and policies.

Senator Pierre Claude Nolin (*Chairman*) in the Chair.

[*Translation*]

The Chairman: I call to order the meeting of the Special Senate Committee on Illegal Drugs. It is a pleasure to welcome you today, colleagues. I would like to take this opportunity to welcome those who have travelled to be present at this hearing, as well as those listening to us on radio, television or on the committee's Internet site.

I would like to introduce my colleague Thelma Chalifoux, from Alberta, who is with us on the committee today. My name is Senator Pierre Claude Nolin, and I am part of the Quebec contingent in the Senate of Canada. Sitting beside me are the Clerk of the Committee, Mr. Blair Armitage, as well as the Committee Research Director, Mr. Daniel Sansfaçon.

[*English*]

The mandate of the Senate Special Committee on Illegal Drugs is to study and to report on Canadian policies concerning cannabis in this context: to study the efficiency of those policies, and the approach, the means, as well as the controls used to implement them. In addition to its initial mandate, the committee is required to examine the official policies adopted by other countries. Canadian international responsibilities with regard to the conventions on illegal drugs, to which Canada is a signatory, will also be examined. The committee will also study the social and health effects of Canadian drug policy on cannabis and the potential effects of alternative policies.

[*Translation*]

The committee must table its final report at the end of August 2002. In order to carry out its mandate properly, the committee has adopted an action plan based on three major thrusts. The first is knowledge. In order to meet this challenge, we will hear from many Canadian and foreign experts representing the academic, police, legal, medical, social and government communities. These hearings will be held mainly in Ottawa, and occasionally, if necessary, outside the capital.

The second thrust is the sharing of knowledge. This is definitely our most noble objective. The committee wants all Canadians to become informed and share the information we collect. Our challenge will be to plan and organize a system to ensure that the knowledge is available and distributed. We would also like to hear what people think about this knowledge. In order to do this, in the spring of 2002, we will be holding public hearings in various parts of Canada.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 4 février 2002

Le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites se réunit aujourd'hui à 9 h 06 pour réexaminer les lois et les politiques antidrogue canadiennes.

Le sénateur Pierre Claude Nolin (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président: Je déclare réouvertes les délibérations publiques du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Chers collègues, c'est avec un vif plaisir que je vous souhaite la bienvenue aujourd'hui. Je profite de l'occasion pour souhaiter la bienvenue à ceux et celles qui se sont déplacés pour assister à cette séance ainsi qu'à ceux et celles qui nous écoutent à la radio, à la télévision ou encore via le site Internet du comité.

Je voudrais vous présenter ma collègue le sénateur Thelma Chalifoux, de l'Alberta, qui siège avec nous aujourd'hui au comité. Je suis le sénateur Pierre Claude Nolin et je fais partie du contingent québécois au Sénat du Canada. Sont assis à mes côtés le greffier du comité, M. Blair Armitage, ainsi que le directeur de la recherche du comité, M. Daniel Sansfaçon.

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites a été mandaté pour faire rapport sur les politiques du Canada concernant le cannabis après avoir étudié l'efficacité des politiques et de l'approche adoptées, les moyens mis en oeuvre et le contrôle de leur application. En plus de son mandat initial, le comité doit examiner les politiques officielles adoptées par d'autres pays. Les obligations internationales qui incombent au Canada en vertu des conventions sur les stupéfiants, dont le Canada est signataire, seront également examinées. Le comité va aussi étudier les effets sociaux et sanitaires de la politique canadienne à l'égard du cannabis et des effets éventuels de politiques différentes.

[*Français*]

Le comité doit déposer son rapport final à la fin du mois d'août de l'an 2002. Afin de remplir adéquatement le mandat qui nous est confié, le comité a adopté un plan d'action. Ce plan s'articule autour de trois enjeux importants. Le premier de ces enjeux est celui de la connaissance. Afin de le surmonter, nous entendons une gamme imposante d'experts tant canadiens qu'étrangers, des milieux académiques, policiers, judiciaires, médicaux, sociaux et gouvernementaux. Ces auditions se tiennent principalement ici, à Ottawa, ou à l'occasion, si nécessaire, à l'extérieur de la capitale.

Le second de ces enjeux est celui du partage de la connaissance et il s'agit assurément du plus noble. Le comité désire que les Canadiens de partout s'informent et partagent l'information que nous recueillons. Notre défi est de planifier et d'organiser un système assurant l'accessibilité et la distribution de cette connaissance. Nous voudrions aussi connaître les vues de la population sur cette connaissance. Pour ce faire, nous tiendrons au printemps 2002 des audiences publiques dans divers lieux au Canada.

Finally, the third focus of the committee is to review very carefully the guiding principles upon which Canada's public policy on drugs should be based.

[English]

Before I introduce the distinguished experts for today's hearing, I would inform you that the committee maintains an up-to-date Web site that is accessible through the parliamentary Web site at www.parl.gc.ca. All the committee's proceedings are posted there, including the briefs and the appropriate support documentation of our expert witness. We also keep up-to-date more than 150 links to other related sites.

[Translation]

I would like to say a few words about the room where we are holding this morning's meeting. This room, called the Aboriginal peoples' room, was designed by the Senate in 1996 to pay tribute to the people who were the first to occupy the territory of North America and who continue to participate in Canada's development today. Five of our colleagues, including Senator Chalifoux, represent these people with pride and dignity.

Today we are examining the issue of drugs in Switzerland. To assist us in our work, we will be hearing from Ms Diane Steber Büchli, Head of the International Drug Affairs Unit at the Swiss Federal Office of Public Health, and Ms Françoise Dubois-Arber, from the University Institute for Social and Preventive Medicine. This afternoon we will be hearing from the head of the Criminal Police of the Canton of Zurich, Mr. Georges Dulex, and finally, from the Addictions Research Institute, Professor Ambros Uchtenhagen.

Ms Steber Büchli, I welcome you and thank you for having accepted our invitation as well as for the interest you have shown in our work. With respect to how this morning's meeting will proceed, we will begin with your presentation, and following that there will be a question period.

If, in order to be rigorous in our work, the committee researchers want to ask you additional questions, I will send them to you in writing. I hope you will answer them. These questions and answers will also be posted on the committee's Internet site. Ms Steber Büchli, you have the floor.

[English]

Ms Diane Steber Büchli, Head, International Drug Affairs Unit, Swiss Federal Office of Public Health: On behalf of the Swiss Federal Office of Public Health, I should like to thank you for the interest that you are showing in our Swiss drug policy, and for the invitation to speak to you today.

Enfin, comme troisième enjeu le comité doit examiner de très près quels sont les principes directeurs sur lesquels une politique publique canadienne sur les drogues doit s'appuyer.

[Traduction]

Avant de vous présenter les éminents experts que nous allons entendre à nos audiences aujourd'hui, je dois vous informer que le comité tient à jour un site Web auquel on peut accéder par le site Web du Parlement à l'adresse www.parl.gc.ca. Toutes les délibérations du comité y sont affichées, y compris les mémoires et les documents fournis par nos témoins experts. Nous tenons également à jour plus de 150 liens vers d'autres sites rattachés aux sujets que nous étudions.

[Français]

Quelques mots au sujet de la salle où nous tenons notre séance d'aujourd'hui. Cette salle, identifiée comme la salle des peuples autochtones, fut aménagée par le Sénat en 1996 pour rendre hommage aux peuples qui, les premiers, ont occupé les territoires de l'Amérique du Nord et qui encore aujourd'hui, participent activement à l'essor du Canada. Cinq de nos collègues, dont le sénateur Chalifoux, représentent fièrement et dignement ces peuples.

Nous examinerons aujourd'hui la problématique des drogues en Suisse. Pour nous aider dans nos travaux, nous recevons ce matin du Bureau fédéral de la santé publique de la Suisse, Mme Diane Steber Büchli, chef de service à l'Unité internationale en affaires de drogues, et de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Mme Françoise Dubois-Arber. Cet après-midi, nous recevons le chef en service de la Police criminelle du canton de Zurich, M. Georges Dulex et enfin, de l'Institut de recherche sur les addictions, M. Ambros Uchtenhagen, professeur.

Madame Steber Büchli, je vous souhaite la bienvenue et vous remercie d'avoir accepté notre invitation ainsi que de l'intérêt que vous portez à nos travaux. En ce qui a trait au déroulement de la rencontre d'aujourd'hui, nous procéderons d'abord par la présentation de votre mémoire, qui sera suivi d'une période de questions de notre part.

Si pour toutes sortes de raisons qui militent en faveur d'un travail rigoureux, les chercheurs du comité désirent vous poser des questions additionnelles, je vous écrirai pour vous les faire connaître. J'espère que vous y répondrez. Ces questions et réponses seront aussi présentées sur le site Internet du comité. Madame Steber Büchli, je vous invite à prendre la parole.

[Traduction]

Mme Diane Steber Büchli, chef de service, Unité internationale en affaires de drogues, Bureau fédéral de santé publique de la Suisse: Au nom du Bureau fédéral de santé publique de la Suisse, je voudrais vous remercier de l'intérêt que vous manifestez pour notre politique à l'égard de la drogue et de votre invitation à prendre la parole devant vous aujourd'hui.

My presentation will be divided into two parts. The first part will deal with the general drug policy in Switzerland. In the second part, I will be elaborating on the revision of our federal law on narcotic drugs and psychotropic substances.

The first part of my presentation raises several questions. First is the question: What were the determining and driving forces that led to the Swiss drug policy of today? What are the objectives and the strategy?

As you know, Switzerland is a small country surrounded by countries and member states of the European Union. We have approximately 7 million inhabitants, and a political system that is based to a large extent on consensus and compromise. Seven elected ministers represent the government. They are elected by the parliament. The parliament grants each of our four major political parties at least one seat in the government. All major political forces are represented, which makes our government a multi-party system that shares power and influence, not one with a political party being in power and other parties being in opposition.

Our drug policy was not created by a commission or in cabinet, it has taken shape over several years. It was a process that proceeded with much struggle and controversy.

An influencing factor in the drug policy was public debate. The Swiss can vote on almost any subject that arises. If certain people dislike a subject, or if some people believe that a subject should be discussed at a broader level, they can call for a referendum. They can even call for a referendum on a bill that has been passed by the parliament. All they need do is collect 50,000 signatures and the referendum will be held.

We have had several public debates. For example, in September, 1997, a referendum was held on the Youth Without Drugs initiative which called for a strict abstinence-oriented drug policy based primarily on law enforcement and abstinence. In a majority vote of more than 70 per cent, the Swiss population rejected that policy. Almost one year later, there was another initiative calling for a reasonable drug policy. The proposed policy was almost the reverse of the initiative of September, 1997. The population, again, rejected that, with a majority of more than 70 per cent.

In June, 1999, Parliament passed a bill to allow heroin-assisted treatment to become a regular part of our therapeutic measures. Some more conservative parliamentarians disapproved of this decision and collected the required number of signatures for a referendum. The issue came to a vote and heroin-assisted treatment was accepted.

The Swiss have very emotional public debates, and our public is well-informed on drug issues.

The other factor of influence was the visibility of the open drug scenes. I am sure you have heard of the famous Zurich "Needle Park." Not only Zurich, but also other cities such as Bern and

Je diviserai mon exposé en deux parties. La première portera sur la politique générale à l'égard de la drogue en Suisse. Dans la deuxième, je m'attarderai sur la révision de notre législation fédérale concernant les stupéfiants et les substances psychotropes.

La première partie de mon exposé soulève plusieurs questions. La première est quels sont les facteurs déterminants qui ont conduit à la politique que suit actuellement la Suisse à l'égard de la drogue? Quels sont ses objectifs et la stratégie employée?

Comme vous le savez, la Suisse est un petit pays entouré d'États membres de l'Union européenne. Nous avons environ 7 millions d'habitants et un système politique qui repose dans une large mesure sur le consensus et les concessions. Sept ministres élus représentent le gouvernement. Ils sont élus par le Parlement. Le Parlement accorde à chacun des quatre grands partis politiques au moins un siège au gouvernement. Toutes les grandes formations politiques sont représentées, ce qui fait de notre gouvernement un système dans lequel plusieurs partis se partagent le pouvoir et l'influence plutôt qu'un seul parti exerce le pouvoir pendant que les autres forment l'opposition.

Notre politique à l'égard de la drogue n'a pas été créée par une commission ou au sein du cabinet. Elle a pris forme au cours des années. C'est un processus qui a suscité beaucoup de conflits et de controverses.

Un facteur influant de la politique publique a été les débats publics. Les Suisses peuvent voter sur pratiquement chaque sujet qui intéresse l'opinion publique. Si certaines personnes n'aiment pas certaines choses ou croient qu'il faudrait discuter d'une question à l'échelle nationale, elles peuvent demander la tenue d'un référendum. Elles peuvent même demander un référendum sur un projet de loi que le Parlement a déjà adopté. Il leur suffit de recueillir 50 000 signatures pour que le référendum ait lieu.

Nous avons eu plusieurs débats publics. Par exemple, en septembre 1997, nous avons tenu un référendum sur une initiative qui préconisait une politique antidrogue visant les jeunes, fondée sur l'abstinence reposant principalement sur la répression et l'abstinence. Les Suisses ont rejeté cette politique par une majorité de plus de 70 p. 100. Près d'un an plus tard, une autre initiative demandait la mise en place d'une politique raisonnable à l'égard de la drogue. Cette politique était pratiquement à l'opposé de l'initiative de 1997. Là encore, la population l'a rejetée par une majorité de plus 70 p. 100.

En juin 1999, le Parlement a adopté un projet de loi permettant de faire du traitement avec prescription d'héroïne l'une des mesures thérapeutiques couramment employée. Certains parlementaires plus conservateurs ont désapprouvé cette décision et recueilli le nombre de signatures voulues pour la tenue d'un référendum. Un vote a eu lieu sur cette question et la population s'est prononcée en faveur du traitement avec prescription d'héroïne.

Les Suisses ont des débats publics qui attisent les passions, et notre public est bien informé sur le problème de la drogue.

Un autre facteur influant a été le spectacle des toxicomanes s'injectant de la drogue dans des lieux publics. Vous avez certainement entendu parler du fameux parc de Zurich

Basel had open drug scenes. These open drug scenes forced the population to realize what was going on. It was not possible for people to close their eyes to this problem and it caused them to reflect and to develop opinions.

Media communication is another factor of influence. The media had been reporting on drug issues for several years, as well as the initiatives that had been taken. With the media reporting on these issues, politicians had to take a position. During elections a question that was always raised was: What is your opinion on drug policy? The public was, over the long period of time it took to form these policies, also influenced by experts other well-known professionals in the field.

The open drug scenes caused local pressure to deal with the situation. It was not the national government that first faced the problem of drugs, it was the people in the cities and the areas of the drug scenes who were saying that they could not accept the situation. A force came from the local and regional governments to the national government.

When cities and cantons said they could not cope with an entire country's problems, the national government took a leadership role. Drug addicts did not stay in the mountainous areas in our country, they were to be found in the urban areas. The cities had to face huge drug problems. Not only did they have to deal with their local drug addicts, but they also had to deal with those from the surrounding areas. Our national government took a leadership role and started to coordinate the various cantons in the various regions and made information available. Another driving factor was the realization that AIDS had struck hard in the population using IV drugs.

One of the guiding principles that we elaborated on is consensus, not only on a political level, but also between the various professionals. Once that consensus was reached, it had to be worked on at all times, and it meant an exchange of arguments and differences of opinions that created heated debates. There was serious reflection on what has been done and an analysis of the results of the actions that had been taken.

Cooperation was rather easy to establish between the various professionals from the health and social fields. It was more difficult to achieve cooperation between the police on one side and the health and social professionals on the other side. This was done by generating cooperative projects, by listening to the needs of the other side, and by integrating the various demands of both sides to try to work out their disagreements. An effort was made to integrate all of their needs.

Pragmatism is one of the guiding principles in our drug policy. Ideology does not work. It is a question of trying new approaches to see what can be done in the field and of being honest enough to say that, if a certain approach does not work, we will stop it. Therefore, our projects are evidence-based and they are evaluated.

fréquenté par les toxicomanes. Non seulement Zurich, mais d'autres villes comme Berne et Bâle avaient ce même genre de lieux. Ce spectacle a forcé les gens à se rendre compte de ce qui se passait. Ils ne pouvaient plus fermer les yeux et cela les amenés à réfléchir et à se forger une opinion.

Les médias sont un autre facteur qui influencent l'opinion. Les médias ont parlé du problème de la drogue pendant des années ainsi que des initiatives qui ont été prises. Cela a forcé la classe politique à prendre position. La question qui revenait toujours lors des campagnes électorales était: Quelle est votre opinion au sujet de la politique à l'égard de la drogue? Pendant la longue période au cours de laquelle ces politiques ont été formulées, le public a également été influencé par les experts et d'autres professionnels éminents de la santé.

La visibilité des toxicomanes a amené les populations locales à exercer des pressions sur les autorités. Ce n'est pas le gouvernement national qui a été confronté le premier au problème de la drogue, mais les gens des villes et des quartiers fréquentés par les toxicomanes qui jugeaient la situation intolérable. Les pressions ont été exercées par les autorités locales sur les autorités régionales puis sur le gouvernement national.

Lorsque les villes et les cantons ont dit qu'ils ne pouvaient plus faire face à un problème répandu dans tout le pays, le gouvernement national a pris les choses en main. Les drogués ne vivaient pas dans les régions montagneuses du pays, mais dans les villes. Les villes avaient d'énormes problèmes de drogue. Non seulement elles devaient faire face à leurs propres toxicomanes, mais également à ceux des régions avoisinantes. Notre gouvernement national a commencé à coordonner un plan d'action dans les divers cantons et les diverses régions et a communiqué l'information disponible. Un autre facteur est qu'on s'est rendu compte que le sida frappait durement les toxicomanes qui s'injectaient de la drogue.

Un des principes directeurs que nous avons adoptés est la nécessité d'un consensus, non seulement au niveau politique, mais entre les divers spécialistes. Une fois ce consensus atteint, il fallait l'entretenir, et il y a donc eu des échanges d'arguments et des divergences d'opinions qui ont suscité des débats très animés. Nous avons examiné attentivement les mesures prises et analysé leurs résultats.

La coopération a été assez facile à établir entre les divers professionnels de la santé et du domaine social. Par contre, la coopération entre eux et la police a été beaucoup plus difficile. Elle a consisté à entreprendre des projets ensemble, à écouter les besoins de l'autre partie, et à essayer de résoudre leurs désaccords en tenant compte des besoins de chacune. On a essayé de tenir compte de tous les besoins.

Le pragmatisme est un des principes directeurs de notre politique à l'égard de la drogue. L'idéologie ne mène nulle part. Il faut essayer de nouvelles méthodes pour voir ce qu'il est possible de faire sur le terrain et avoir l'honnêteté de reconnaître que si une approche est inefficace, il faut l'abandonner. Nos programmes

We try to implement only projects that have been evaluated and are evidence-based. The facts and figures, the results, of these evidence-based projects are distributed to the political arena.

We have several examples of innovative programs, but the best examples of innovation are heroin-assisted treatment and the opening of safe injecting rooms.

Next, I will discuss the objectives of our policy, which speak for themselves, to reduce the number of new drug users and to increase the number of people quitting addiction. If we cannot manage that, then the objective is to reduce the health damage and the social marketing of the addicts; to protect society from the negative impacts of drug problems; and to fight criminality. With these objectives in mind, we have a four-fold approach to implementation that is based on prevention. The four-fold approach presents a struggle for balance, with the changing of drug abuse habits. If that proves to be unsuccessful, then we have therapy, rehabilitation, re-socialization, harm-reduction measures, repression control and law enforcement.

In respect of the key element of prevention, we have several projects underway. The main aim is to integrate people into their settings. We try to involve schools, families, sports clubs, et cetera. We have a large prevention program in sports clubs that includes coaching trainers in their approach to youth when there is a suspicion of substance abuse.

We also try to increase the life skills of young adults and we promote empowerment and health. We have begun work in schools to increase the realities of health and what health promotion should be about. We have lessened our focus on the substance and have directed our efforts on health promotion and prevention.

The second key element is therapy. We have a wide range of therapeutic measures available in Switzerland, including residential and rehabilitation therapy. There is methadone treatment, heroin-assisted treatment and outpatient treatment, without substitution. Of the approximately 7 million inhabitants in Switzerland, some 30,000 are considered to be heavily addicted drug abusers. Of these 30,000, we estimate that slightly more than two-thirds are in some kind of therapy treatment. Of these, there are approximately 1,500 addicts in residential therapy. Almost two-thirds of the addicts in therapy receive methadone treatment, 1,100 receive heroin-assisted treatment, and approximately 2,000 addicts are in receipt of outpatient treatment services.

The third key element is harm reduction and, in that regard we have various ongoing projects. Harm reduction was first mentioned in 1991 at the federal level in our measures package to deal with drug problems. In 1991, we held the first national drug conference, where harm reductions were discussed. One example of our harm reduction measures is the needle exchange program that includes safe injecting rooms. There are also job programs for users who are able to work on a daily basis. It is

sont donc axés sur les résultats et ils sont évalués. Nous essayons de mettre en oeuvre uniquement les programmes qui ont été évalués et qui sont axés sur les résultats. Les faits, les chiffres, les résultats de ces initiatives sont communiqués à la classe politique.

Nous avons plusieurs exemples de programmes novateurs, mais les meilleurs sont le traitement avec prescription d'héroïne et l'ouverture de salles d'injection sécuritaires.

Je vais maintenant aborder avec vous les objectifs de notre politique, qui sont suffisamment éloquentes. Il s'agit de réduire le nombre de nouveaux toxicomanes et d'augmenter le nombre de personnes désintoxiquées. Si nous ne pouvons pas y réussir, notre objectif est au moins de réduire les risques pour la santé et l'aliénation sociale des toxicomanes, de protéger la société contre les répercussions négatives de la drogue et de combattre la criminalité. Pour atteindre ces objectifs, nous avons un plan d'action axé sur la prévention qui comprend quatre éléments. C'est une approche qui se veut équilibrée et qui cherche à débarrasser le toxicomane de sa dépendance. Si ce n'est pas possible nous avons ensuite le traitement, la réinsertion, la resocialisation, les mesures de réduction des méfaits, la répression et le contrôle.

Pour ce qui est du principal élément, la prévention, nous avons plusieurs projets en cours. Leur principal objectif est d'intégrer les gens dans leurs milieux. Nous essayons de faire participer les écoles, les familles, les clubs sportifs, et cetera... Nous avons un important programme de prévention dans les clubs sportifs qui consiste notamment à indiquer aux moniteurs l'attitude à adopter lorsqu'ils soupçonnent un jeune de consommer de la drogue.

Nous essayons également d'améliorer l'autonomie fonctionnelle des jeunes adultes ainsi que l'autonomisation et la santé. Nous avons commencé à faire comprendre aux écoliers les réalités concernant la santé et la façon de la protéger. Nous centrons moins nos efforts sur la drogue et nous les dirigeons plutôt sur la promotion de la santé et la prévention.

Le deuxième élément clé est la thérapie. Un vaste éventail de mesures thérapeutiques est offert en Suisse, y compris le traitement en établissement et la réinsertion. Il y a le traitement à la méthadone, le traitement avec prescription d'héroïne et le traitement comme patient externe, sans substitution. Sur les 7 millions d'habitants que compte la Suisse, environ 30 000 sont considérés comme des fortement dépendants. Sur ces 30 000 toxicomanes, un peu plus des deux tiers suivent un traitement quelconque. Sur ce nombre, 1 500 toxicomanes environ sont traités en établissement. Près des deux tiers des toxicomanes qui sont traités reçoivent de la méthadone, 1 100, reçoivent une thérapie avec prescription d'héroïne, et environ 2 000 reçoivent des services de traitement externes.

Le troisième élément clé est la réduction des méfaits et, à cet égard, nous avons plusieurs programmes en cours. La réduction des méfaits a été mentionnée pour la première fois en 1991 au niveau fédéral, dans le train de mesures visant à faire face aux problèmes de la drogue. En 1991, nous avons organisé la première conférence nationale sur la drogue où nous avons discuté de cette dimension. Un exemple de mesures de réduction des méfaits est notre programme d'échange de seringues qui comprend des salles

difficult, perhaps, to understand this about a country such as Switzerland, but there is the need for shelter programs which would include the so-called "slip-ins," where drug addicts can stay overnight, and contact centres that are low-threshold places. Addicts can go in and ask for advice or help whenever needed.

The fourth key element is repression, control, law enforcement. We have strict control of psychotropic substances. In accordance with United Nations conventions, we have an import and export authorization in order to ensure that none of these substances will be diverted into illegal channels. There is control of drug trafficking, organized crime and money laundering. Switzerland has a money-laundering law.

There are referrals to centres for drug addicts. This goes back to the time when drug addicts were going into the cities and the cities could no longer cope with the situation. They opened referral centres so that mountainous or other regions would recognize that they, too, had a drug problem although their residents with this addiction were moving into the cities. A drug addict not coming from the city will be brought into a referral centre and then taken home to the area where he or she resides.

I have given you a synopsis of our drug policy. I did not say, however, that our government would implement the drug policy because its implementation is up to the cantons. We do have differences in the regions. For example, the south of Switzerland or the western, French-speaking part of the country will implement that policy in a different way from the way it will be implemented in the German-speaking part. There is a wide range of harm reduction measures in the German-speaking part. For example, they have drug injecting rooms whereas there is, currently, only one drug injecting room in the entire western part of the country. That room is in Geneva. The southern part of our country has none. This demonstrates the different implementation practices of the cantons.

As a result of our drug policy, the number of heavily addicted people has remained more or less the same. However, we have a high number of people in treatment. We have managed to increase the number of people in treatment during the past 10 years.

We have realized that it is a continuous struggle to ensure cooperation and a balanced approach. In fact, it is never achieved; it is something that we must work on constantly.

As well, a balance between the interests of the general population and the needs of drug addicts must be found. It is a delicate balance.

We have also realized that it is not a matter of having only one measure in place, that is drug policy, but it is a matter of combining that with activities and general projects in order to make a difference. It is the combined results of all of these measures that help.

d'injection sécuritaires. Il y a aussi des programmes d'emploi pour les toxicomanes qui peuvent travailler tous les jours. C'est peut-être difficile à comprendre pour un pays comme la Suisse, mais nous avons besoin de foyers où les toxicomanes peuvent dormir la nuit et des centres de contact à bas seuil. Les toxicomanes peuvent y aller demander des conseils ou de l'aide chaque fois qu'ils en ont besoin.

Le quatrième élément clé est la répression, le contrôle et l'application de la loi. Nous exerçons un contrôle très strict sur les substances psychotropes. Conformément aux conventions des Nations Unies, l'importation et l'exportation de ces substances doivent faire l'objet d'une autorisation afin qu'il n'y ait pas de détournement vers des marchés illégaux. La Suisse contrôle le trafic des stupéfiants, le crime organisé et le blanchiment d'argent. La Suisse a une loi sur le blanchiment d'argent.

Les toxicomanes sont dirigés vers des centres. Cela date de l'époque où les toxicomanes allaient dans les villes et ces dernières ne pouvaient plus faire face à la situation. Elles ont ouvert des centres afin que les régions montagneuses et les autres localités reconnaissent qu'elles avaient également un problème de drogue même si leurs toxicomanes partaient vers les villes. Un toxicomane qui vient de l'extérieur est conduit à un centre à partir duquel on le ramène chez lui.

Je vous ai donné un résumé de notre politique à l'égard de la drogue. Je n'ai pas dit, toutefois, que notre gouvernement allait la mettre en oeuvre étant donné que cela incombe aux cantons. Il y a des différences d'une région à l'autre. Par exemple, le sud de la Suisse ou la partie ouest francophone du pays vont appliquer cette politique différemment de la partie germanophone. Dans la partie germanophone, on a mis en place un vaste éventail de mesures de réduction des risques. Par exemple, il y a des salles d'injection sécuritaires alors qu'à l'heure actuelle il y en a qu'une seule dans toute la partie ouest du pays. Ce site d'injection se trouve à Genève. Il n'y en a aucun dans le sud. Cela montre que les cantons n'appliquent pas tous la politique de la même façon.

Suite à notre politique en matière de drogue, le nombre de toxicomanes très dépendants est resté à peu près stable. Nous avons toutefois un grand nombre de personnes en thérapie. Nous avons réussi à accroître leur nombre au cours des 10 dernières années.

Nous nous sommes rendu compte qu'il fallait constamment lutter pour assurer une bonne coopération et un juste équilibre. En fait, nous n'y parvenons jamais; nous devons y travailler constamment.

Il faut également parvenir à un juste équilibre entre les intérêts du grand public et les besoins des toxicomanes. C'est un équilibre précaire.

Nous nous sommes également rendu compte qu'il ne s'agit pas seulement d'avoir une politique en matière de drogue, mais qu'il faut aussi des activités et des programmes pour changer les choses. C'est le résultat combiné de tous ces efforts qui améliore la situation.

I should now like to touch to our revision of our federal law on narcotic drugs and psychotropic substances from 1951.

The cannabis situation as it presents itself today in our country is quite unsatisfactory. Under our law today, narcotic drugs may not be cultivated, imported, produced or brought on to the market. Amongst other drugs, it specifies cannabis, which means that only when cannabis is produced as a narcotic drug does it come within this section. A producer will say that the cannabis is not being produced as a narcotic drug but as industrial cannabis for whatever reason. Then it will not be prohibited under this section. For example, pillows with a high THC content were sold as pillows and, therefore were not covered by this section. However, it was obvious that the people who bought these pillows would cut them open and use the contents as a narcotic drug. We had ruling by the Federal Court, which is the highest court in Switzerland, which held that it is not the product and the use of the product but the THC content that shall determine whether or not it is a narcotic drug. Nonetheless, legally, we are not in a very satisfactory situation.

Since the last revision in 1975, there has been an increasing number of drug addicts, but there are shortcomings in prevention and therapy. We have introduced harm reduction measures. At this point in time, they are not part of our law, but they have become a key element. The heroin-assisted treatment mandate will expire in 2004. By bringing it into the law, it will be accepted as a therapeutic measure.

Some experts question whether criminalizing consumption will reduce the spread of drug consumption.

I would also mention that there are different prosecution practices in the cantons.

All of these things that I have mentioned will extend the overall scope of our law. However, the focus will no longer be on controlling trade in narcotic drugs and combating drug-related crime, it will be on public health. Protection of the health of the individual and protection of the population from health-related consequences of addiction-based problems will be the centre of concern.

The law also adapts to the reality of the slightly more than 7 million people in Switzerland. We estimate that 500,000 people consume cannabis, either on a recreational or regular basis.

My other points deal with the decriminalization of cannabis consumption, which I will address later, and feasible regulations for cultivation, production and trade in cannabis products. It is also important in this context to improve and enhance the protection of the young.

A further objective in Switzerland is the concentration of law enforcement on organized crime, money laundering and public order, as well as nation-wide uniform implementation.

The best known of our revisions is the partly new orientation proposed for addressing the various issues concerning cannabis. There are several reasons for the idea of giving cannabis and its

Je voudrais maintenant parler de la révision de notre loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes de 1951.

La situation du cannabis est plutôt insatisfaisante à l'heure actuelle dans notre pays. Selon la loi en vigueur, la culture, l'importation, la production ou la mise en marché de stupéfiants est interdite. Le cannabis est mentionné parmi les autres drogues ce qui veut dire qu'il est visé par cet article uniquement lorsqu'il est produit comme stupéfiant. Un producteur dira qu'il produit du cannabis non pas comme stupéfiant, mais à des fins industrielles. Il ne sera donc pas visé par cette disposition. Par exemple, des oreillers bourrés de cannabis ayant une forte teneur en THC ont été vendus comme oreillers et n'étaient donc pas couverts par cet article. Pourtant, il était évident que ceux qui achetaient ces oreillers allaient les ouvrir pour en fumer le contenu. La Cour fédérale, le plus haut tribunal du pays, a jugé que ce n'est ni le produit ni son usage, mais sa teneur en THC qui doit déterminer s'il s'agit ou non d'un stupéfiant. Néanmoins, notre situation n'est pas très satisfaisante sur le plan juridique.

Depuis la dernière révision de la loi en 1975, le nombre de toxicomanes a augmenté, mais il y a des lacunes sur le plan de la prévention et du traitement. Nous avons mis en place des mesures de réduction des méfaits. Elles ne sont pas encore intégrées dans notre législation, mais elles sont devenues un élément clé de notre politique. Le mandat visant le traitement avec prescription d'héroïne expirera en 2004. Une fois intégré dans la loi, ce traitement deviendra une mesure thérapeutique légale.

Certains experts doutent qu'on puisse réduire la consommation de drogue en la pénalisant.

Je dois également mentionner que les cantons procèdent différemment en ce qui concerne la poursuite.

Toutes les mesures que j'ai mentionnées vont élargir la portée générale de notre législation. Toutefois, elle ne sera plus centrée sur la répression du trafic des stupéfiants et la criminalité liée à la drogue, mais sur la santé publique. Notre principale préoccupation sera de protéger la santé de l'intéressé et de protéger le public contre les conséquences sanitaires de la toxicomanie.

La loi s'adapte également à la situation réelle des 7 millions d'habitants de la Suisse. Nous estimons que 500 000 personnes consomment du cannabis, à l'occasion ou régulièrement.

Je voudrais également parler de la dépénalisation de la consommation de cannabis, que j'aborderai plus tard, et des règlements qui pourraient s'appliquer à la culture, à la production et au commerce des produits de cannabis. Il est également important, dans ce contexte, d'améliorer la protection de la jeunesse.

Un autre objectif que nous poursuivons en Suisse est la concentration de la répression du crime organisé, du blanchiment d'argent et des atteintes à l'ordre public en plus de promouvoir une application uniforme de la loi à l'échelle du pays.

Le changement à notre législation qui est le mieux connu est la nouvelle orientation proposée pour résoudre les divers problèmes concernant le cannabis. Plusieurs arguments justifieraient que l'on

products a special status compared to other narcotic drugs. We consider that scientific proof that cannabis is a gateway drug is still missing. We also have new research results confirming that the adverse affects of cannabis consumption, compared to alcohol and tobacco, are less damaging to health. As well, hemp has been re-discovered as an agricultural product. Textiles, pillows, as I mentioned before, and beauty products are being produced from this substance. The cultivation of industrial hemp is not subject to any control. This gives rise to the problem of distinguishing between industrial production and illicit production. Illicit production would be hard to detect and hard to control.

There is also the question of the therapeutic use of cannabis. Only small trials are underway in Switzerland regarding the medicinal use of cannabis. I know there are medicinal cannabis licences available in Canada. There are trials in Great Britain regarding cannabis therapeutic use and we are looking forward to their results.

As for the decriminalization of the consumption of cannabis that is suggested in the draft of the federal council, it is planned to exempt the purchase, possession and consumption of cannabis for personal use from prosecution and punishment. Prosecution of these acts currently places a burden on prosecution authorities that is out of proportion to the damage that is done to public health caused by these acts.

You may want to ask why cannabis and its products should be treated differently from other products such as other narcotic drugs. Cannabis is the most widely used illegal substance in Switzerland, as I stated before. Cannabis has a lower addiction rate and risk potential than heroin, cocaine and amphetamines, as well as alcohol and tobacco. This, however, should not mean that the consumption of cannabis is in any way played down. It will remain one of the objectives of our prevention work to ensure that the message will be that, although consumption will be de-criminalized, any consumption of psychoactive substances is undesired and never without risk. We have expertise elaborated on behalf of our office that shows there is no connection between restrictive law and prevalence of cannabis consumption.

With the decriminalization of cannabis consumption, special attention is given to protection of the young. A working group that has been set up came to the conclusion that the most important objective was the protection of the young against use and abuse of substances, as well as against addictive behaviour in general.

The political message, as I said before, will need to be that consumption of cannabis, although not punishable anymore, is unwanted and undesired. The recommendations of the working group were taken into consideration when elaborating the draft of the federal council. There are special provisions in the law for the youth. For example, the concerns of the youth shall be taken into special consideration when applying the law. There is a special article for an early assessment system to detect youth at risk, and their counselling will be enhanced. A harsher punishment is foreseen for people making drugs available to youth under the age

accorde au cannabis et à ses produits un statut spécial par rapport aux autres stupéfiants. Nous considérons qu'il n'y a pas encore de preuve scientifique que le cannabis conduit à d'autres drogues. Les résultats de nouvelles recherches confirment également que la consommation de cannabis est moins néfaste pour la santé que la consommation d'alcool et de tabac. Le chanvre a également été redécouvert comme produit agricole. Il sert à fabriquer des textiles, des oreillers, comme je l'ai déjà mentionné, ainsi que des produits de beauté. La culture du chanvre industriel ne fait l'objet d'aucun contrôle. Il est donc difficile de faire la distinction entre la production industrielle et la production illicite. La production illicite est difficile à détecter et à contrôler.

Il y a aussi la question de l'usage thérapeutique du cannabis. L'usage du cannabis à des fins médicales fait seulement l'objet de petits essais en Suisse. Je sais que des permis ont été accordés à cette fin au Canada. Des essais sont réalisés en Grande-Bretagne et nous attendons le résultat.

Quant à la dépénalisation de la consommation de cannabis suggérée dans le projet du conseil fédéral, l'achat, la possession et la consommation de cannabis à des fins personnelles seraient exemptés de poursuite et de sanctions. Ce genre de poursuites imposent actuellement à la partie poursuivante un fardeau hors de proportion avec les torts causés sur le plan de la santé publique.

Peut-être me demanderez-vous pourquoi le cannabis et ses produits devraient être traités différemment des autres stupéfiants. Le cannabis est la substance illicite la plus couramment consommée en Suisse, comme je l'ai déjà dit. Le cannabis a un taux d'accoutumance et un potentiel de risque plus faible que l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines, de même que l'alcool et le tabac. Cela ne veut pas dire, toutefois, que la consommation de cannabis soit prise à la légère. L'un des objectifs de nos mesures de prévention est toujours de faire comprendre que, même si la consommation de cannabis sera dépénalisée, la consommation de toute substance psychoactive est mauvaise et jamais sans risque. Nous avons des rapports d'experts démontrant qu'il n'y a aucun lien entre une loi restrictive et la prévalence de la consommation de cannabis.

La dépénalisation de la consommation de cannabis s'accompagne d'une attention spéciale pour la protection de la jeunesse. Un groupe de travail qui a été mis sur pied a conclu que l'objectif le plus important était de protéger les jeunes contre la consommation et l'abus de substances psychoactives et la dépendance en général.

Comme je l'ai déjà dit, le message politique sera que la consommation de cannabis est néfaste et mauvaise même si elle n'est plus punissable. Le projet du conseil fédéral a été élaboré en tenant compte des recommandations du groupe de travail. La loi prévoit des dispositions spéciales pour les jeunes. Par exemple, la loi doit être appliquée en tenant spécialement compte des problèmes des jeunes. Il y en a un article spécial qui prévoit un système de dépistage des jeunes à risque et ces derniers bénéficieront de meilleurs services de counselling. Des sanctions plus sévères sont prévues pour ceux qui mettent des drogues à la

of 18. In order to enhance these preventive measures, to evaluate their effectiveness and for flanking research, the federal council has suggested an investment of approximately 1.2 million Swiss francs over the next five years.

Regarding cultivation trade in and production of cannabis, this is by far the most complex issue of our revision. Due to the loopholes I have mentioned at the beginning, a feasible regulation for the cultivation and production trade must be found. We would like to introduce clear guidelines in order to define with respect to cultivation of cannabis and trading in cannabis products. These guidelines have to take into account the present situation with regards to cannabis. They must be uniform for the whole country and they must guarantee a univocal application of our law.

Although cannabis consumption will be decriminalized, cannabis remains a forbidden drug. Its cultivation, trade and, in particular, related cross-border activities will continue to be grounds for prosecution and punishment. However, the obligation to prosecute should be restricted with respect to cultivation and direct small-scale trading in the domestic market.

The law, as proposed now, will enable the federal council to define clear priorities for the prosecution of drug-related offences according to a framework stipulated in this law. In other words, the federal council has the competence to define in an ordinance under which conditions prosecution can be waived. Generally, the mentioned activities remain criminal offences, but similar to the regulations in the Netherlands exemptions from the prosecution are possible.

You may wonder what is the content of the foreseen regulation. The conditions for the sale would be an accurate accounting of the supplier and retailer, no sale to persons below the age of 18, no advertising, strict control that only sale to Swiss residents will be made, and no disturbance of public order.

Conditions for the cultivation and the manufacture stipulated in the ordinance as being elaborate at present could be the definition of THC content and limit for the various products, making credible that the producer only sells to the Swiss market and an obligatory registration for cultivation.

The possible schedule for the revision is that at present we are elaborating the text and the explanatory report for the cannabis ordinance; this will take until April. In May and June, we will be having discussions with experts and cantonal administration. In the winter session, which is in November, we expect consultation between the federal offices and the federal departments, and in December we hope to be able to open the consultation procedure by the federal council.

With regard to the schedule for the time frame of the revision of our law, we hope that in June or in August the Commission for Social Security and Health, CSSH, of the national council will be debating on this issue. We hope that in the fall session the national council will make the decision and that during the winter session we can reach a consensus between the two councils, being

disposition des jeunes âgés de moins de 18 ans. Pour accroître ces mesures de prévention, évaluer leur efficacité et soutenir la recherche, le conseil fédéral a suggéré un investissement d'environ 1,2 million de francs suisses au cours des cinq prochaines années.

Pour ce qui est de la culture, du commerce et de la production de cannabis, c'est de loin la question la plus complexe que nous avons eue à aborder. En raison des lacunes que j'ai mentionnées au départ, nous devons mettre au point un règlement réaliste pour la culture, la production et le commerce. Nous aimerions mettre en place des lignes directrices claires à l'égard de la culture du cannabis et du commerce des produits de cannabis. Ces lignes directrices doivent tenir compte de la situation actuelle. Elles doivent être appliquées uniformément dans l'ensemble du pays et doivent garantir l'application uniforme de la loi.

Bien que la consommation de cannabis sera dépénalisée, le cannabis reste une drogue interdite. Sa culture, son commerce et surtout son trafic d'un côté à l'autre de la frontière resteront passibles de poursuites et de sanctions pénales. Néanmoins, l'obligation de poursuivre sera limitée en ce qui concerne la culture et le commerce direct à petite échelle sur le marché national.

Le projet de loi permettra au conseil fédéral de définir clairement les priorités pour la poursuite des infractions liées à la drogue dans le cadre des dispositions de la loi. Autrement dit, le conseil fédéral pourra définir dans un arrêté dans quelles circonstances l'auteur du délit ne sera pas poursuivi. De façon générale, les activités mentionnées demeurent des infractions au Code pénal, mais comme aux Pays-Bas, des exemptions sont possibles.

Vous vous demanderez peut-être quelle est la teneur du projet de règlement. Les conditions rattachées à la vente seront que le fournisseur et le détaillant devront tenir une comptabilité précise, qu'aucune vente ne pourra être faite à des jeunes âgés de moins de 18 ans, qu'il ne pourra y avoir aucune publicité, que les ventes pourront être faites uniquement à des résidents de la Suisse, et que l'ordre public ne devra pas être perturbé.

Les conditions imposées pour la culture et la fabrication pourraient reposer sur la définition de la teneur en THC pour les divers produits, la preuve que le producteur vend seulement le cannabis sur le marché suisse et l'enregistrement obligatoire pour la culture du cannabis.

Nous sommes en train d'élaborer le texte et le rapport explicatif du décret sur le cannabis, ce qui nous conduira jusqu'au mois d'avril. En mai et juin, nous tiendrons des discussions avec des experts et l'administration cantonale. Au cours de la session d'hiver, en novembre, nous nous attendons à ce qu'il y ait des consultations entre les offices et les ministères fédéraux et, en décembre, nous espérons que le conseil fédéral pourra entamer la procédure de consultation.

En ce qui concerne l'échéancier prévu pour la révision de notre loi, nous espérons qu'en juin ou en août, la Commission pour la sécurité sociale et la santé du conseil national débattrra de cette question. Nous espérons qu'au cours de la session d'automne, le conseil national prendra une décision et qu'au cours de la session d'hiver, il y a aura consensus entre les deux conseils, soit le

the council of states and the national council. If that were feasible, then we would have some time mid-December the period for a referendum, which is when the collection of 50,000 signatures would start. They have 100 days in which to collect these signatures, which would make it around the beginning of April. That is approximately the time schedule that we have.

[*Translation*]

The Chairman: Do you speak French?

Ms Steber Büchli: Yes, a little.

The Chairman: I would like you to give us some statistics on drug use in general and by type of drug. Do you have those statistics?

[*English*]

Ms Steber Büchli: I do not have statistics here concerning the various issues. In 1998, research was done into whether young people had consumed any drugs — and I have that here. We have an increase of the use of ecstasy and cannabis products. In general, we think that the consumption of heroin has remained more or less stable, and we do have an increase of cocaine.

The Chairman: Have you noticed a decline in the use of heroin since the creation of new programs such as injection rooms?

Ms Steber Büchli: No. We have had a relatively stable population of intravenous drug users, regardless of drug-injecting rooms. The drug-injecting rooms were opened in the late 1980s. We have seen a strong decline of HIV/AIDS infections.

The Chairman: That is a positive result, but the injection rooms did not stabilize use?

Ms Steber Büchli: Drug-injecting rooms are generally harm-reduction measures. We do not purport to have any influence on people who want to start consuming drugs. The purpose is to maintain the health of those who are already in this circle and to reduce their social marginalization.

The Chairman: The mandate of this committee is primarily to study cannabis use, but we also look at other drugs. Will you explain to us how this treatment program works?

Ms Steber Büchli: Mr. Uchtenhagen will speak to you about heroin-assisted treatment this afternoon. To return to your earlier question, the safe injecting rooms have their own rules. One of the rules is that no so-called “first timers” are allowed in the safe injecting rooms. Therefore, safe injecting rooms have no link with people starting consumption.

With regard to therapy, there is a wide range of ways through which a drug addict will get into drug therapy. It could be via a safe injecting room, because there are people at the safe injecting rooms offering counselling. The other possibility would be the contact centres that I have mentioned as a harm-reduction

conseil des États et le conseil national. Si c'est possible, vers la mi-décembre, les 50 000 signatures nécessaires à la tenue d'un référendum commenceront à être recueillies. On disposera de 100 jours pour réunir ces signatures, ce qui nous amène vers le début d'avril. Voilà notre échéancier approximatif.

[*Français*]

Le président: Parlez-vous français?

Mme Steber Büchli: Un peu, oui.

Le président: J'aimerais que vous nous donniez des statistiques sur la consommation des drogues en général et par catégorie de drogue. Disposez-vous de ce genre de statistiques?

[*Traduction*]

Mme Steber Büchli: Je n'ai pas de chiffres sous la main. En 1998, il y a eu une enquête auprès des jeunes pour savoir s'ils avaient consommé de la drogue et j'ai ici les résultats. Il y a une augmentation de la consommation d'ecstasy et des produits de cannabis. Nous pensons qu'en général la consommation d'héroïne est restée plus ou moins stable mais que la consommation de cocaïne a augmenté.

Le président: Avez-vous constaté une baisse de la consommation d'héroïne depuis la mise sur pied de nouveaux programmes comme les salles d'injection sécuritaires?

Mme Steber Büchli: Non. Nous avons une population relativement stable de toxicomanes qui s'injectent de la drogue, peu importe l'existence de salles d'injection sécuritaires. Ces établissements ont ouvert leurs portes à la fin des années 80. Nous avons constaté une forte baisse du VIH/sida.

Le président: C'est un résultat positif, mais les salles d'injection n'ont pas stabilisé l'usage de cette drogue?

Mme Steber Büchli: Les salles d'injection sont généralement des mesures de réduction des méfaits. Nous ne prétendons pas avoir une influence sur ceux qui veulent commencer à consommer de la drogue. Le but est de protéger la santé de ceux qui font déjà partie de ce cercle et de réduire leur marginalisation sociale.

Le président: Notre comité a pour principale mission d'étudier la consommation de cannabis, mais nous nous penchons également sur les autres drogues. Pouvez-vous nous expliquer comment fonctionne ce programme de traitement?

Mme Steber Büchli: M. Uchtenhagen vous parlera cet après-midi du traitement avec prescription d'héroïne. Pour revenir à votre question précédente, les salles d'injection sécuritaires ont leurs propres règles, l'une étant qu'aucun «débutant ne peut y avoir accès. Les salles d'injection sécuritaires n'incitent donc pas à commencer à consommer de la drogue.

Pour ce qui est du traitement, il y a diverses façons dont un toxicomane va commencer une thérapie. C'est peut-être par l'intermédiaire d'une salle d'injection sécuritaire parce qu'il y a sur place des gens qui offrent des services de counselling. Cela peut être également par l'entremise des centres de contact dont j'ai

measure. Addicts can simply drop in there and be referred to a centre after discussion about the best alternative.

[Translation]

The Chairman: There are many similarities between Switzerland and Canada with respect to the structure of the State, which is a federal structure, and with respect to the provinces in Canada and the cantons in Switzerland. In your national strategy, how integrated are the governments at the federal, canton and municipal levels? Are you aiming for a better integration of these levels of government?

[English]

Ms Steber Büchli: There are several commissions at city level and cantonal level on which our office is represented. Through these commissions, the cantons get together to exchange information and discuss problems they may have. The implementation of the law is a cantonal matter. By providing facts and figures and coordinative measures, we hope to get the most widespread implementation of our law.

[Translation]

The Chairman: One of the guiding principles you mentioned earlier on was evidence and relatively constant information. Who is responsible for gathering, updating and redistributing that information?

[English]

Ms Steber Büchli: Our office has overall responsibility, but we mandate other institutions to scientifically follow-up on our projects. The information is distributed by our office into the various channels, be it the commissions I have mentioned or on a request basis. There are various channels for distribution.

The Chairman: Is the Federal Office of Public Health independent from the federal government? Is it like the “observatoire” in French?

Ms Steber Büchli: No.

The Chairman: It is integrated into the government?

Ms Steber Büchli: That is right.

The Chairman: You are in charge of doing what is done by other “observatoires” in Europe?

Ms Steber Büchli: That is right. That is why we do not have such good data. We have just opened an “observatoire” like the focal points that the European Union member states have. They collect the data. We collect data as well, but we do not have indicators as the European Union has.

The Chairman: What is the level of independence you have with the government in performing those objectives?

Ms Steber Büchli: We are a governmental office.

parlé à propos des mesures de réduction des méfaits. Les toxicomanes peuvent simplement y aller et se faire diriger vers un centre après avoir discuté de la meilleure option.

[Français]

Le président: La Suisse et le Canada se ressemblent à plusieurs égards quant à la structure de l'État, une structure fédérale, ainsi qu'au niveau des provinces au Canada et des cantons en Suisse. Dans votre stratégie nationale, quel est le niveau d'intégration entre les divers niveaux des gouvernements fédéral, cantonal et municipal? Visez-vous à une meilleure intégration des paliers de gouvernement?

[Traduction]

Mme Steber Büchli: Il y a plusieurs commissions aux niveaux municipal et cantonal où notre office est représenté. Au niveau de ces commissions, les cantons échangent de l'information et discutent de leurs problèmes. La mise en oeuvre de la loi est du ressort des cantons. En communiquant des faits et des données ainsi qu'en proposant des mesures de coordination, nous nous assurons que notre loi est mise en oeuvre à tous les niveaux.

[Français]

Le président: Parmi les principes directeurs que vous avez énumérés un peu plus tôt, vous avez mentionné la preuve et l'information adéquatement soutenue. Qui est chargé de faire la cueillette de cette information, de la mettre à jour et de la redistribuer?

[Traduction]

Mme Steber Büchli: Notre office détient la responsabilité générale, mais nous confions à d'autres institutions le soin d'assurer le suivi scientifique de nos projets. L'information est distribuée par notre office à diverses filières, qu'il s'agisse des commissions que j'ai mentionnées ou sur demande. Il y a diverses filières de distribution.

Le président: Le Bureau fédéral de santé publique est-il indépendant du gouvernement fédéral? Est-ce comme «l'observatoire» en français?

Mme Steber Büchli: Non.

Le président: Fait-il partie du gouvernement fédéral?

Mme Steber Büchli: C'est cela.

Le président: Vous avez la responsabilité de faire ce que font les autres «observatoires» en Europe?

Mme Steber Büchli: C'est exact. Voilà pourquoi nos données ne sont pas aussi fiables. Nous venons d'ouvrir un «observatoire»; qui ressemble aux centres de liaison qu'ont les États membres de l'Union européenne. Ces centres rassemblent les données. Nous réunissons des données nous aussi, mais nous n'avons pas les mêmes indicateurs que l'Union européenne.

Le président: Quel degré d'indépendance avez-vous par rapport au gouvernement dans l'atteinte de ces objectifs?

Mme Steber Büchli: Nous sommes un office gouvernemental.

The Chairman: That means that you are subject to decisions made by people above you in the hierarchy of government. They could decide tomorrow to cut your budget?

Ms Steber Büchli: They could, yes.

The Chairman: Therefore, there is no “observatoire” in Switzerland? You fulfil that role?

Ms Steber Büchli: Yes.

The Chairman: You look after inquiries and funding for them. My first question was about the use of drugs in Switzerland, and you look after that. How does that operate?

Ms Steber Büchli: Our unit, which is called Substance and AIDS, has a budget that is approved by the government. Within this budget, we have programs evaluated.

The Chairman: Is it your responsibility to disseminate the information to the general population, or is that done through another service of your department?

Ms Steber Büchli: Yes, we disseminate information. That is one of our main aims. We make available information, facts and figures, not only to the cantons but also to politicians in order to guarantee that the debate is based on the evidence.

The Chairman: Why has your country not ratified the 1988 convention?

Ms Steber Büchli: It was a time problem. Parliament had actually started its parliamentary debate on the accession to the 1988 convention when the first initiative was handed in. With that initiative, the government decided that it should postpone the deliberations on the accession to see the result of the national vote. There was another national vote a year later. The question again arose and parliament decided to postpone its deliberations yet again. While waiting for the national vote on the second initiative, the federal council gave our office the mandate to start revising the federal law.

With this revision, again they saw that cannabis and the decriminalization of cannabis could be an issue, so parliament yet again postponed its deliberations. The question was this: Do we have to make some reservations; if so, which ones? That is why it is still pending.

The Chairman: That probably relates to the pragmatism as one of your...

[Translation]

... guiding principle...

[English]

You will ensure that the ratification of the convention will relate properly to your new act?

Ms Steber Büchli: Exactly, yes.

Le président: Ce qui veut dire que vous êtes soumis aux décisions que prennent vos supérieurs hiérarchiques du gouvernement. Ceux-ci pourraient décider demain de sabrer dans votre budget?

Mme Steber Büchli: Ils pourraient le faire, oui.

Le président: Il n’y a donc pas d’«observatoire» en Suisse? Vous jouez ce rôle?

Mme Steber Büchli: Oui.

Le président: Vous vous occupez des enquêtes et les financez. Ma première question portait sur la consommation des drogues en Suisse, et vous vous occupez de cela aussi. Comment est-ce que ça marche?

Mme Steber Büchli: Notre unité, qu’on appelle le Service des substances et du sida, a un budget qui est approuvé par le gouvernement. À l’intérieur de ce budget, nous faisons évaluer les programmes.

Le président: Vous appartient-il de diffuser l’information au grand public, ou est-ce un autre service de votre office qui s’en charge?

Mme Steber Büchli: Oui, nous diffusons l’information. C’est l’une de nos principales responsabilités. Nous communiquons des informations, des faits et des données, non seulement aux cantons, mais aussi aux politiciens pour nous assurer que le débat est axé sur les résultats.

Le président: Pourquoi votre pays n’a-t-il pas ratifié la convention de 1988?

Mme Steber Büchli: Le temps nous a manqué. Le Parlement avait en fait entrepris un débat sur la ratification de la convention de 1988 lorsque la première initiative a été présentée. Cela étant fait, le gouvernement a décidé de retarder son débat sur la ratification dans l’attente des résultats du vote national. Il y a eu un autre vote national un an plus tard. La question s’est posée de nouveau, et le gouvernement a décidé encore une fois de retarder son débat. En attendant le vote national sur la seconde initiative, le conseil fédéral a confié à notre office le mandat de refondre la loi fédérale.

Cette refonte étant en cours, le Parlement a constaté une fois de plus que le cannabis et la dépénalisation du cannabis pouvait faire problème, il a donc décidé encore une fois de retarder son débat. La question était celle-ci: devons-nous prévoir des exemptions, si oui, lesquelles? Ce débat n’est pas terminé.

Le président: Cela tient probablement au fait que le pragmatisme est l’un de vos...

[Français]

... principe directeur...

[Traduction]

Vous allez vous assurer que la ratification de la convention s’intègre bien dans votre nouvelle loi?

Mme Steber Büchli: Exactement, oui.

The Chairman: Referring to the act, section 19(b) puzzled me. I have the French text here, which says:

[*Translation*]

A person who limits drug use to himself or allows a third party to use the drugs at the same time as him after having provided the drug free of charge is not punishable if the amounts are minimal.

[*English*]

That is the law of your land already. Is that correct?

Ms Steber Büchli: Yes.

The Chairman: If I understand it correctly, it means that if I grow and prepare marijuana and you are a guest and we smoke it together, there is no problem; that is to say, no one will charge you or me. Is that the way I should read section 19(b)?

Ms Steber Büchli: Not really, because section 19(b) refers to section 19(1), which states that it is punishable for those who cultivate or produce narcotic drugs in any way.

The Chairman: I, too, read section 19. After that, I read 19(b). Let us read it in English: "Any one who merely prepares narcotics for personal use or for shared use with others at no charge is not punishable where the quantities involved are minimal."

It is quite clear.

Ms Steber Büchli: With the exception of cannabis, yes; the other narcotic drugs, no.

The Chairman: Section 19(b) relates only to cannabis?

Ms Steber Büchli: No, it does not relate only to cannabis, but the exemption from being punishable relates only to cannabis.

The Chairman: That means that personal use and recreational use are permitted?

Ms Steber Büchli: It is not allowed of narcotic drugs.

The Chairman: Marijuana is a narcotic drug?

Ms Steber Büchli: Yes.

The Chairman: If I read section 19(b) correctly, it means that it is not punishable if I merely prepare a narcotic for personal use and share it with friends. There is no charge.

Ms Steber Büchli: There is no charge for cannabis, yes.

The Chairman: It means that it is not punishable?

Ms Steber Büchli: Yes, for cannabis.

The Chairman: Tell me about prevention in schools. How is it done? Who is in charge? Is it the police? How much money is involved in that strategy?

Le président: Pour en revenir à la loi, l'alinéa 19b) m'intrigue. J'ai devant moi le texte français, qui dit:

[*Français*]

Celui qui se borne à préparer pour lui-même la consommation de stupéfiants ou à permettre à des tiers d'en consommer simultanément en commun après leur en avoir fourni gratuitement n'est pas punissable s'il s'agit de quantités minimales.

[*Traduction*]

C'est déjà la loi de votre pays, n'est-ce pas?

Mme Steber Büchli: Oui.

Le président: Si je comprends bien, cela veut dire que si je cultive de la marijuana et que je la prépare, et que vous êtes invité chez moi et que nous en fumons ensemble, il n'y a pas de problème; c'est-à-dire qu'aucune accusation ne sera portée contre vous ou moi. Ai-je bien interprété l'alinéa 19b)?

Mme Steber Büchli: Pas vraiment, parce que l'alinéa 19b) renvoie au paragraphe 19(1) qui dit que, commet une infraction quiconque cultive ou produit des stupéfiants.

Le président: J'ai lu moi aussi l'article 19. Ensuite, j'ai lu l'alinéa 19b). Lisons-le ensemble: «Celui qui se borne à préparer pour lui-même la consommation de stupéfiants ou à permettre à des tiers d'en consommer simultanément en commun après leur en avoir fourni gratuitement n'est pas punissable s'il s'agit de quantités minimales».

C'est très clair.

Mme Steber Büchli: À l'exception du cannabis, oui; les autres stupéfiants, non.

Le président: L'alinéa 19b) ne traite que du cannabis?

Mme Steber Büchli: Non, il ne traite pas que du cannabis, mais l'exemption du châtement ne se rapporte qu'au cannabis.

Le président: Ce qui veut dire qu'on permet la consommation personnelle et à titre récréatif?

Mme Steber Büchli: Cela n'est pas permis pour les stupéfiants.

Le président: La marijuana est un stupéfiant?

Mme Steber Büchli: Oui.

Le président: Si je comprends bien l'alinéa 19b), cela veut dire que je ne commets pas une infraction si je me borne à préparer un stupéfiant pour consommation personnelle et à le partager avec des amis. Aucune accusation ne sera portée.

Mme Steber Büchli: On ne porte aucune accusation pour la consommation de cannabis, en effet.

Le président: Cela veut dire que ce n'est pas punissable?

Mme Steber Büchli: Oui, pour le cannabis.

Le président: Parlez-moi de la prévention dans les écoles. Comment procédez-vous? Qui est responsable? Est-ce la police? Combien d'argent consacre-t-on à cette stratégie?

Our research is telling us that, between 1991 and 1995, the average annual cost for prevention is between 30 and 35 Swiss francs per year, which is relatively the same in Canadian dollars. How much money is involved in prevention in schools and how does the program operate?

Ms Steber Büchli: Prevention in schools has changed quite a bit. It used to involve police officers going with different powders into schools and telling the children what they are and why they are dangerous. Today, we are moving away from the substance only, toward health-promotion activities.

Schools are within the competence of the cantons. We work closely together with the cantons in order to get so-called health-promoting schools. These schools, as they police themselves, have health-promoting activities going on. We help them by giving them information and ideas, but it is not up to the federal government.

We do have a project on early intervention that is being evaluated. The idea is to get young people who show risk behaviour into a project. Such risk behaviour includes non-compliance with school rules, the danger of dropping out of school, parents who are not getting along or are unable to control the child, shoplifting and alcohol. These kinds of risky behaviours will get the young adults into the program. The program lasts an average of six months, but it can be between four and nine months.

The basis of the research design is to see whether self-esteem can be improved, whether a young person's ability to deal problems, to discuss and to talk things out increases with help, compared to youngsters who have not been taken up in these programs. That is the research that we started. The first one began in 1999. Since 2000, we have 14 centres altogether. The program goes until 2003 or 2004.

The Chairman: In the statistics for 1998 that you referred to earlier, you have use of drugs in the category of 12 and up?

Ms Steber Büchli: We have 14 and 15, boys and girls.

The Chairman: Can we have access to that information?

Ms Steber Büchli: Yes, you may have that information.

The Chairman: Do you have in that information statistics on alcohol and tobacco also?

Ms Steber Büchli: Yes. We have a question as to whether they consume alcohol, tobacco and other drugs such as ecstasy and cannabis products.

The Chairman: Do you witness in Switzerland a multi-consumption of drugs — that is to say, taking not just one drug but involved in poli-intoxication?

Ms Steber Büchli: Yes.

D'après nos recherches, de 1991 à 1995, on consacrait en moyenne annuellement entre 30 et 35 francs suisses à la prévention, ce qui est à peu près la même chose en dollars canadiens. Combien d'argent consacre-t-on à la prévention dans les écoles et comment le programme fonctionne-t-il?

Mme Steber Büchli: La prévention dans les écoles a beaucoup évolué. Autrefois, des agents de police se rendaient dans les écoles et montraient diverses poudres aux enfants pour qu'ils les reconnaissent leur disant pourquoi elles étaient dangereuses. Aujourd'hui nous ne nous en tenons plus à la substance seulement, et nous privilégions des activités qui favorisent la santé.

Les écoles relèvent des cantons. Nous travaillons en étroite collaboration avec eux pour faire ce qu'on appelle la promotion de la santé. Ces écoles, étant donné qu'elles se gouvernent elles-mêmes, s'adonnent à des activités de promotion de la santé. Nous les aidons en leur communiquant des informations et des idées, mais ce n'est pas une responsabilité du gouvernement fédéral.

Nous avons un projet qui porte sur l'intervention précoce et que nous sommes en train d'évaluer. Le principe ici consiste à faire adhérer à un projet les jeunes gens qui présentent un comportement à risque. Ce comportement à risque comprend la désobéissance aux règlements de l'école, le risque de décrochage, les parents qui ne s'entendent pas ou qui sont incapables de discipliner l'enfant, le vol à l'étalage et l'alcool. Les jeunes adultes qui présentent ces comportements à risque doivent adhérer au programme. Le programme dure en moyenne six mois, mais il peut s'échelonner entre quatre et neuf mois.

L'objet de la recherche consiste à voir si l'on peut renforcer l'amour-propre de la jeune personne, si elle peut affronter ses problèmes, si l'aide qu'elle reçoit lui permet de discuter et d'aller au fond des choses comparativement aux jeunes gens qui n'ont pas suivi ces programmes. C'est la recherche que nous avons entreprise. Le premier programme a commencé en 1999. Depuis 2000, 14 centres y participent en tout. Le programme s'étalera jusqu'en 2003 ou 2004.

Le président: Dans les statistiques de 1998 que vous avez mentionnées plus tôt, vous parlez de la consommation de drogues chez les jeunes de 12 ans et plus?

Mme Steber Büchli: Nous avons des garçons et des filles de 14 et de 15 ans.

Le président: Pouvons-nous obtenir cette information?

Mme Steber Büchli: Oui, vous pourrez l'obtenir.

Le président: Avez-vous également, dans cette information, des statistiques sur la consommation d'alcool et de tabac?

Mme Steber Büchli: Oui. Il y a une question où on leur demande s'ils consomment de l'alcool, du tabac et d'autres drogues comme l'Ecstasy et les produits du cannabis.

Le président: A-t-on remarqué en Suisse une consommation multiple de drogues — c'est-à-dire, qu'on ne consomme pas seulement une drogue mais qu'il y a polytoxicomanie?

Mme Steber Büchli: Oui.

The Chairman: You are witnessing the same thing?

Ms Steber Bächli: The consumption pattern has changed. It is going more towards a poli-toxical situation.

The Chairman: Do you have studies made by your organization analyzing those findings?

Ms Steber Bächli: Not that I know about, but I can check that.

Senator Chalifoux: Thank you for an interesting presentation on what Switzerland is doing.

I have several questions regarding organized crime. In Canada, organized crime is becoming more prevalent and young people are being recruited into the drug scene. Do you know what is happening in Switzerland? Are you doing any studies on that issue? Organized crime is becoming an important issue across the world. What is Switzerland doing?

Ms Steber Bächli: One of the ideas for this complex prosecution question that is being changed in the law is to have the limited resources of the police focus on what we consider to be the more important activities, which include organized crime related to, amongst others, drug use.

The federal office of police is working closely with the cantons. They have established several new means of coordinating with the cantons, and they are working on it. We have a population of traffickers and we are trying to get a grip on that.

Senator Chalifoux: Do you find that the organized crime in Switzerland is related to the other organized crime syndicates around the world, for example, Hells Angels or the Medellin cartel in Colombia?

Ms Steber Bächli: I cannot answer that from the police side, but perhaps Mr. Dulex, who is from the canton police, can answer that this afternoon.

Senator Chalifoux: In Canada, we are finding a large increase in chemical addictions, especially among young people, to ecstasy, crack cocaine and that type of chemical substance. Are you finding an increase in the use of those chemicals in Switzerland? What do your statistics indicate, and how you are addressing that issue?

Ms Steber Bächli: We are finding an increase in the consumption of those substances. We are working especially on the problem related to cocaine. We do not yet have a solution to help cocaine consumers.

With respect to ecstasy, one of the prevention programs in place is to tell young people, especially at the dancing raves, that obviously we do not want them to take these pills in the first place but that if they do not to mix drugs, just music; we hand out "do not mix drugs, just mix music" flyers at these rave parties. We have special brochures for the organizers of these parties with respect to what they should take care of and how they can do things. That strategy departs from the "you may not"

Le président: Vous êtes témoin du même phénomène?

Mme Steber Bächli: Les habitudes de consommation ont changé. On se dirige davantage vers la polytoxicomanie.

Le président: Votre organisme a-t-il procédé à des études pour analyser ces constatations?

Mme Steber Bächli: Pas à ma connaissance, mais je peux vérifier.

Le sénateur Chalifoux: Merci pour cet exposé intéressant sur ce que fait la Suisse.

J'ai plusieurs questions qui concernent le crime organisé. Au Canada, le crime organisé est de plus en plus répandu, et l'on recrute des jeunes pour en faire des toxicomanes. Savez-vous ce qui se passe en Suisse? Avez-vous fait des études sur cette question? Le crime organisé est en train de devenir un problème important partout dans le monde. Que fait la Suisse?

Mme Steber Bächli: Dans ce dossier complexe que pose la poursuite et que nous modifions dans la loi, l'une des idées mises de l'avant consiste à consacrer les ressources limitées de la police à ce que nous jugeons être les activités plus importantes, à savoir les liens qu'il y a entre autres entre le crime organisé et la consommation de la drogue.

L'Office fédéral de la police travaille en étroite collaboration avec les cantons. Il a créé plusieurs nouveaux moyens de coordination avec les cantons, et il est actif dans ce dossier. Il y a des trafiquants en Suisse et nous essayons de maîtriser la situation.

Le sénateur Chalifoux: Est-ce que le crime organisé en Suisse a des liens avec les autres grandes organisations criminelles du monde, par exemple les Hells Angels ou le cartel de Medellin en Colombie?

Mme Steber Bächli: Je ne peux pas répondre à cette question, du point de vue de la police, mais peut-être que M. Dulex, qui est de la police cantonale, pourra y répondre cet après-midi.

Le sénateur Chalifoux: Au Canada, nous constatons une forte augmentation dans les dépendances chimiques, surtout chez les jeunes, qui prennent de l'ecstasy, du crack et autres types de substances chimiques. Constatez-vous une augmentation dans l'utilisation de ces drogues chimiques en Suisse? Que révèlent vos statistiques, et que faites-vous pour remédier à ce problème?

Mme Steber Bächli: Nous constatons en effet une augmentation dans la consommation de ces substances. Nous nous intéressons tout particulièrement au problème lié la cocaïne. Nous n'avons pas encore de solution pour aider les cocaïnomanes.

En ce qui concerne l'ecstasy, l'un de nos programmes de prévention en place consiste à dire aux jeunes, à ceux surtout qui assistent à des raves, qu'évidemment nous ne voulons pas qu'ils avalent ces pilules au départ, mais qu'en tout cas ils ne mélangent pas les drogues, juste la musique. À ces raves, nous leur remettons des dépliants qui leur disent «Ne mélangez pas les drogues, juste la musique». Nous avons des brochures spéciales pour les organisateurs de ces partys où nous leur disons en quoi ils

and “you should not” and moves to “if you must in the first place, then at least do not do this or that.” That is one strategy we are following.

The Chairman: Are you aware that in Amsterdam, specifically with respect to the raves and ecstasy, they have decided to provide an ambulatory laboratory near raves just to test the pills? Are you informed of that?

Ms Steber Büchli: Yes.

The Chairman: Is it the intent of your government to get into that kind of service?

Ms Steber Büchli: We did that a few of years ago. There is a portable machine that allows for testing quickly the content of these pills at parties. We have that as well.

The Chairman: What was the result of that experience? Was it positive?

Ms Steber Büchli: It was more to make young people aware of the dangers. If the youth were told that rat poisoning was in these pills, perhaps they would reflect once more about whether they actually wanted to take these pills. The machine also allowed us to determine the composition of these pills, to determine whether the composition was dangerous or was vitamins and things that are not that potent, which it was at times.

Senator Chalifoux: In your presentation, you mentioned hemp and cannabis in one sentence. Along with some of my colleagues, I have done research on industrial hemp, which is a distant cousin to hemp. In Canada, we have legalized the growing of hemp for industrial use. It has a minimal content of cannabis, yet you seem to equate it with cannabis. What is happening in Switzerland? To me, hemp is a wonderful plant because many things can be made from it. It is resistant to drought, flood and everything else. Why are you equating them? Has Switzerland done anything to separate the two?

Ms Steber Büchli: I am sorry if I gave a wrong impression. What I meant was that in a large field of industrial hemp it would be difficult to detect the illegal plants with a high THC content in that field. With the rediscovery of industrial hemp, which is not being controlled, and cannabis with a high THC content that would have to be controlled, there is a danger of part of a field producing this other plant.

Senator Chalifoux: In Canada, we have developed licensing procedures on how to grow and control hemp. They are strict. It might be of interest to you to see how Canada is working with that.

Ms Steber Büchli: That is one of the problems we are facing now, namely, that industrial hemp is not subject to any control or licensing whereas cannabis with a high THC content must be. It is

doivent être vigilants et comment ils peuvent faire certaines choses. Cette stratégie s'écarte des formules «Tu ne feras pas ceci», ou «Tu ne dois pas faire cela», et on leur dit plutôt: «Si tu dois faire ceci, au moins ne fais pas cela». C'est la stratégie que nous suivons.

Le président: Savez-vous qu'à Amsterdam, surtout lors des raves à l'Ecstasy, on a décidé de placer un laboratoire mobile à proximité rien que pour tester les pilules? Êtes-vous au courant de cela?

Mme Steber Büchli: Oui.

Le président: Votre gouvernement compte-t-il offrir ce genre de service?

Mme Steber Büchli: Nous l'avons fait il y a quelques années de cela. Il s'agit d'une machine portable qui permet de tester rapidement le contenu des pilules qui sont distribuées à ces partouzes. Nous avons cela aussi.

Le président: Quel a été le résultat de cette expérience? Était-il positif?

Mme Steber Büchli: Il s'agissait davantage de faire prendre conscience des dangers aux jeunes gens. Si l'on dit aux jeunes qu'il y a de la mort-aux-rats dans ces pilules, ils vont peut-être y réfléchir à deux fois avant d'en prendre. La machine nous permettait aussi de déterminer la composition de ces pilules, de voir si la composition était dangereuse ou s'il s'agissait de vitamines ou d'éléments qui ne sont pas tellement puissants, ce qui était le cas parfois.

Le sénateur Chalifoux: Dans votre exposé, vous avez mentionné le chanvre et le cannabis dans la même phrase. Comme certains de mes collègues, j'ai fait des recherches sur le chanvre industriel, qui est un cousin éloigné du chanvre. Au Canada, nous avons légalisé la culture du chanvre à des fins industrielles. Ce chanvre contient du cannabis en quantité minime, mais vous semblez le mettre sur le même pied que le cannabis. Que fait-on en Suisse? Dans mon esprit, le chanvre est une plante merveilleuse qui permet de fabriquer bien des choses. En outre, il résiste à la sécheresse, aux inondations et à tout le reste. Pourquoi assimilez-vous les deux? La Suisse a-t-elle fait quelque chose pour séparer les deux?

Mme Steber Büchli: Pardonnez-moi si je vous ai donné une fausse impression. Ce que je voulais dire, c'est que dans un grand champ de chanvre industriel, il serait difficile de repérer les plants illégaux dont la teneur en THC serait élevée. Avec la redécouverte du chanvre industriel, qui n'est pas réglementé, et le cannabis ayant une teneur élevée en THC qui doit l'être, on risque d'avoir un champ de chanvre dont une partie est réservée au cannabis.

Le sénateur Chalifoux: Au Canada, nous avons mis au point un processus de délivrance de permis pour la culture et la réglementation du chanvre. C'est un processus rigoureux. Vous aimerez peut-être apprendre comment le Canada gère cette situation.

Mme Steber Büchli: C'est l'un des problèmes avec lesquels nous sommes aux prises en ce moment, à savoir, le chanvre industriel n'est soumis à aucun contrôle et sa culture n'exige aucun permis

one of the problems that is currently being elaborated on in the ordinance, namely, how to control the cultivation of cannabis without anything going on to an illegal market.

Senator Chalifoux: I suggest you look at Canada.

Ms Steber Büchli: We will.

Senator Chalifoux: You might find good information.

I and many other people have always assumed that smoking marijuana could be the beginning of a stronger addiction for a person. In your statistics, have you found anything relating to that question?

Ms Steber Büchli: That is what I meant by saying that we consider cannabis to be a gateway drug. The scientific proof, however, is still missing. We have seen that alcohol and tobacco consumption is almost always present in an addict to these stronger substances. However, we do not have the scientific proof that cannabis consumption comes first and then a career in hard drug consumption.

The Chairman: Is a permit needed to grow high THC cannabis? Are you controlling that?

Ms Steber Büchli: Not at present, but with the revision, we will have to find a controlling system so that we know how much is being produced. We are allowing production only for the Swiss market. By controlling the amount that will be produced, we can control it so it does not go to our neighbouring countries or does not get exported.

The Chairman: What was the reaction of the neighbouring countries when you tabled the amendments to the 1951 law?

Ms Steber Büchli: Partly because of misinformation or lack of information, they approached us and asked what exactly we were doing. At present, our office is organizing seminars and conferences with each of our neighbouring countries to ensure they understand what we intend to do with the revision. Most of our neighbouring countries, especially Germany and France, are not happy with the situation because today it is being sold in so-called hemp stores to non-Swiss residents. This will be one of the points that must be adhered to when selling cannabis in the future.

The Chairman: An obstacle to any country's change or revision of illicit drugs legislation is looking at the available options and seeing if those options are respectful of the international conventions.

To what extent has your country studied those conventions, even though you have not ratified the 1988 convention? If so, can we have access to those studies?

tandis que le cannabis ayant une teneur élevée en THC doit l'être. C'est l'un des problèmes sur lesquels on se penche en ce moment alors que l'on formule l'arrêté, à savoir, comment contrôler la culture du cannabis pour éviter qu'il débouche sur le marché illégal.

Le sénateur Chalifoux: Je vous invite à voir ce qui se fait au Canada.

Mme Steber Büchli: Nous le ferons.

Le sénateur Chalifoux: Vous trouverez peut-être de bonnes informations chez nous.

Moi et bien d'autres avons toujours pensé que le fait de fumer de la marijuana pouvait être le début d'une toxicomanie plus dangereuse. Dans vos statistiques, avez-vous constaté quoi que ce soit à ce sujet?

Mme Steber Büchli: C'est ce que je voulais dire lorsque je disais que nous considérons le cannabis comme une drogue qui conduit à d'autres drogues. Cependant, la preuve scientifique manque toujours. Nous avons vu que la consommation d'alcool et de tabac est presque toujours présente chez le toxicomane qui consomme ces drogues fortes. Toutefois, nous n'avons pas la preuve scientifique démontrant qu'on commence d'abord par la consommation de cannabis pour ensuite passer aux drogues fortes.

Le président: Est-ce qu'il faut un permis pour cultiver le cannabis à teneur élevée en THC? Contrôlez-vous cela?

Mme Steber Büchli: Pas en ce moment, mais avec la révision de la loi, nous devons mettre au point un système de contrôle pour connaître la quantité produite. La production n'est autorisée que pour le marché suisse en ce moment. En contrôlant la quantité de cannabis qui sera produite, nous pourrions nous assurer que notre cannabis ne sera pas exporté vers nos pays voisins.

Le président: Comment ont réagi les pays voisins lorsque vous avez déposé les modifications à la loi de 1951?

Mme Steber Büchli: En partie parce qu'ils étaient mal informés ou parce qu'ils manquaient d'information, ils sont venus nous demander ce que nous faisons exactement. À l'heure actuelle, notre office organise des séminaires et des conférences dans chacun de nos pays voisins pour nous assurer qu'ils comprennent bien ce que nous comptons faire avec cette révision. La plupart de nos pays voisins, surtout l'Allemagne et la France, sont mécontents parce qu'aujourd'hui, on en vend dans les soi-disant magasins de chanvre aux non-résidents suisses. Ce sera l'un des règlements qu'il faudra respecter lorsqu'on vendra du cannabis à l'avenir.

Le président: Lorsqu'un pays modifie ou révisé sa législation en matière de drogues, l'une des difficultés consiste à s'assurer que les options qui s'offrent à lui sont compatibles avec les conventions internationales.

Dans quelle mesure votre pays a-t-il étudié ces conventions, même s'il n'a pas ratifié celle de 1988? Si oui, pouvons-nous obtenir ces études?

Ms Steber Büchli: We have taken into consideration the United Nations conventions, especially the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.

According to Swiss and foreign expertise, our proposal conforms with the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. We have a constant exchange of information with the International Narcotics Control Board in Vienna, and we believe that what we are doing is in conformity. Of the expertise that we have, three out of four are in German and they are not translated into either English or French.

The Chairman: That does not matter, because we can deal with that.

When you are talking about respecting this convention, is that the reason you are using the word “decriminalization” instead of legalization?

Ms Steber Büchli: It would not be a legalization. It would never be a product that can be bought anywhere.

The Chairman: I used the word “controlled” legalization, like alcohol or wine.

Ms Steber Büchli: I do not think the terminology has been chosen because of the conventions.

The Chairman: You used the word “decriminalization.” Is it real decriminalization or de-penalization? Will it still be illegal, just not prosecuted?

Ms Steber Büchli: Yes — only if certain rules have been adhered to.

The Chairman: What will you regulate? Will the means of control become legal? If not, will it remain illegal?

Ms Steber Büchli: Yes.

The Chairman: That is almost the same as the regulations on alcohol. Although it is illegal for me to prepare any kind of alcohol in my basement, I can buy alcohol and consume it. Will there be a resemblance between the regulations that you will put in place to control cultivation and use of cannabis and what you have as regulations on alcohol or any other substance?

Ms Steber Büchli: It will be much stricter. At present, there are far more people producing alcohol than there will be with cannabis. There is the question of whether or not there will be an article in the ordinance regarding the necessity of stores. As it stands, the cantons will have the power of saying, “We do not need that many stores.” They will then have the right to have stores closed. That is different than with alcohol. At present, in the area of Basel, close to Germany and France —

The Chairman: Are you referring to hemp stores?

Ms Steber Büchli: Yes. Right now, Basel has more stores than are necessary for providing only to Swiss consumers. If Basel canton felt that this was too much, they could close down stores, according to what they consider necessary. It would involve a necessity clause.

Mme Steber Büchli: Nous avons pris en considération les conventions des Nations Unies, particulièrement la Convention unique sur les stupéfiants de 1961.

Selon des experts suisses et étrangers, notre proposition est conforme à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Nous échangeons constamment des informations avec l’Organe international de contrôle des stupéfiants de Vienne, et nous croyons que ce que nous faisons est conforme aux conventions. Pour ce qui est des études dont nous disposons, trois sur quatre sont en allemand et ne sont traduites ni en anglais ni en français.

Le président: Ça ne fait rien, nous pouvons y remédier.

Lorsque vous dites que vous respectez cette convention, est-ce la raison pour laquelle vous employez le mot «dépénalisation» au lieu de légalisation?

Mme Steber Büchli: Il ne s’agirait pas d’une légalisation. On ne pourra jamais acheter ce produit.

Le président: J’emploie l’expression légalisation «contrôlée», comme pour l’alcool ou le vin.

Mme Steber Büchli: Je ne crois pas que les conventions aient influencé notre terminologie.

Le président: Vous employez le mot «dépénalisation». S’agit-il d’une décriminalisation réelle ou d’une dépénalisation? Le cannabis demeurera-t-il illégal, sauf qu’on n’intentera pas de poursuites?

Mme Steber Büchli: Oui — seulement si l’on respecte certaines règles.

Le président: Qu’allez-vous réglementer? Les moyens de contrôle deviendront-ils légaux? Sinon, le cannabis demeurera-t-il illégal?

Mme Steber Büchli: Oui.

Le président: C’est presque la même chose que les règlements sur l’alcool. Même si je n’ai pas le droit de fabriquer de l’alcool dans mon sous-sol, je peux en acheter et en consommer. Y aura-t-il une similitude entre les règlements que vous allez adopter pour contrôler la culture et la consommation du cannabis et ceux qui réglementent la consommation d’alcool ou d’autres substances?

Mme Steber Büchli: Nos règlements seront beaucoup plus sévères. À l’heure actuelle, il y a beaucoup plus de producteurs d’alcool que de cannabis. La question est de savoir s’il y aura un article dans l’arrêté qui concernera la nécessité d’ouvrir des magasins. Dans le cadre du texte actuel, les cantons seront en mesure de dire: «Nous n’avons pas besoin d’autant de magasins». Ils auront aussi le droit de fermer ces magasins. Ce n’est pas la même chose pour l’alcool. En ce moment, dans la région de Bâle, près de l’Allemagne et de la France...

Le président: Vous faites allusion aux magasins de chanvre?

Mme Steber Büchli: Oui. En ce moment, Bâle compte plus de magasins qu’il n’en faut pour desservir seulement les consommateurs suisses. Si le canton de Bâle estimait qu’il y avait trop de magasins, il pourrait en fermer, selon ce qu’il juge nécessaire. Mais il faudrait adopter une disposition de nécessité.

The Chairman: The same canton or municipal body cannot, at present, control or criminalize the sale of marijuana in your country?

Ms Steber Büchli: Now they can, yes. If the THC content of the product being sold is very high, then, yes, they can. One of our aims is to have no exportation of the drug, which occurs at present. The number of stores we have now is directly linked to the people coming into the country from Germany or France.

The Chairman: You are using the word “de-penalization.” For us around the table, there is an important distinction between whether it is the police or the tribunal that decides.

The researchers at the table have many questions, so I am hopeful that we will correspond to obtain some answers.

[Translation]

The Chairman: We will now hear from Ms Françoise Dubois-Arber, from the Prevention Programs Evaluation Unit at the University Institute for Social and Preventive Medicine in Lausanne.

Ms Dubois, thank you for accepting our invitation and for the interest you have shown in our committee’s work. Your presentation will be followed by a question period, and if our researchers feel it is necessary, I will write you for additional information and eagerly await your response.

Dr. Françoise Dubois-Arber, Member, Swiss Federal Commission for Drug Issues; University Institute for Social and Preventive Medicine: Mr. Chairman, thank you for inviting me to appear before your committee.

I am a public health physician with training in clinical and internal medicine. For more than 10 years, I have been in charge of the prevention programs evaluation unit at the University Institute for Social and Preventive Medicine in Lausanne. Our unit has been mandated by the Swiss Federal Office of Public Health, which is the equivalent of your Department of Health, to evaluate its drug policy. In the past, we received a similar mandate for AIDS evaluation. So we have some experience in this field.

My presentation will be structured in the following way. I will start by talking about our evaluation mandate. I will also talk about organization and the methods we use. I will also discuss our evaluation indicators, procedures and how useful an evaluation can be as part of a drug policy.

I am a member of the Federal Commission for Drug Issues. Two years ago, the commission produced a report on cannabis. So I will share our thoughts on that topic.

I will provide a brief overview of the Federal Office of Public Health policy in this area. The Federal Office of Public Health is responsible for evaluating the aspects of the policy relating to health, in other words, prevention, treatment and rehabilitation,

Le président: Le même canton ou organisme municipal ne peut pas, en ce moment, contrôler ou criminaliser la vente de marijuana dans votre pays?

Mme Steber Büchli: Maintenant, oui. Si la teneur en THC du produit en vente est très élevée, alors oui, ils le peuvent. L’un de nos objectifs consiste à empêcher toute exportation de la drogue, ce qui se fait en ce moment. Le nombre de magasins que nous avons maintenant est directement lié au nombre de personnes qui viennent chez nous d’Allemagne ou de France.

Le président: Vous employez le mot «dépénalisation». Pour nous ici présents, il y a une distinction importante pour ce qui est de savoir si c’est la police ou le tribunal qui décide.

Les attachés de recherche ont de nombreuses questions, j’espère donc que nous allons correspondre avec vous pour obtenir certaines réponses.

[Français]

Le président: Nous recevons maintenant Mme Françoise Dubois-Arber, de l’Unité d’évaluation des programmes de prévention à Lausanne de l’Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Madame Dubois, merci d’avoir accepté notre invitation et de l’intérêt que vous portez aux travaux de notre comité. Votre présentation sera suivie d’une période de questions et, si les chercheurs jugent à propos, je vous écrirai et attendrai vos réponses avec anticipation.

Dr. Françoise Dubois-Arber, membre, De la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues; Institut universitaire de médecine sociale et préventive: Monsieur le président, je vous remercie de m’avoir invitée à témoigner devant votre comité.

Je suis médecin en santé publique avec une formation en médecine clinique, en médecine interne. Depuis plus de dix ans, je dirige une unité d’évaluation des programmes de prévention à l’Institut universitaire de médecine sociale et préventive à Lausanne. Notre unité a été mandatée par l’Office fédéral de la santé publique, qui est l’équivalent de votre ministère de la Santé, pour évaluer sa politique en matière de drogues. Auparavant, nous avions reçu un mandat semblable d’évaluation dans le domaine du sida. Nous avons donc une certaine expérience dans le domaine.

Mon exposé sera structuré de la façon suivante. Je vais d’abord parler de notre mandat d’évaluation. Je parlerai aussi de l’organisation ainsi que des méthodes que nous employons. Également, je parlerai des indicateurs que nous retenons pour évaluer, des procédures et aussi de l’utilité que peut avoir une évaluation dans le cadre d’une politique de drogue.

Je suis membre de la Commission fédérale pour les affaires liées aux drogues. Cette commission a produit, il y a deux ans maintenant, un rapport sur le cannabis. Je vais donc vous faire part de nos réflexions à ce sujet.

Brièvement, je vais rappeler la politique de l’Office fédéral de la santé publique à ce sujet. L’Office fédéral de la santé publique est chargé d’évaluer les aspects santé de la politique, c’est-à-dire la prévention, le traitement et la réhabilitation, ainsi que la

as well as risk and harm reduction. The fourth pillar dealing with enforcement is not part of our evaluation mandate. That is dealt with by another department in the case of the Confederation.

To complete Ms Steber's remarks, I would like to provide you with the schematic overview on how the Swiss drug policy model differs from what is commonly found.

Imagine drug use as a continuum. Someone who does not use becomes a regular user, then a dependent drug user. At some point, after undergoing treatment or even without treatment, spontaneously, he will come out of a period of drug use.

One of the characteristics of the Swiss model, like all other models that are heavy on harm reduction, is that there is also a continuum in the drug use policy. In other words, there is a whole section dealing with prevention. When a person starts to use drugs, he may still be in contact with primary and secondary prevention programs. But above all, he will very quickly come into contact with risk and harm reduction programs. He may also very quickly enter treatment or a rehabilitation process. So in the same way that there is continuity in the life of a drug user, there is also continuity in the programs and contiguity, or continuity in the programs that are proposed.

Often, in models that do not include a strong risk and harm reduction component, there is a gap, a vacuum, during which the user in what is called the honeymoon phase is not in contact with anything. There is no opportunity for treatment or health services. That is perhaps what distinguishes our model from a more traditional model without risk reduction.

I now want to move on to our evaluation mandate. Our mandate is to assess the programs that have been designed and implemented by the Federal Office of Public Health since 1991. We must try to determine the final results, and above all, the evolution of the prevalence and seriousness of drug use. I say try to determine, because it is not always possible to be one hundred per cent precise.

We also examine and follow specific aspects of the social and political environment in which this drug policy is developing. Our mandate also involves being in constant or regular contact with the Federal Office of Public Health, and preparing regular reports on the progress, results, conclusions and recommendations of our work.

To date, our evaluation has taken place in several stages. The first stage lasted four years, and the second also lasted four years. We are now in about our 13th year.

réduction des risques et dommages. Le quatrième pilier qui est celui de la répression ne fait pas l'objet de notre mandat d'évaluation. Celui-ci est traité par un autre ministère dans le cas de la Confédération.

Pour compléter un peu les propos tenus par Mme Steber, j'aimerais vous rappeler schématiquement en quoi le modèle suisse de politique drogue diffère de ce qu'on trouve assez couramment.

On peut imaginer la consommation comme un continuum. Quelqu'un qui ne consomme pas devient un consommateur régulier, puis un consommateur dépendant. À un certain moment, après des traitements ou même sans traitement, spontanément, il sortira d'une période de consommation.

Ce qu'il y a d'assez particulier avec le modèle suisse, tout comme d'autres modèles qui comprennent une grande réduction des risques, c'est qu'il y a aussi un continuum dans la politique qui s'adresse à la consommation, c'est-à-dire qu'il y a toute une part de prévention. Au moment où le consommateur commence à consommer, il risque d'être encore en contact avec des programmes de prévention primaire et secondaire. Mais surtout, il sera très vite en contact avec des programmes de réduction des risques ou de réduction des dommages. Il pourra très rapidement aussi entrer éventuellement en traitement ou dans un processus de réinsertion. Donc, autant il y a une continuité dans la vie de la consommation, il y a aussi une continuité dans les programmes et une contiguïté, ou une continuité, dans les programmes qui sont proposés.

Souvent, dans les modèles qui ne comprennent pas un fort volet de réduction des risques et des dommages, il y a une période blanche, vide, pendant laquelle le consommateur dans sa phase qu'on appelle la lune de miel n'est en contact avec rien du tout. Il n'y a aucune possibilité de contact avec le traitement ou des services de santé. C'est peut-être ce qui sépare le modèle que nous utilisons d'un modèle plus classique sans réduction des risques.

J'en viens maintenant à notre mandat d'évaluation. Nous avons pour mandat d'analyser la conception et la mise en oeuvre des programmes mis sur pied par l'Office fédéral de la santé publique depuis 1991. Nous devons en apprécier les résultats finaux et on nous demande surtout d'apprécier l'évolution de la prévalence et de la gravité de la consommation. Je dis apprécier parce que ce n'est pas toujours possible d'être exacts dans nos appréciations.

Nous devons aussi examiner, suivre dans le temps, certains éléments de l'environnement social et politique dans lequel se développe cette politique-drogue. Nous avons pour mandat également d'être en contact permanent ou régulier avec l'Office fédéral de la santé publique, de rendre compte, à intervalles réguliers, de l'avancement, des résultats, des conclusions ainsi que des recommandations de nos travaux.

Jusqu'à présent, notre évaluation s'est déroulée en plusieurs phases. La première phase a duré quatre ans, et la deuxième phase a aussi duré quatre ans. On en est maintenant à 13 ans d'évaluation environ.

What are the characteristics of this assessment? It is a comprehensive evaluation, in other words, we can also examine aspects relating to the design of the drug policy, its implementation and results, and we do that by also monitoring the context in which it is being used. That is what we consider a comprehensive evaluation. This evaluation has been ongoing since 1961, but has taken place in successive phases marked by evaluation reports, and I have brought some copies of those reports with me. They can also be found on the Internet. I will leave them for the committee.

This evaluation is also complementary. The evaluation is not done in isolation from the policy; it is complementary to it, and independent at the same time. The separation between the evaluation and those who implement the policy must be managed.

This type of evaluation revolves around use. We feel that it is very important for the evaluation to take into account the people covered by the policy, in other words, that this evaluation attempt to meet the needs of the politicians themselves, but also those of the people in public health, even including users and the population in general. The team that conducts this evaluation is multidisciplinary, and includes public health and social services professionals.

The evaluation is a compilation of different studies conducted on different topics that we choose with the Federal Office of Public Health for each assessment. We then produce a synthesis report on what has occurred in terms of research during that period.

I will say from the outset that there are a lot of researchers in Switzerland who are studying drug addiction. So the evaluation is not the beginning and the end of all data collected in Switzerland. A good portion of our work involves identifying existing research, extracting the best elements, synthesizing the data, and filling in the knowledge gaps, in other words conducting our own studies in areas where there are gaps that have not even been explored by researchers who are more academic and less evaluation-oriented in nature. We have our own studies and we also use existing data.

To date, we have had four evaluation periods. The first period was from 1990 to 1992, which was essentially an overview of the situation to determine where we were at with the data available to us. Then we had the periods from 1993 to 1996, from 1997 to 1999, and a current period from 2000 to 2003. There were two periods in the program implemented by the Federal Office of Public Health and, in fact, the first period went from 1991 to 1996. And then we had the period corresponding to the second phase of the anti-drug measures program.

During the first period, the evaluation was based on context, on studies in the press on people's attitude to drugs, and we used existing epidemiological data. Very few specific studies on the strategy of the Office itself were used.

In the second period, also at the request of the Federal Office of Public Health, we focused to a larger extent on the activities within the Department of Health in this area. We also conducted

Qu'est-ce que cette évaluation a de particulier? Il s'agit d'une évaluation globale, c'est-à-dire que nous pouvons porter notre regard à la fois sur des aspects de conception de la politique-drogue, sur la mise en œuvre et sur les résultats, et cela, toujours en gardant un oeil sur le contexte dans lequel il se déroule. C'est ce que nous considérons être une évaluation globale. Cette évaluation est continue depuis 1961 mais se déroule en phases successives rythmées par des rapports d'évaluation dont j'ai apporté quelques exemplaires. On les trouve également sur Internet. Je les laisserai à la disposition du comité.

Cette évaluation est aussi «accompagnante». Ce n'est pas une évaluation qui se tient éloignée de la politique, mais elle l'accompagne tout en étant externe. C'est une distance qu'il faut gérer entre l'évaluation et ceux qui mettent en oeuvre la politique.

Ce type d'évaluation est centré sur l'utilisation. Nous estimons qu'il est très important que l'évaluation tienne compte de ceux qui ont des intérêts dans la politique, c'est-à-dire que cette évaluation tâche de répondre à des besoins qui peuvent concerner les politiciens eux-mêmes, mais aussi les personnes en santé publique, y compris éventuellement les usagers ou la population en général. L'équipe qui mène cette évaluation est multidisciplinaire, comprenant des professionnels de santé publique et des services sociaux.

Il s'agit d'un montage d'études différentes faites sur des sujets particuliers que nous choisissons avec l'Office fédéral de la santé publique à chaque période d'évaluation et à la suite desquelles nous faisons un rapport de synthèse sur ce qui s'est passé en recherche durant cette période.

Je souligne tout de suite qu'il y a beaucoup de chercheurs en Suisse qui s'occupent de toxicomanie. L'évaluation n'est donc pas l'alpha et l'oméga des données récoltées en Suisse. Une bonne partie de notre travail consiste à repérer les recherches existantes, d'en tirer le meilleur parti, faire une synthèse des données et, en fait, boucher les trous dans la connaissance, c'est-à-dire faire nos propres études dans des domaines qui ne sont pas suffisamment et même pas du tout explorés par les chercheurs plus universitaires et moins évaluateurs. On a nos propres études et on utilise aussi des données existantes.

Jusqu'à présent, on a eu quatre périodes d'évaluation. La première période a été de 1990 à 1992 qui était essentiellement un bilan de la situation pour voir où on en était avec les données qui étaient à notre disposition. Ensuite on a eu les périodes 1993-1996, 1997-1999 et actuellement 2000-2003. Il y a eu deux périodes dans le programme qui a été mis en place par l'Office fédéral de la santé publique et, en fait, la première période allait de 1991 jusqu'à 1996 et après, on a eu la période du Programme de mesures destinées à lutter contre la drogue II.

Pendant la première période, l'évaluation était basée sur le contexte, sur des études de presse d'attitude dans la population face à la drogue, et on a utilisé les données épidémiologiques existantes. Peu d'études spécifiques sur la stratégie de l'Office lui-même ont été utilisées.

Dans la deuxième période, aussi à la demande de l'Office fédéral de la santé publique, nous nous sommes centrés davantage sur les activités mêmes du ministère de la Santé dans ce domaine.

evaluation studies on the design and planning of their second program implementation period as well as on the innovation and anchoring of programs. As the Office's measures program developed, we looked at other aspects of the program.

For example, in the second part of the evaluation, we looked at the actual design of each of the areas of measures. For example, in conjunction with the Federal Office of Public Health, we conducted an evaluation of their action plan, and on the way they view their action. That led to action theories. We specifically looked at how they perceived their action and from the perspective of these action theories, and we identified a number of indicators to evaluate policy implementation.

That gives you a bit of an idea of what our evaluation does. In a nutshell, it involves some of our own studies and the use of lots of existing data. Even though we do not have a monitoring centre, there is a great deal of data in Switzerland, data that has not always necessarily been gathered in a concerted way. The indicators are not necessarily always the same, which causes us problems in doing the evaluation, because we are not always able to extract the best parts of the data. One of the projects of the Federal Office of Public Health is to devise a standardized approach for collecting data in our country.

I am now going to talk about the indicators we use to monitor this policy and I am going to answer two main questions: how can we monitor the evaluation of the number of users in our country? And how can we determine the seriousness of the situation?

In summary, we have recourse to what we call direct indicators. There are two types of indicators. Direct indicators come from surveys conducted directly in the general population or in certain groups of users. These indicators, especially the ones gathered in the general population, give us figures that are representative of the population. But there are problems with this type of survey. When we survey the general population to identify consumption habits, we use techniques like phone surveys and face-to-face surveys. There is a good chance that part of the people we would like to reach cannot be reached, because they are too marginalized to have a telephone.

There are limits attached to these direct indicators that we must be aware of and that are complemented using a series of indirect indicators; in other words, indicators that do not directly measure drug use, but that give us an idea as to what drug use may be by the way they change.

There are direct indicators that reflect the number of drug users through surveys of the general population and where we ask people about their use of various substances. The surveys show that there are also indicators that reflect a person's social status,

On a fait des études d'évaluation sur la conception et la planification de leur deuxième période de mise en oeuvre de programme ainsi que sur l'innovation et l'ancrage des programmes. Au fur et à mesure que le programme des mesures de l'Office se développait, on regardait autre chose dans ce programme.

Par exemple, dans cette deuxième partie de l'évaluation, nous nous sommes intéressés à la conception même de chacun des domaines des mesures. Par exemple, nous avons mené avec l'Office fédéral de la santé publique une évaluation de leur plan d'action, sur la façon dont ils concevaient leur action. Cela a donné des théories d'action. On a regardé précisément comment ils concevaient leur action et à partir de ces théories d'action, et on a cerné un certain nombre d'indicateurs pour évaluer la mise en oeuvre des politiques.

C'est un peu un avant-goût de ce que fait notre évaluation. En deux mots, quelques études propres à nous, avec beaucoup d'utilisation de données existantes. Même s'il n'y a pas d'observatoire, beaucoup de données existent en Suisse, des données qui ne sont pas forcément toujours recueillies de façon concertée. Les indicateurs ne sont pas nécessairement toujours les mêmes, ce qui nous pose des problèmes pour faire l'évaluation, parce qu'on n'arrive pas toujours à tirer le meilleur parti de ces données. Un des projets de l'Office fédéral de la santé publique, c'est d'arriver à uniformiser les nombreuses récoltes de données que nous avons dans notre pays.

Je vais parler des indicateurs que nous utilisons pour suivre cette politique et en particulier pour répondre aux deux questions principales: comment peut-on apprécier l'évolution du nombre des consommateurs dans notre pays? Et comment peut-on apprécier la gravité de la situation?

Sommairement, on peut dire qu'on a recours à ce qu'on appelle des indicateurs directs. On a deux types d'indicateurs. Les indicateurs directs sont issus d'enquêtes faites directement dans la population générale ou dans certaines populations de consommateurs. Ces indicateurs, en particulier ceux recueillis dans la population générale, vont nous donner des chiffres représentatifs de la population. Mais il y a des problèmes avec ce type d'enquêtes. Quand on fait une enquête en population générale pour savoir quelles sont les consommations des personnes, on utilise comme techniques des enquêtes téléphoniques et aussi des enquêtes en face à face. Il y a de bonnes chances qu'une partie des gens qu'on souhaiterait atteindre ne sont pas atteignables, parce qu'ils sont trop marginalisés pour être titulaires d'un téléphone.

Ces indicateurs directs ont un certain nombre de limites dont il faut être conscient et qui seront complétées par une série d'indicateurs indirects, c'est-à-dire des indicateurs qui ne mesurent pas directement la consommation, mais qui nous donne une idée par leur évolution de ce que peut être la consommation.

Il y a des indicateurs directs qui reflètent le nombre de consommateurs au moyen d'enquêtes faites dans la population en général et où on interroge les gens sur leur consommation de diverses substances. Les enquêtes démontrent aussi qu'il y a des

their integration in professional life; if they have housing or if they are in contact with the enforcement system. These are direct indicators of the seriousness of certain problems.

Direct indicators of how serious the problems linked to drug addiction are the state of a person's health, HIV infection or hepatitis. We also have direct indicators of the seriousness of drug use, and more specifically of the intensity and ways in which the drugs are used.

These are the indications we have. I will give you a few examples later on.

This data is not sufficient. As I already mentioned, these direct indicators are far from perfect, because they are gathered from segments of the population that are for the most part healthy, and which for the most part do not use drugs like heroin and cocaine.

We talk about estimates, because we cannot always count the number of people who use the substances. Shortly, I will give you an idea of the estimates prepared to give you a more specific idea of how the situation is evolving.

We are looking more specifically at the evolution of a certain number of indirect indicators, indicators that do not immediately provide information on how many people are using, but that show changes in a certain number of problems linked to drug use.

For example, the evolution of drug-related deaths gives us both an idea as to the number of users — there is a relationship between the number of deaths and the number of users — but above all, it indicates the seriousness of the problems linked to drug addiction.

Using data on enforcement, data from the police and the justice system, is an indirect indicator of the number of users. I reiterate that the indicator is very indirect. We will see the limits to that.

There are other indirect indicators on the number of users, for example, data on the age of users when they enter treatment. There are various types of treatment in Switzerland through which we can identify, among other things, the number of patients going into low-threshold centres for residential treatment and methadone treatment, where a certain amount of data is collected. This data enables us to identify the age of people the first time they are going into these institutions. In recent years, we have seen that the average age for entering these institutions has increased. Our hypothesis is that many users are getting older, and the percentage of young drug users changes these data slightly. These data is an indirect indicator of how the situation is evolving.

We also consider illegal drug use as an indirect indicator of how serious the problem is. We feel that there is a relationship that we do not yet fully understand, but changes in the

indicateurs qui reflètent la situation sociale des personnes, leur intégration dans la vie professionnelle; si elles occupent un logement ou si elles ont des contacts avec le système répressif. Ce sont des indicateurs directs de la gravité de certains problèmes.

On a aussi des indicateurs directs de la gravité des problèmes liés à la toxicomanie quand on s'interroge sur l'état de santé des personnes, sur leur infection par le VIH ou sur l'infection par les hépatites. On a aussi des indicateurs directs de la gravité, et plus particulièrement de l'intensité et des modalités de leur consommation.

Ce sont les indications dont nous disposons. Je vous donnerai quelques exemples plus tard.

Ces données ne suffisent pas. Comme je vous l'ai dit, ces indicateurs directs sont entachés d'imperfections parce qu'ils sont recueillis dans des populations qui sont majoritairement saines, et qui majoritairement ne consomment pas de drogues telles que l'héroïne et la cocaïne.

On parle d'estimation parce qu'on n'arrive pas toujours à compter le nombre de personnes qui s'adonnent à la consommation de ces substances. Je vous donnerai sous peu une idée des estimations faites pour donner une idée plus précise de l'évolution de la situation.

On s'intéresse plus spécifiquement à l'évolution d'un certain nombre d'indicateurs indirects, c'est-à-dire qui ne donnent pas tout de suite un indice sur la quantité de personnes qui consomment, mais qui démontrent l'évolution d'un certain nombre de problèmes liés à la consommation.

Par exemple, l'évolution des décès liés à la drogue nous donnent à la fois une idée sur le nombre des consommateurs — il y a une relation entre le nombre de décès et le nombre de consommateurs —, mais c'est surtout un indicateur de la gravité des problèmes liés à la toxicomanie.

L'utilisation des données de la répression, des données de la police et des données de la justice, est un indicateur indirect du nombre des consommateurs. J'insiste pour dire que l'indicateur est très indirect. On verra les limites de cela.

On a d'autres indicateurs qui sont indirects quant au nombre de consommateurs, par exemple, les données qu'on a sur l'âge des consommateurs quand ils entrent en traitement. On a divers types de traitements suisses par lesquels on identifie, entre autres, des prises en charge dans des centres à bas seuil par des traitements résidentiels et à la méthadone, où il y a un certain nombre de récoltes de données faites. Ces données nous permettent de connaître l'âge des personnes dès la première fois qu'elles se présentent à ces institutions. Les dernières années nous ont permis d'observer que l'âge moyen d'entrée dans toutes ces institutions devient de plus en plus élevé. On pose l'hypothèse que bon nombre de consommateurs vieillissent, et le pourcentage des jeunes consommateurs change légèrement cette donnée. Ces données sont des indicateurs indirects de l'évolution de la situation.

Nous considérons aussi comme des indicateurs indirects de la gravité de la consommation de drogues illicites, la consommation des drogues licites. On estime qu'il y a un certain rapport qu'on ne

relationship with other legal substances can give us information on whether or not someone is prepared to use illegal drugs. These are indicators that we review and synthesize to get a snapshot of the situation.

I will give you an example of a direct indicator that we use. On this diagram, the blue line on the top represents cannabis consumption over a lifetime for young people aged 17 to 30. We have data for the period starting in 1987 and ending in the year 2000. For the segment of the population aged 17 to 30, we can see that as of 1997, more people used cannabis than they did in the ten previous years. The indicator is 30 per cent higher now, but that is not a huge increase.

However, WHO studies in various countries show that students aged 15 represented less than 10 per cent of the population, in 1986, that had used cannabis in their lives, whereas in 1998, they represented more than 20 per cent of the population.

We can clearly see that there is an increase in cannabis consumption among the young generations. This finding is derived from our direct indicators, because the data comes directly from the people involved.

Here are some indicators concerning the life situation and the health of users in low-threshold centres, that is centres with a very low threshold for access focusing on harm reduction and which, among other things, provide needles to users and give them access to other services including, in some cases, injection rooms.

Here you see a whole series of indicators relating to life situation. Here you see information about where they have lived in the previous months. Between 1993 and 2000 there was a slight drop in the percentage of those with a fixed abode, an indirect indicator of the seriousness of the problem.

We also see that there was an increase in the percentage of those who do not have a job, another indirect indicator of the serious consequences for users. The economic situation of our country demonstrates that it is more difficult to absorb young users in the labour market than it was ten years ago.

On the other hand, there has been a decline in the number of repressive measures between 1993 and 2000 with respect to police interventions involving the public.

At the bottom of the sheet you see a series of indicators relating to the health condition of intravenous drug users questioned in low-threshold centres. Between 1993 and 2000, the proportion of those who did not shoot up dropped slightly. In recent years we have noticed a trend for some of these users to stop injecting certain products in order to inhale them. We are referring, for example, in the case of heroine, to the practice known as "chasing the dragon."

connaît pas exactement, mais l'évolution du rapport à d'autres substances légales peut nous donner des indications sur le fait d'être prêt ou non à consommer des substances illicites. Ce sont les indicateurs dont nous faisons la revue et la synthèse pour avoir une image de la situation.

Je vous donne un exemple d'un indicateur direct que nous utilisons. Sur le schéma, la ligne bleue du haut indique la consommation de cannabis durant la vie pour les jeunes âgés de 17 à 30 ans. On a des données pour la période commençant en 1987 et se terminant en l'an 2000. On remarque chez cette population âgée de 17 à 30 ans, qu'à partir de 1997, davantage de personnes, comparativement aux dix années précédentes, ont consommé du cannabis. L'indice est supérieur à 30 p. 100 actuellement, mais ce n'est pas une augmentation énorme.

En revanche, des études de l'OMS, dans divers pays, démontrent que des écoliers de 15 ans représentaient moins de 10 p. 100 de la population, en 1986, à avoir consommé du cannabis dans leur vie, tandis qu'en 1998, ils sont plus de 20 p. 100.

On voit bien que chez les jeunes générations, il y a une augmentation de la consommation du cannabis. C'est l'utilisation d'un de nos indicateurs directs, parce que ces données proviennent directement des personnes concernées.

Vous voyez des indicateurs de la situation de vie et de l'état de santé des usagers des centres à bas seuil, c'est-à-dire ces centres à très bas seuil d'accès qui font la réduction des risques et des dommages et qui, entre autres, remettent des seringues aux usagers et leur donnant aussi d'autres services, soit l'accès aux chambres d'injection, éventuellement.

Je vous montre ici toute une série d'indicateurs de situations de vie. Vous pouvez voir ici l'habitation d'un domicile dans les derniers mois. On remarque que le pourcentage de domiciles fixes entre 1993 et 2000 a très légèrement diminué. Cela est un indicateur indirect de la gravité du problème.

On voit aussi que le pourcentage de gens qui n'ont pas de travail a augmenté, ce qui est aussi un indicateur indirect de la gravité des conséquences sur les consommateurs. La situation économique de notre pays démontre que les jeunes consommateurs sont plus difficilement intégrés sur le marché du travail qu'il y a dix ans.

En revanche, les relations avec le système répressif ont diminué entre 1993 et 2000 en ce qui a trait aux interventions de la police dans le grand public.

On a au bas de la feuille, une série d'indicateurs sur l'état de santé de toutes ces personnes interrogées dans les centres à bas seuil qui consomment par voie intraveineuse des drogues illicites. Entre 1993 et 2000, la proportion de ceux qui se s'injectaient a légèrement diminué. On a observé dans ces dernières années, une tendance à ce qu'une partie des consommateurs arrêtent de s'injecter certains produits pour les inhaler. On fait allusion, par exemple, à l'héroïne qu'on appelle «la pratique de chasser le dragon».

Among intravenous drug users, the weekly injection rates slightly decreased between 1994 and 2000. These are fairly rough measurements that do not apply necessarily to all users but indicate a more general trend.

Assessments may vary because we are dealing with the total population, but a street worker or someone who is working in a centre may observe different kinds of trends depending on the persons. We can see that injection is becoming less common, but we also note that among some users who are starting to take cocaine, there is an increase in the number of injections. Generally speaking, there has been some decrease in this trend.

Needle sharing among several users and the exposure to risk of HIV has also greatly increased over the past several years. In 1993, approximately 17 per cent of the people said that they had shared their needle over the past six months. This percentage was lower than the comparable figure for European or American countries.

We noted a decrease in needle sharing in 1994 and over the past years, needle sharing has remained at a fairly low level. These are direct indicators of the seriousness of certain problems related to drug use.

Here are some examples in the evolution of indirect indicators. A few years ago surveys were conducted in an attempt to estimate the number of drug addicts in our country. It was difficult to obtain a precise figure since it is an illegal activity which people do not want to admit to or describe with any precision.

Based on the results of these different surveys, a researcher using ranges of probability made estimates of the number of users. Using four different types of data collection, our estimate of the number of regular hard-drug users ranges from a low of 20,000 to a high of 36,000.

In the middle of the 90s, the generally recognized estimate is that there are approximately 30,000 seriously addicted drug users in our country. Since we do not have a precise figure, we tend to come to the conclusion that the trend is either increasing or decreasing on the basis of indirect indicators.

For example, here you have information on the evolution of a number of drug charges and prosecutions between 1974 and 1988 for various types of substances. In white, the curve shows the increase in a number of charges for use of cocaine. We can see that the number has significantly increased over the past several years.

The red line shows the evolution in the number of heroine offences. It reached a peak in the middle of the 1990s and based on this kind of data, we conclude that heroine consumption, far

Chez les personnes consommant des drogues par injection intraveineuse, le taux d'injections par semaine a légèrement diminué entre 1994 et 2000. Ce sont des tendances assez grossières qui ne concernent pas forcément tous les consommateurs. C'est la consommation moyenne.

L'évaluation a parfois un regard différent, puisqu'on s'intéresse toujours aux populations dans leur ensemble, mais l'intervenant de rue ou l'intervenant qui travaille dans un centre, est confronté à des évolutions qui sont différentes selon les personnes. On voit que la tendance à l'injection se fait plus rare, mais on voit aussi chez certains consommateurs qui commencent à consommer de la cocaïne, une augmentation du nombre d'injections. En moyenne, cette tendance aurait plutôt diminué.

Le partage de seringues entre plusieurs personnes, soit l'exposition à des risques du VIH a aussi beaucoup diminué durant ces dernières années. En 1993, environ 17 p. 100 des gens affirmaient avoir partagé leur seringue au cours des six derniers mois. Cet indice démontrait un pourcentage inférieur en comparaison à des pays européens ou américains.

On a observé une diminution de partage de seringues en 1994, et ces dernières années, le partage de seringues est demeuré à des niveaux assez bas. Ce sont des indicateurs directs de la gravité de certains problèmes liés à la consommation de drogue.

Voici quelques exemples de l'évolution des indicateurs indirects. Il y a quelques années, des enquêtes ont été menées dans le but d'estimer le nombre de toxicomanes dans notre pays. Il a été difficile de les dénombrer puisque c'est une activité prohibée par la loi et les gens ne vont pas avouer ou décrire très précisément.

À partir des résultats des différentes enquêtes, un chercheur a fait des estimations en utilisant des fourchettes de probabilité du nombre de consommateurs. Sur une base de quatre types de récolte de données différents, on obtient des fourchettes de nombres de consommateurs réguliers de drogues dures qui vont de 20 000 — l'estimation la plus basse — à 36 000, l'estimation la plus haute.

Au milieu des années 90, l'estimation généralement reconnue est de dire que dans notre pays, environ 30 000 consommateurs de drogue sont gravement dépendants. Puisque qu'on ne connaît pas le chiffre exact, on en arrive à penser que la tendance est plutôt à la hausse ou qu'elle est plutôt à la baisse sur la base des données des indicateurs indirects.

Par exemple, vous avez ici l'évolution du nombre de dénonciations et la poursuite de la dénonciation pour consommation entre 1974 et 1988 et ce, pour divers types de substances. En blanc, la courbe représente l'augmentation du nombre de dénonciations pour la consommation de cocaïne. On voit que ce nombre a nettement augmenté au cours des dernières années.

En revanche, ce qui est en rouge représente l'évolution du nombre de dénonciations pour consommation d'héroïne. Il y a eu un summum au milieu des années 90 et on se base sur ce type de

more prevalent in our country than that of cocaine, is declining. We also note that cannabis offences increased a great deal over the past ten years.

This gives us an idea of how certain types of drug use are evolving and generally speaking, based on the number of charges, it could be assumed that there was a drop in the consumption of heroin over the past several years but heroin does remain the most widely used hard drug in Switzerland. It could also be concluded that there has been an increase in the consumption of cocaine and cannabis.

We saw the figure relating to offences. We get a clear idea of the situation when we look at the trend relating to first offences, that is if we remove from the statistics persons charged for a second, third or fourth offence.

In the small blue columns, you can see that for all types of use, there has been little movement in first offences over the past several years whereas repeat offences have increased. This indirect indicator is also used to maintain that there has been a certain stabilization, and even a decrease in the number of users since some of these charges involve repeat offenders.

As for the trend in drug-related deaths, an indicator of the seriousness of the drug-addiction problem, there has been a definite downward evolution over the past years. In red, you see the evolution of cases where drugs are the main cause of death, usually overdoses. Since the beginning of the 90s, there has been some decrease in this type of death and we now find ourselves in the same situation as at the end of the 80s.

The figures shown in black indicate the number of AIDS-related deaths among drug injectors. It can be seen that the highest level was reached in the middle of the 90s before the introduction of new therapies. But there has been a strong decrease over the past several years.

Another indicator of the seriousness of the drug problem is the number of treatment interventions. It is believed that the more people there are in treatment, the better their chances of overcoming drug addiction and maintaining their health during their period of use.

Thanks to the policy followed by the cantons and the Federal Office of Public Health over the past years, we have been successful in bringing a large number of users to treatment, with the number of cases of methadone treatment practically doubling.

From the beginning of the 90s until the present, the number of cases of heroin substitution treatment increased fourfold while the number of cases of residential treatment, generally a withdrawal

données pour dire que la consommation d'héroïne, demeurée nettement majoritaire dans notre pays par rapport à la cocaïne, tend à diminuer. Par ailleurs, on remarque que les dénonciations pour la consommation de cannabis ont beaucoup augmenté durant les dix dernières années.

Cela nous donne une idée de l'évolution de certains types de consommation et en gros, si on se basait sur les dénonciations, on dirait qu'il y a eu diminution de la consommation d'héroïne dans les dernières années, mais que l'héroïne demeure la «drogue dure» la plus consommée en Suisse. On dirait aussi qu'il y a eu augmentation de la consommation de cocaïne et de cannabis.

On a vu le nombre de dénonciations. On peut obtenir des images plus fines de la situation si on regarde l'évolution des premières dénonciations, c'est-à-dire si on enlève de la statistique toute personne dénoncée pour la deuxième, la troisième ou la quatrième fois.

Dans les petites colonnes en bleu, on remarque que pour toute consommation confondue, les premières dénonciations ont eu tendance à stagner ces dernières années alors que les dénonciations répétées ont augmenté. Cet indicateur indirect est aussi utilisé pour dire qu'il y a quand même une certaine stabilisation, voire une diminution du nombre de consommateurs, puisqu'une partie de ces dénonciations sont des dénonciations de personnes qui ont déjà été repérées une première fois, voire plusieurs fois.

Si on regarde l'évolution des décès liés à la drogue, qui est un indicateur de la gravité du problème de la toxicomanie, on remarque une évolution nettement à la baisse ces dernières années. En rouge, on voit l'évolution des cas où la drogue est la première cause de décès et en général, il s'agit de surdoses. On voit aussi que depuis le début des années 90, ce type de décès a quelque peu diminué et on est de nouveau dans la même situation que celle de la fin des années 80.

Ce qui est en noir représente les décès reliés au sida chez des personnes qui s'injectent des drogues. On voit qu'il y a eu un pic au milieu des années 90 avant l'introduction des nouvelles thérapies, et il faut noter que le nombre de ces décès a nettement diminué durant les dernières années.

Un autre indicateur de la gravité des problèmes de consommation est le nombre de traitements. On estime que plus il y a de gens en traitement, meilleures sont les chances qu'ils sortent de la toxicomanie et que leur état de santé ne s'aggrave pas pendant leur période de consommation.

Dans le cadre de la politique de l'Office fédéral de la santé publique et des cantons, qui a été poursuivie pendant toutes ces dernières années, on a réussi à capter en traitement une grande quantité de consommateurs, et le nombre de traitements à la méthadone a pratiquement doublé.

Du début des années 90 à aujourd'hui, le nombre de traitements de substitution à l'héroïne a quadruplé tandis que le nombre de traitements en milieu résidentiel qui, en général, sont

treatment with maintenance in a closed system with rehabilitation, has remained fairly stable, with a slight increase.

Something that the graph does not show is that while we have been successful in bringing a large number of users to treatment, the type of treatment provided has changed since our harm reduction policy does mean taking a different approach to people's treatment. We are now far more accepting of the fact that people may be using a hard drug in spite of the fact that they are in methadone treatment. This hardly ever now constitutes a reason to interrupt treatment, contrary to the practice ten years ago.

We allow some maintenance, with both heroin and methadone, while waiting for the patient's state of mind to improve and for the patient to feel ready to consider withdrawal. So we no longer have the same view of methadone treatment in the past which started with a certain dose and decreased quickly.

On the contrary, in recent years, we have been more inclined to give patients rather high doses and to maintain those doses until we are sure that they have stabilized. That is when we start to aggressively reduce the doses. Risk reduction is part of the treatment, in that we now authorize treatment involving maintenance for people whose drug use is not perfectly stabilized. While waiting to undergo treatment, they face fewer health-related risks.

As for whether or not the Federal Office of Public Health uses the data, I can assure you that it does. It has even taken steps that are part of our contracts to ensure that good use is made of the evaluation data and research in general.

What types of steps has the OFSP taken? First of all, there are contract provisions. In our evaluation contract, we have a requirement for added value. We must produce reports with summaries that can be understood by the general public. At the invitation of the Federal Office of Public Health, we are also expected to speak at public conferences and in some cases to hold press conferences to report the results of our investigations. When a report is ready, the Federal Office of Public Health systematically considers how the value of the report could be enhanced, by identifying who may be interested in the report and to whom it could be distributed. That is in the contracts but is not working very well. But a real effort is being made for that to be part of our contractual obligations. Steps are also being taken internally to try and enhance the evaluation results.

For example, at the start of each evaluation period, which lasts three or four years, there is a discussion period with officials from the Federal Office of Public Health who are responsible for

des traitements de sevrage avec maintien dans un système fermé avec une réhabilitation, est demeuré plutôt stable avec une légère augmentation.

Ce que le graphique ne dit pas, c'est qu'en même temps qu'on arrivait à capter en traitement une grande partie de consommateurs, le type de traitement qui leur était offert a changé, car une partie de notre politique de réduction des risques consiste en une façon différente de traiter les gens. On accepte beaucoup plus maintenant le fait que des gens consomment une drogue dure malgré le fait qu'ils soient en traitement de méthadone. Cela ne constitue pratiquement plus une raison pour interrompre le traitement, alors que c'était le cas il y a dix ans.

On admet l'idée d'une certaine maintenance, autant avec l'héroïne qu'avec la méthadone, en attendant que l'état psychique du patient s'améliore et en attendant qu'il se sente prêt à envisager un sevrage. On n'a donc plus la vision du traitement à la méthadone d'autrefois qui commençait à une certaine dose et qui diminuait rapidement.

Au contraire, ces dernières années on a plutôt tendance à donner aux patients des doses assez élevées et maintenues pendant un certain temps jusqu'à ce que la stabilité de leur état soit garantie. Ce n'est qu'à ce moment qu'on commence à retirer les doses agressives. Il y a une composante de réduction des risques dans les traitements, dans le sens où on admet que les traitements servent maintenant à maintenir des gens qui ne sont pas parfaitement stabilisés du point de vue de leur consommation. En attendant de faire le pas vers la désintoxication, ils courent moins de risques pour leur santé.

Quant à la question de savoir si l'Office fédéral de la santé publique utilise les données, je vous assure qu'il les utilise. Il a même pris des mesures qui font partie de nos contrats pour renforcer l'utilisation des données d'évaluation et de recherche en général.

Quels types de mesures l'Office prend-il? Il y a d'abord des mesures contractuelles. Dans notre contrat d'évaluation, nous avons ce qu'on appelle une obligation de valorisation. Nous devons produire des rapports avec des résumés qui puissent être compréhensibles par le grand public. Nous sommes censés aussi, sur invitation de l'Office fédéral de la santé publique, faire des conférences publiques et éventuellement des conférences de presse pour rapporter le résultat de nos investigations. Il y a une réflexion systématique qui est faite au sein de l'Office fédéral de la santé publique quand un rapport est rendu sur la façon dont ce rapport pourrait être valorisé, en identifiant ceux que ce rapport pourrait intéresser et à qui il pourrait être distribué. Cela figure dans les contrats mais ne fonctionne pas très bien. Mais il y a un réel effort qui est fait puisque cela fait partie de notre obligation contractuelle. Il y a aussi des mesures internes qui sont prises pour essayer de valoriser les résultats de l'évaluation.

Par exemple, au début de chaque période d'évaluation, qui dure trois ou quatre ans, il y a une période de discussion avec les responsables de l'Office fédéral de la santé publique qui

program implementation. We select some of the evaluation questions to determine what they should cover in the next period. There are discussions and negotiations on the topic.

That also means that if people ask us questions, it is because they are interested and particularly eager for answers. So they will monitor us to obtain these answers and to ensure that they obtain them in a timely fashion.

The evaluation service of the Federal Office of Public Health follows up on the evaluation. This is the service that commissions external evaluations. There is a formal structure for returning the intermediary results to the teams and for disseminating the information.

To ensure good use is made of the evaluations, the Federal Office of Public Health also widely distributes its findings. This is not always perfect. It was mainly the case during the first evaluation periods, when it was in the best interest of the policy to quickly make the findings of these evaluations public. The OFSP also uses what we call windows of opportunity. That means that when there are debates in the chamber or when new steps are taken, we seize the opportunity to publicize some of our evaluation findings.

You are undoubtedly wondering if these evaluations are useful. What are the evaluations used for? First of all, there is a policy aspect to using the evaluations. They make it possible to identify what already exists, to determine where we are at, and also to identify problems that remain unresolved. They also make it possible to validate and legitimize the policy. And that is important in a political environment like ours, where the Narcotics Act enables the Federal Office of Public Health to get involved in a number of areas. The cantons are, nonetheless, sovereign, namely as regards health care. So it is very useful to validate and legitimize the policy when it is successful. In Switzerland, we have seen that this approach reinforces stability, distribution and acceptance of the policy.

Having the evaluation findings to consider also makes it possible to evaluate the scope of the data that is helpful in orienting the decisions and amending policies. I will give you a couple of examples of that. At the start of the evaluation, we surveyed the general public to see how drug problems were perceived and how the general population perceived, among other things, drug users themselves. We can see that in 1991, the majority of the population agreed that abstinence was possible even after several failed attempts to quit, but there was still 30 per cent of the population that had no idea whether abstinence was possible, or that truly thought that a person could not recover.

This type of data on public knowledge was used, for example, in the national awareness campaign in 1997. One of the messages was to tell people that drug addicts can overcome their problems

s'occupent de la mise en œuvre du programme. On fait un triage parmi les questions d'évaluation pour déterminer ce dont elles devront traiter pendant la période à venir. Il y a une discussion, une négociation qui se fait à ce sujet.

Cela veut aussi dire que si les gens nous posent des questions, c'est qu'ils sont intéressés et ils sont particulièrement avides d'avoir des réponses. Ils vont donc nous suivre pour obtenir ces réponses afin de s'assurer que cela se fasse dans le meilleur des délais.

Il y a un suivi de l'évaluation qui est fait par le service de l'évaluation de l'Office fédéral de la santé publique, qui est le service qui mandate les évaluations à l'extérieur. Il y a une organisation de retour formel aux équipes de résultats intermédiaires et il y a une diffusion de l'information.

Une autre mesure prise par l'Office fédéral de la santé publique pour renforcer l'utilisation de l'évaluation est une diffusion relativement large des résultats. Ce n'est pas toujours parfait. Cela a surtout été le cas dans les premières périodes d'évaluation où le politique avait besoin et intérêt à rendre public assez rapidement les résultats de ces évaluations. Il y a aussi une utilisation de ce qu'on appelle des fenêtres d'opportunité. Ceci veut dire que lorsqu'il y a des débats en Chambre ou lorsque des nouvelles mesures sont prises, on saisit cette opportunité pour faire connaître mieux un certain nombre de résultats d'évaluation.

Vous vous demanderez sans doute si l'évaluation peut être utile. À quoi servent les évaluations? Il y a d'abord toute une partie d'utilisation politique de l'évaluation. Cela permet d'identifier les acquis, où on en est dans la situation, et cela permet aussi d'identifier les problèmes qui restent à résoudre. Cela permet de valider et de légitimer la politique. Ce n'est pas la moindre des choses dans un environnement politique comme le nôtre où, finalement, la Loi sur les stupéfiants donne la possibilité à l'Office fédéral de la santé publique d'intervenir sur beaucoup de choses, mais ce sont quand même les cantons qui sont souverains, notamment en matière de santé. Il est donc très utile de valider, de légitimer une politique, quand elle a du succès. On a vu en Suisse que cela renforce la stabilité, la diffusion et l'acceptation de cette politique.

Le fait de pouvoir faire état des résultats d'évaluation permet aussi une évaluation de la portée des données utiles pour orienter les décisions et faire des corrections dans les politiques. Je donne un ou deux exemples de cela. Au début de l'évaluation, on a fait des enquêtes dans la population en général pour savoir comment étaient perçus les problèmes de drogue et comment la population, notamment, percevait les consommateurs eux-mêmes. On voit qu'en 1991, il y avait une majorité de la population qui était d'accord que l'abstinence était possible même après plusieurs échecs, mais il y avait quand même un bon 30 p. 100 de la population qui n'avait aucune idée à ce sujet ou bien qui pensait vraiment qu'on ne pouvait pas s'en sortir.

Ce type de données sur les connaissances de la population a été utilisé, par exemple, dans la campagne nationale de sensibilisation en 1997. Un des messages était de dire à la population que les

if we help them. It may take some time, but they can overcome their problems. The evaluation findings justified these campaigns, which aimed to improve general awareness in this area.

In 1991, with the initial evaluations, we sought to determine what the general public was prepared to accept in terms of solutions to drug addiction. What is striking is that we can already see in 1991, more than ten years ago, that the vast majority of the people agreed that it was useful to sell or distribute clean needles to drug users. There was broad-based acceptance for this approach.

However, at the time there was a very small minority of the people who were prepared to accept over-the-counter sales of hashish and marijuana. The majority of the people agreed that it was possible to provide drug users with injection sites, and at that time, people agreed that it was possible to consider distributing heroin to drug users in a controlled fashion.

This type of data was very useful for politicians to determine where they were at in comparison to their constituents and to determine what it was possible to do politically, what was more difficult and what required further explanation. In our opinion, the evaluation is also helpful in that it contributes to the development of shared expertise. If the findings of the evaluation are widely distributed, the issues are well known and that makes it possible to resolve controversy by ensuring that policies are evidence-based.

I will give you an example. Here, you can see the evolution of the number of needles distributed in low-threshold centres between 1993 and 2000. We can see that a lot of needles were distributed in the 1994-1995 period. That was at the time of the open drug scenes. When the scenes were closed, or broken up, many drug users entered treatment and many others probably went underground. There was a major drop in the number of needles being distributed in these low-threshold centres. After that, however, there was an increase in distribution and then distribution completely stabilized.

It was very interesting to be able to provide politicians with information on risk reduction. Making injection paraphernalia available was well accepted, and moreover, it did not encourage injection. If that had been the case, we should have seen a constant increase in the number of needles being handed out to drug users, which was not the case. Numbers have been stabilized for several years. We were also able to show that under these policies, the sharing of needles had decreased and stabilized at a low level. We were also able to show that drug users had been able to adopt prevention behaviour to the same extent as people in the general population with respect to condom use.

toxicomanes peuvent s'en sortir si on leur donne un coup de main. Cela peut prendre du temps, mais ils peuvent s'en sortir. Ces campagnes étaient motivées par des résultats d'évaluation et destinées à améliorer la connaissance de la population à cet égard.

En 1991, avec les toutes premières évaluations, on a cherché à savoir ce que la population était prête à accepter comme solutions au problème de la toxicomanie. Ce qui est frappant c'est qu'on voit que déjà en 1991, donc il y a plus de dix ans, une très grande majorité de la population était d'accord avec le fait qu'il était utile de vendre ou de distribuer des seringues propres aux toxicomanes. On était dans une situation de très grande acceptation.

En revanche, à l'époque il y avait vraiment une petite minorité de la population qui était prête à accepter la vente libre du haschich et de la marijuana. La population était majoritairement d'accord qu'il était possible d'offrir aux toxicomanes des locaux pour s'injecter des drogues et, de même, déjà à l'époque, la population était d'accord qu'il était possible d'imaginer la remise, sous contrôle, d'héroïne, à des consommateurs de drogues.

Ce type de données était très utile aux politiciens pour savoir où ils en étaient par rapport à leur population et pour savoir ce qu'il était possible de faire politiquement, ce qui était plus difficile et ce qu'il fallait encore expliquer. Une autre utilité de l'évaluation, à notre avis, c'est que cela contribue au développement d'un savoir partagé. Si les résultats de l'évaluation sont bien diffusés dans la population, les choses sont bien connues et cela permet de trancher un certain nombre de débats controversés dans le sens d'une politique s'appuyant sur les preuves. C'est l'aspect «evidence-based policy».

Je vous donne un exemple. Vous voyez ici l'évolution du nombre de seringues distribuées dans les centres à bas seuil depuis les années 1993 jusqu'à 2000. Ce qu'on voit, c'est qu'il y avait beaucoup de seringues qui étaient distribuées dans les années 1994-1995. C'était l'époque des scènes ouvertes. Quand les scènes ouvertes ont été fermées, enfin dispersées, beaucoup de toxicomanes sont entrés en traitement et beaucoup sont entrés probablement dans une certaine clandestinité. On a eu une chute très importante du nombre de seringues qui étaient distribuées dans ces centres d'accès à bas seuil. Mais on voit qu'après il y a une certaine reprise de la distribution et que la distribution s'est complètement stabilisée.

C'était très intéressant de pouvoir le dire aux politiciens des choses concernant la réduction des risques. D'une part, la mise à disposition du matériel d'injection était bien acceptée et, d'autre part, elle n'encourageait pas l'injection de drogues. Si vraiment cela avait été le cas, on aurait dû voir une augmentation continue du nombre de seringues remises à des consommateurs, ce qui n'était pas le cas. On a une stabilisation depuis de nombreuses années. On a pu montrer aussi que sous l'effet de ces politiques, le partage des seringues avait diminué et qu'il s'était stabilisé à un niveau bas. On a pu montrer aussi que les consommateurs de drogues avaient été capables d'adopter des comportements de prévention de même niveau que ceux qu'on trouve dans la population en général par rapport à l'utilisation de préservatifs.

We were also able to show something that was not at all the case several years ago: when we gave them the means to protect themselves, they did. There was a sharp decrease in the number of new cases of HIV among drug users. We also saw that the harm reduction policy did not discourage all users from entering treatment, on the contrary, since there was an increase in the number of people entering treatment. These are just some examples of what an evaluation can contribute to public debate.

Now I will move on to cannabis. Before telling you about some of the experiences of the commission on which I sit, I would like to show you a little political cartoon that will perhaps give you a sense of the extent to which the debate on cannabis in Switzerland is taking place in a spirit of open-mindedness. This is a cartoon showing our Minister of Health watering cannabis plants outside his office and smoking a joint. This cartoon appeared in a well-read newspaper the day that the federal council announced the decriminalization of cannabis. These are matters that we can talk about and even laugh about in our country.

When the federal commission on which I sit started to study cannabis, it did so on its own initiative. It was not a mandate of the Federal Office of Public Health, even if the Federal Office was happy that we were looking into the matter.

The Schilte report, which presented various drug policy scenarios, had always considered all illegal drugs at the same time. The idea of the commission at that time was not to attach too much importance to the substances. It was the person who counted and the person's risk of becoming addicted. In subsequent years, some of the members of the commission changed. These members noted an increase in cannabis use. They had to deal with the fact that the substance was different from the others and that the matter needed to be examined.

The first step the commission took was to look at what the objective of the cannabis policy should be. The commission felt it was necessary to create general conditions conducive to preventing adverse consequences of cannabis use for both users and society in general. The commission wanted a harm reduction policy.

The commission also felt that a cannabis policy should have other objectives, including protecting young people and users. It had to promote health, prevent use, reduce problematic use, especially when it was dangerous, and avoid criminalizing users and stigmatizing young people. The situation was already unbearable, given the number of users we have in Switzerland.

It seemed to us that one of the objectives was to relieve the police and the justice system of having to take legal action for minor offences, so that they could focus on more serious ones. One of the most important objectives was uniform enforcement of current laws. At present, action taken against cannabis users varies from one canton to the next. There is de facto inequality

On a pu montrer — et il y a quelques années cela n'était pas du tout évident — que quand on leur donnait les moyens de se protéger, ils le faisaient. On a donc vu le nombre de nouveaux cas de VIH diminuer fortement chez les consommateurs. On a vu aussi que la politique de réduction des risques ne dissuadait pas du tout les consommateurs d'entrer en traitement, au contraire, puisqu'on a vu une augmentation des entrées en traitement. Ce sont quelques exemples de ce que peut apporter une évaluation dans le débat public.

Je passerai au cannabis maintenant. Avant de parler de quelques expériences de la commission au sein de laquelle je suis membre, j'aimerais montrer un petit dessin de presse humoristique qui vous fera peut-être sentir à quel point en Suisse il y a un débat sur le cannabis qui se déroule dans une atmosphère d'ouverture. C'est un dessin qui montre notre ministre de la santé en train d'arroser des plants de cannabis devant son bureau et en train de fumer un joint. C'est un dessin paru dans un journal très lu, le jour où on a annoncé la dépénalisation du cannabis par le conseil fédéral. Ce sont des choses dont on peut parler, voire rire dans notre pays.

Lorsque la commission fédérale à laquelle j'appartiens a commencé à réfléchir sur le cannabis, il faut préciser qu'elle l'a fait de son propre chef. Ce n'était pas un mandat de l'Office fédéral de la santé publique, même si l'Office fédéral était content qu'on s'occupe de cela.

Le rapport Schilte, qui présentait des scénarios divers sur la politique des drogues, avait toujours considéré toutes les drogues illégales en même temps. L'idée de la Commission alors était qu'il ne fallait pas trop s'attacher aux substances. C'est la personne qui comptait et le risque qu'elle courrait de devenir dépendante ou pas. Une partie des membres de la Commission a changé dans les années qui ont suivi. Ces membres ont constaté qu'il y avait augmentation de la consommation liée au cannabis. Ils ont dû se confronter au fait que la substance était différente des autres et qu'une réflexion à ce sujet s'imposait.

La première réflexion de la Commission a été de se demander quel devait être le but principal d'une politique du cannabis. Pour la Commission, il s'agissait de créer des conditions générales propres à empêcher, aussi bien pour le consommateur que pour la société, les conséquences néfastes de la consommation. Elle souhaitait une politique de réduction des risques.

La Commission considérait qu'une politique sur le cannabis devait avoir également d'autres buts, dont ceux de protéger la jeunesse et les consommateurs. Il fallait promouvoir la santé, prévenir la consommation, réduire la consommation problématique, particulièrement la consommation dangereuse, et éviter la criminalisation des consommateurs et la stigmatisation des jeunes. La situation apparaissait déjà insupportable, compte tenu de la quantité de consommateurs que nous avons en Suisse.

Il nous semblait qu'un des buts était de décharger la police et la justice de la poursuite de délits mineurs afin qu'ils puissent se consacrer à des délits plus importants. Un des buts importants consistait en l'application uniforme du droit en vigueur. Actuellement, la poursuite des consommateurs de cannabis n'est pas la même selon que vous habitez dans un canton ou l'autre. Il y

before the law. A cannabis policy required coming up with common guidelines for all drugs. We felt it was important to protect other segments of the population, to suppress the illegal cannabis markets and to obtain a better cost-benefit relationship than under the current policy.

As a result, the commission heard from a number of experts. It commissioned studies from experts. Its final position was retained by the Federal Council. The commission decided not to take the legal environment in Switzerland into account. It decided to freely examine the constraints and to focus essentially on public or social health.

After having examined various options, the committee unanimously proposed a model to decriminalize possession and use of cannabis and to legalize the acquisition of it. It considered a scenario to legalize but not liberalize cannabis. The idea was to clearly regulate it.

We knew full well that this model was incompatible with the 1961 Convention. Nevertheless, we wanted to send a political signal to the Federal Council by saying that the commission was proposing this scenario. The regulations we felt were necessary under this legalization scenario required the development of requirements for qualifying authorized vendors, in other words clear directives for selling the product, an advertising ban, the possibility of imposing prices, a ban on sales to people under the age of 18 — there was a discussion as to whether we should propose 18 or 16 years of age, which is the age required to drink alcohol — and a residence certificate, for purchases, to avoid problems with drug tourism.

We thought that it was possible to set the number of cannabis plants authorized for personal use and to regulate commercial production. We felt it was extremely important to develop very strong additional measures, such as strengthening prevention and access to the council for at-risk and problem users.

That was the commission's main recommendation. We knew that it ran counter to the 1961 Convention. So we had to admit that there was a second choice, involving partial decriminalization, in the event that the legalization option turned out to be too politically sensitive, which was the case — it was unrealistic politically. Our proposal involved material decriminalization of use and preparatory acts, and the application of the opportunity principle for trafficking, in other words the possibility for the Federal Council to regulate legal action, the possibility to take action for trafficking or not, which would be adopted this time by the Confederation and result in the same rules for all cantons. This is not currently the case.

a inégalité de facto devant la loi. Une politique sur le cannabis exigeait qu'on puisse trouver des lignes directrices qui soient communes à toutes les drogues. Il paraissait important qu'on passe à la protection d'autres groupes de la population, à la suppression des marchés illégaux du cannabis et qu'on obtienne un rapport coût-bénéfice plus favorable que celui de la politique actuelle.

La Commission a donc tenu plusieurs audiences avec de nombreux experts. Elle a mandaté des études d'experts. La position qu'elle a soutenue en conclusion n'était pas celle retenue par le Conseil fédéral. La Commission a décidé de ne pas tenir compte de l'environnement juridique de la Suisse. Elle a décidé de s'émanciper à travers cette réflexion des contraintes et de garder une réflexion essentiellement de santé publique ou sociale.

Après avoir examiné différentes options, la Commission a proposé, à l'unanimité des membres, un modèle de dépénalisation de la possession et de la consommation du cannabis et de légalisation de son acquisition. Elle envisageait un scénario de légalisation, mais pas un scénario de libéralisation. L'idée était de parvenir à une réglementation tout à fait claire.

Nous savions parfaitement que ce modèle n'était pas compatible avec la Convention de 1961. Nous avons quand même voulu donner un signal politique au Conseil fédéral en disant que la Commission proposait ce scénario. Dans la réglementation que nous croyions nécessaire, selon ce scénario de légalisation, la réglementation qui devait être associée à cette légalisation devait développer des exigences de qualification pour les commerçants autorisés, soit des prescriptions claires concernant la vente et le produit, une interdiction de la publicité, une possibilité éventuellement d'imposer des prix, une interdiction de vente aux moins de 18 ans — il y a eu discussion quant à savoir si on devait proposer 18 ou 16 ans, âge requis pour consommer de l'alcool — et une attestation de domicile, quant à l'achat, pour éviter des problèmes de tourisme de drogues.

On imaginait qu'il était possible de fixer le nombre de plants de cannabis autorisés pour la consommation personnelle et ainsi que de réglementer la production commerciale. Il nous paraissait extrêmement important de développer des mesures d'accompagnement très fortes, c'est-à-dire un renforcement de la prévention et de l'accès au Conseil pour les consommateurs particulièrement à risques et à problèmes.

C'était la recommandation principale de la Commission. Nous savions que c'était incompatible avec la Convention de 61. Nous avons donc admis qu'il y avait un second choix, celui d'une dépénalisation partielle au cas où l'option légalisation se révélerait politiquement sérieuse, ce qui a été le cas — politiquement irréalisable. La proposition que nous faisons consistait en une dépénalisation matérielle de la consommation et des actes préparatoires, et l'application du principe d'opportunités pour le trafic, c'est-à-dire la possibilité pour le Conseil fédéral d'avoir une réglementation de la poursuite, de l'opportunité ou pas de poursuivre le trafic, et donc, qui soit cette fois prise par la Confédération et qui fasse que chaque canton obéisse aux mêmes règles. Ceci n'est pas le cas actuellement.

The Chairman: At the start of your presentation, you talked about an external evaluation. Am I to conclude that it was an independent evaluation?

Ms Dubois-Arber: Yes. However, I say “but.” It has always been the subject of discussions with the Federal Office of Public Health. In principle, it is. Our reports are initially discussed by the Federal Office of Public Health. To date they have never been held back. They have always been published afterwards. The Federal Office of Public Health cannot in principle ask us to change the substance. They could ask us to change the wording of a sentence. It is up to us to decide whether or not we accept the proposed change in wording. In principle, it is independent. We have, for example, the opportunity to draft scientific publications on the basis of our reports. There again, we are not expected to submit our articles prior to publication. We send a copy of the article at the same time as we submit it for publication. The only thing we have to do in some cases is to wait several months before sending the article to publication. Fundamentally, there are no obstacles.

The Chairman: You do not face any budgetary obstacles either?

Ms Dubois-Arber: We have a budget.

The Chairman: Budget negotiations do not affect the quality of the evaluations?

Ms Dubois-Arber: I do not know. The budget is renewed every four years. The policy evaluation is not entrenched in the Constitution. The Federal Office of Public Health has the choice to not be evaluated or to decrease its budgets.

The Chairman: It is not a monitoring centre like the ones found in other European Union countries, which are relatively independent, both in terms of their budgets and their ability to publish or share information with the general public, among others, and whose duty it is to do so. After having been so involved with the Swiss system, would you be in favour of the model that is found in other European countries that have independent monitoring centres?

Ms Dubois-Arber: A monitoring centre does not do evaluations. The two roles are different. We are standardizing our statistics so that they are closer to what exists in Europe. The wealth of our data is equivalent to what can be found in other European countries. A monitoring centre does not reach conclusions or make recommendations. In general, it monitors the results of policies and drug use trends. It does not take a critical look at how policies evolve. That is not its role, and generally speaking, it does not have the tools to do so. With an evaluation mandate, we take a specific look at a specific policy and analyze it. That is not the case with the monitoring centre. The monitoring centre observes, it does not do critical analyses or evaluations. We can use data from a monitoring centre in an evaluation. What monitoring centres do not observe, generally speaking, are processes. They rarely monitor specific measures in detail. The processes are the most difficult to evaluate, to get a precise idea as to how program implementation is unfolding, the

Le président: Au début de votre présentation, vous avez parlé d'une évaluation externe. Dois-je en conclure qu'il s'agit d'une évaluation indépendante?

Mme Dubois-Arber: Oui. Cependant, je dis «mais». Cela a toujours fait l'objet de discussions avec l'Office fédéral de la santé publique. En principe, elle l'est. Les rapports que nous rendons sont d'abord discutés au sein de l'Office fédéral de la santé publique. Jamais ils n'ont été retenus jusqu'à présent. Ils ont toujours été publiés par après. L'Office ne peut pas en principe nous demander de changer le fond. Il peut éventuellement nous demander de changer la formulation d'une phrase. C'est à nous de décider si oui ou non nous acceptons de changer une formulation. En principe, elle est indépendante. Nous avons, par exemple, la possibilité de rédiger des publications scientifiques sur la base de nos rapports. Là aussi, nous ne sommes pas censés soumettre nos articles avant la publication. On envoie une copie de l'article au moment où on le soumet à la publication. La seule chose que nous devons faire parfois est d'attendre quelques mois avant d'envoyer un article pour la publication. Fondamentalement, il n'y a pas d'entraves.

Le président: Vous n'avez pas d'entraves non plus au plan budgétaire?

Mme Dubois-Arber: Nous avons un budget.

Le président: La négociation du budget n'affecte pas la qualité des travaux d'évaluation?

Mme Dubois-Arber: Je ne sais pas. Le budget est renouvelé tous les quatre ans. L'évaluation de la politique n'est pas inscrite dans la Constitution. C'est un libre choix de l'Office fédéral de la santé publique de ne pas être évalué ou de diminuer ses budgets.

Le président: Ce n'est pas un observatoire tel qu'on en retrouve dans d'autres pays de l'Union européenne, lesquels jouissent d'une indépendance plus que relative, tant sur les plans budgétaires que sur leur capacité de publier ou d'informer la population, entre autres, et dont c'est le devoir. Après avoir été à même d'exploiter au maximum le régime suisse, prêcheriez-vous pour un modèle qui se retrouve dans d'autres pays européens où on trouve des observatoires indépendants?

Mme Dubois-Arber: Un observatoire, ce n'est pas un évaluateur. Ce sont deux choses différentes. On est en train d'unifier nos statistiques pour les rendre plus proches de celles qui existent en Europe. La richesse de nos données est équivalente à ce qu'on retrouve dans les autres pays d'Europe. Un observatoire n'est pas là pour faire des conclusions ni des recommandations. En général, il observe des résultats de politique, des prévalences de consommation. Il ne va pas regarder l'évolution d'une politique de façon critique. Il n'est pas fait pour cela et en général, il n'a pas les instruments pour le faire. Avec un mandat d'évaluation, on doit jeter un regard particulier sur une politique particulière pour en faire une certaine critique. Ce n'est pas le cas de l'observatoire. L'observatoire observe, il ne critique pas et n'évalue pas. On peut utiliser les données de l'observatoire dans le cadre d'une évaluation. Ce que les observatoires n'observent pas, en général, ce sont les processus. Ils observent assez rarement les mesures prises dans le détail. Les processus sont ce qu'il y a de plus difficile

number of programs implemented, their quality, etc. Most European monitoring centres are not necessarily authorized to do that.

The Chairman: In your opinion, does Switzerland have a well-structured drug strategy because it is a federated state? Powers are divided between at least two major jurisdictions, and then there is the role of the municipalities.

Ms Dubois-Arber: Yes, we feel that the policy was put in place in a very intelligent way. The Federal Office of Public Health has a rather tenuous legal basis for intervening in drugs, the Narcotics Act, but all implementation is done at the canton level. Essentially, its role with respect to policy implementation involves incitement and coordination. The OFSP showed innovation with, among other things, heroin prescriptions, et cetera, but for the most part, it has aligned itself with the cantons that had the most advanced approaches. The OFSP has adopted an intelligent approach, taking advantage of subsidies, programs, opportunities to invest public funds, and innovation to gradually win over the cantons that were the most reluctant to adopt its policy. I live in a canton where, 10 years ago, harm reduction was out of the question. It was not possible to distribute needles to drug users, they could only be sold in drugstores. Gradually, faced with this successful OFSP policy, the canton came on board, and it is now a canton where injection sites are talked about, and perhaps in a few years we will even be talking about heroin substitution treatment. Given the limited opportunities for intervention at the federal level, the approach to innovation and encouragement, with the cantons remaining sovereign, was an intelligent one.

The Chairman: The exercising of confederal jurisdiction is perhaps more integrated with the cantons than it is here in Canada. In Canada, we have a federal system, but two jurisdictions, the federal and provincial governments, exercise power. Health is primarily a provincial responsibility, at least in terms of public health research implementation, but the federal government also has a role under the Canada Health Act. That is why I asked your colleague about this earlier on and it is also why I am asking you how this cooperation works.

Ms Dubois-Arber: That is where the difficulty lies. In our opinion, in Switzerland, cantons are truly sovereign in terms of health care. The only exception is the Epidemics Act. That is why the Confederation, in the case of AIDS, was able to intervene and to make proposals, but in principle, the canton is sovereign, and the organization of hospitals is also a canton responsibility. The Confederation has a limited ability to intervene; the possibilities for direct intervention are quite small. Everything is done indirectly. Ms Steber Büchli talked about areas where the jurisdictions could work together to try and gradually win the cantons over to the policy. In Switzerland, it is not possible to have policy directives in the area of health care. Medicare is dealt with on the federal level, but the organization of care, the

à évaluer, pour avoir une idée exacte de ce qui se déroule dans la mise en œuvre des programmes, le nombre de programmes mis en œuvre, leur qualité, et cetera. La plupart des observatoires européens ne sont pas forcément habilités à le faire.

Le président: Dans votre évaluation, considérez-vous que la Suisse évolue en matière de drogue dans le cadre d'une stratégie bien structurée, compte tenu de la forme fédérative de l'État? Les pouvoirs sont répartis entre au moins deux juridictions importantes, sans oublier le rôle des municipalités.

Mme Dubois-Arber: Oui, on pense qu'il y a eu beaucoup d'intelligence dans la mise en place de cette politique. L'Office fédéral de la santé publique a une base légale assez ténue pour intervenir dans le domaine des drogues, la Loi sur les stupéfiants, mais toute la mise en œuvre se fait au niveau des cantons. L'essentiel de son rôle dans tout ce qui est mise en œuvre de la politique, c'est un rôle d'incitation et de coordination. L'Office a innové avec, entre autres, les prescriptions d'héroïne, et cetera, mais pour la plupart des choses, il s'est aligné sur les cantons qui étaient les plus avancés. L'Office a, de façon intelligente, joué des subventions, joué avec les programmes, toutes les possibilités d'investissement d'argent public, joué de l'innovation pour, peu à peu, arriver à gagner à sa politique les cantons qui étaient les plus retardataires. J'habite dans un canton qui était un des cantons pour lesquels, il a dix ans, il n'était pas question de faire de la réduction des risques. Ce n'était pas possible de remettre des seringues à des consommateurs de drogues en dehors de la vente en pharmacie. Petit à petit, sous la pression d'une politique bien menée par l'Office fédéral, le canton s'est aligné et c'est un canton où on parle d'un local d'injection où peut-être, d'ici quelques années, des traitements de substitution à l'héroïne. Dans le cadre des menues possibilités d'intervention au niveau fédéral, il y a eu une intelligence du maniement de l'innovation et de l'incitation avec les cantons qui restent souverains.

Le président: La nature de l'exercice de la juridiction confédérale est peut-être plus intégrée avec les cantons qu'elle ne l'est au Canada. Au Canada, c'est un système fédéral, mais les deux juridictions, fédérale et provinciale, exercent leur pouvoir. La santé est principalement du ressort provincial, à tout le moins, dans l'articulation de la mise en œuvre de la recherche de la santé publique, mais le gouvernement fédéral a aussi un rôle en vertu de la Loi nationale sur la santé. C'est pour cette raison que j'ai demandé cette question à votre collègue tout à l'heure et je vous pose la question: comment rime cette collaboration?

Mme Dubois-Arber: C'était la difficulté de l'exercice. À notre avis, en Suisse, le canton est vraiment souverain en matière de santé. La seule restriction c'est la Loi sur les épidémies. C'est pour cela que la Confédération, dans le cas du sida, a pu intervenir et proposer des choses, mais en principe, le canton est souverain, et l'organisation des hôpitaux se fait au niveau cantonal. Les limites de l'intervention de la Confédération, les possibilités d'intervention directe ne sont pas énormes. Tout se fait de façon indirecte. Mme Steber Büchli a parlé des lieux de concertation mis sur pied pour essayer de gagner petit à petit les cantons à la politique. Il n'y a pas la possibilité en Suisse d'avoir une politique dirigiste notamment en ce qui concerne la santé. L'assurance-maladie se règle sur le plan fédéral, mais

organization of social policies, the concrete aspects of this and the policy implementation are truly canton responsibilities. There is very little leeway.

The Chairman: Does the national strategy involve a policy to persuade the cantons to coordinate criminal authority for enactment of the law with a federal body?

Ms Dubois-Arber: Yes. Absolutely.

The Chairman: Implementation is at the canton level. It is the same in Canada. That is why I am focusing on these questions of integration.

Switzerland has introduced heroin maintenance treatment programs. Why have they not done the same for cocaine?

Ms Dubois-Arber: We do not have the same problem with cocaine as you do. There are two types of cocaine users in Switzerland. There are well-integrated, rich people who use cocaine on a very recreational basis. We know virtually nothing about these people. Generally speaking, they do not show up at all in our statistics.

The Chairman: Do they show up in your statistics in terms of levels of users?

Ms Dubois-Arber: We have very little data on levels of use. We have data on the population in general. One out of every thousand people use hard drugs. A few years ago, we did not separate heroin and cocaine. Small percentages of people use these drugs. We do not have people injecting pure cocaine. We have heroin. As for people who are injecting drugs, to date and without exception, to the best of my knowledge, the bulk of all injections are heroin. That is the type of drug use we face. For these reasons, we did not need cocaine maintenance treatment programs, because we do not have cocaine addict in our treatment centres. They are not part of our drug-use habits. Now, most users who are seriously addicted to heroin also inject cocaine. But that use is secondary.

The Chairman: You mentioned in your presentation that the user cohort was getting older. You offered to address that in a more specific question. How do you determine that? Is it a good sign with respect to young drug users who try drugs but do not remain users?

Ms Dubois-Arber: There are some grey areas. For several years now, about every three years, we have seen surveys from the low-threshold centres, centres where needles are distributed and where sometimes injection is allowed.

These centres are supposed to receive the most addicted users, the ones who inject the most. Each year, these surveys show that the average age is higher. So we have the impression that we are dealing with a user cohort that is getting older. Of course, there are always new drug users. But every time we do a survey, we see not only the average age of users is higher, but we also see that the average injection time, the percentage of users who have been

l'organisation des soins, l'organisation des politiques sociales, le concret et la mise en œuvre, c'est vraiment cantonal. La marge de manoeuvre est petite.

Le président: La stratégie nationale est-elle une politique de persuasion cantonale pour amener les cantons à coordonner, avec l'instance fédérale, l'autorité criminelle quant à l'édiction de la loi?

Mme Dubois-Arber: Oui. Absolument.

Le président: La mise en œuvre est cantonale. C'est la même chose qu'au Canada. C'est pourquoi j'insiste sur ces questions d'intégration.

La Suisse a introduit des traitements au maintien avec l'héroïne. Pourquoi pas la cocaïne?

Mme Dubois-Arber: On n'a pas le même problème de cocaïne que vous. Il y a deux populations de consommateurs de cocaïne en Suisse. Il y a les consommateurs bien intégrés, riches, le type de consommation de cocaïne très récréative. De ces gens, on ne connaît à peu près rien. Dans nos statistiques, ce sont des gens qui, en général, n'apparaissent pas ou peu.

Le président: Leur existence ressort-elle de vos statistiques dans les niveaux d'usage?

Mme Dubois-Arber: Dans les niveaux d'usage, on a peu de données. On a des données en population générale. C'est un pour mille de consommation de drogues dures. Il y a quelques années, on ne séparait pas l'héroïne et la cocaïne. Ce sont des petits pourcentages de consommation de la population. On n'a pas de population qui injecte la cocaïne pure. On a l'héroïne. Pour ceux qui s'injectent des drogues, jusqu'à présent et sauf exception, à ma connaissance, l'essentiel de l'entrée dans l'injection se fait avec l'héroïne. C'est notre type de consommation. Pour ces raisons, on n'avait aucune raison d'avoir des traitements de maintenance à la cocaïne, parce qu'on n'a pas de cocaïnomanes dépendants dans nos centres de traitement. Ce n'est pas notre habitude de consommation. Maintenant, la plupart des consommateurs gravement dépendants d'héroïne s'injectent aussi de la cocaïne, mais dans un deuxième temps.

Le président: Vous avez mentionné dans votre présentation que la cohorte des consommateurs tendait à vieillir. Vous m'avez offert d'en parler dans une question plus précise. Comment pouvez-vous constater cela? Est-ce un signe intéressant quant à l'usage chez les jeunes consommateurs, qu'ils essaient, mais ne demeurent pas des consommateurs?

Mme Dubois-Arber: Il y a quand même une zone grise. Depuis quelques années, régulièrement tous les trois ans à peu près, on voit des enquêtes dans les centres à bas seuil, des centres où on distribue des seringues et où parfois, on peut s'injecter de la drogue.

Ces centres sont censés recevoir les consommateurs les plus dépendants, ceux qui s'injectent le plus. Dans toutes ces enquêtes, chaque année, l'âge moyen est plus élevé. On a donc l'impression d'avoir affaire à une cohorte de consommateurs vieillissants. Bien sûr, il y en a des nouveaux qui viennent quand même s'ajouter. Mais chaque fois qu'on fait une enquête, on voit que non seulement l'âge moyen de ces consommateurs est plus élevé, mais

using for less than two years, is also getting smaller. So we are under the impression that there are users who continue to inject heroin, but fewer than in the past.

As my colleague already mentioned, we are seeing people use a host of products together; people are using heroin, cocaine, ecstasy, medication and some are injecting sedatives and everything else imaginable. What this type of drug use could become remains a grey area.

New ecstasy users are also another grey area. This is a rather new trend. We do not know to what extent this use will remain separate for these people, in other words, we will have ecstasy and cocaine users who will or will not start injecting heroin. Not enough time has passed for us to have clear answers on that. But let us say that our population of heroin addicts is getting a bit older.

The Chairman: At the end of your presentation you mentioned some proposals and recommendations made by the commission. Can you explain the difference between decriminalization and legalization? We make a distinction between the two and we would like to compare ours to yours.

Ms Dubois-Arber: The Commission was not supposed to delve too deeply into that. It is the difference between the police and the courts.

The Chairman: So far, we make the same distinction.

Ms Dubois-Arber: But I get it mixed-up every time. What legalization actually means is that...

The Chairman: There will not be court proceedings.

Ms Dubois-Arber: At any rate, what the commission was proposing was that it no longer be subjected to any prosecution, that consumption be totally free of all criminal prosecution; that it no longer be a crime. Decriminalization, unless I am mistaken, is the absence of prosecution, meaning no criminal proceedings are brought. I do not believe there is any fundamental difference in our interpretations of the term. Perhaps we are the ones misusing it.

The Chairman: When I read your slide on the first option and even the second option, they are fairly comparable. I compare it roughly to making and drinking wine. You can make your own wine.

Ms Dubois-Arber: No.

The Chairman: You cannot make wine for personal consumption?

Ms Dubois-Arber: Not at all. I do not know whether you would ever actually be prosecuted, but there is a Federal Alcohol Board. In the opinion of the commission, cannabis was not such a dangerous drug as to warrant different treatment from legal drugs that, compared to tobacco, were much more dangerous. The

on voit que la durée moyenne d'injection, le pourcentage de consommateurs qui ont moins de deux ans de consommation, devient aussi de plus en plus petit. On a donc l'impression qu'il continue à en entrer des consommateurs d'héroïne par voie d'injection, mais moins qu'avant.

Ce qu'on voit aussi, et ma collègue vous l'a déjà dit, c'est qu'on assiste de plus en plus une multiconsommation d'un tas de produits, c'est-à-dire des consommateurs qui consomment de l'héroïne, de la cocaïne, de l'Ecstasy, des médicaments et qui s'injectent des somnifères et tout ce qui est possible et imaginable. Il y a une zone grise sur ce que pourrait devenir ce type de consommation.

Il y a une autre zone grise, ce sont les nouveaux consommateurs d'Ecstasy. C'est une consommation qui est encore assez récente. On ne sait pas dans quelle mesure, pour ces gens, cela va rester une consommation séparée, c'est-à-dire qu'on aura des consommateurs d'Ecstasy, de cocaïne, qui se mettront ou pas à s'injecter de l'héroïne. On n'a pas assez de recul pour avoir des réponses claires à ce sujet. Mais disons que notre population d'héroïnomanes a tendance à vieillir un peu.

Le président: Vous avez mentionné, à la toute fin de votre présentation, les propositions ou les recommandations de la Commission. Pouvez-vous nous expliquer quelle est la différence entre la dépénalisation et la décriminalisation. Nous en avons une et nous aimerions la comparer avec la vôtre.

Mme Dubois-Arber: On ne voulait pas dans la Commission trop jouer là-dessus. C'est la différence entre la police et le juge.

Le président: Jusqu'à maintenant, cela coïncide avec nous.

Mme Dubois-Arber: Mais moi je me trompe aussi chaque fois. Dépénaliser, cela veut dire effectivement ne pas...

Le président: Cela ne sera pas judiciairisé.

Mme Dubois-Arber: Ce que proposait de toute façon la Commission, c'était que ce ne soit plus du tout poursuivable, que la consommation soit totalement libre de toute poursuite pénale, que ce ne soit plus un crime. La décriminalisation, sauf erreur, c'est de ne pas poursuivre, de ne pas entamer la poursuite. Je ne crois pas que, fondamentalement, on ait une divergence par rapport au terme. C'est peut-être nous qui l'utilisons mal.

Le président: Quand je lis votre diapositive sur la première option et même la seconde option, c'est un peu comparable. Je compare cela un peu à la consommation ou la fabrication du vin. Vous pouvez fabriquer du vin chez vous.

Mme Dubois-Arber: Non.

Le président: Vous ne pouvez pas le faire pour votre consommation personnelle?

Mme Dubois-Arber: Pas du tout. En principe, je ne sais pas si ce serait poursuivi, mais il y a une régie fédérale de l'alcool. L'idée de la Commission était de se dire que le cannabis n'est pas une drogue si dangereuse qu'elle justifie la différence avec les drogues légales qui sont, comparées au tabac, beaucoup plus dangereuses.

Commission wanted to propose a policy more like our alcohol policy. A cannabis board, for example, could have been created. That is not liberalization. Unfettered access to everything was not being advocated, just as there are restrictions on how alcohol is produced and sold. The idea, in fact, was to come up with a law and a system more like what we have for alcohol, with places where it can be legally sold, a licensing system, a consumption monitoring system, including monitoring of the THC content of the products sold, and everything else that is basically similar to what we have with an alcohol board.

The Chairman: Your commission wanted to dispense with the international legal environment in making its preferred recommendation. You knew your recommendation was incompatible with the Single Convention of 1961. Do you have any studies, and are they the same studies your colleague before you mentioned, about the flexibility of conventions?

Ms Dubois Arber: We knew it was incompatible.

The Chairman: Did you get that from an external opinion or from members of the Commission who had in-depth knowledge?

Ms Dubois-Arber: I am not a lawyer, but it was clear to the commission — we knew from the outset — that under the Single Convention of 1961, it was totally incompatible to even think of legalization and decriminalization. Our thinking was more public-health oriented. We wanted to be able to treat this substance as we would any substance, taking into account how it is currently consumed, how it is currently prosecuted and what harm it does relative to other substances.

The Chairman: I am aware that you are not a lawyer, but I am going to ask you questions as a public health expert. You will see, in my view, that there is a connection between values and constitutional rights, at least according to my interpretation of the right to health. If I were to show you that the right to health may be jeopardized by legislation or an international convention, and this commission tells you there is a convention, but that this convention must not be construed as running counter to one of the constitutional values held by a country or party to the convention, would it not be more promising to ensure that your recommendation was not contrary to the conventions? The convention is not supposed to run counter to your constitutional values. If the right to health is a sufficiently important value for you to have included it in your national constitution, the international convention cannot stand in the way of that.

Ms Dubois-Arber: We in fact asked ourselves whether it made sense to apply the convention in the interest of public health or whether we should not instead denounce it.

The Chairman: Exactly. Should an international convention prevent a country from providing public health programs which it deems helpful?

On avait envie de proposer une politique qui se rapproche de celle qu'on a pour l'alcool. On aurait pu avoir une régie du cannabis, par exemple. Ce n'est pas la libéralisation. On ne disait pas qu'il fallait complètement l'accès libre à tout, pas plus qu'on peut vendre de l'alcool n'importe comment ni produire de l'alcool n'importe comment. L'idée était effectivement d'arriver à une légalisation et d'avoir un régime qui se rapproche de ce qu'on a pour l'alcool, avec des endroits où on peut légalement en vendre, un régime de patente, un régime de surveillance de la consommation, y compris de surveillance du contenu en THC des produits qui sont vendus, de toutes choses qui sont finalement assez proches de ce qu'on observe avec une régie des alcools.

Le président: Votre Commission a voulu s'affranchir de l'environnement juridique international dans l'élaboration de sa recommandation préférée, disons. Vous saviez que votre recommandation n'était pas compatible avec la Convention unique de 1961. Aviez-vous des études et ces études sont-elle les mêmes que celles auxquelles faisait référence votre collègue plus tôt, c'est-à-dire la flexibilité des conventions?

Mme Dubois-Arber: On savait que c'était incompatible.

Le président: Vous tiriez cela d'une opinion externe ou de certains des membres de la Commission qui avaient une connaissance approfondie?

Mme Dubois-Arber: Je ne suis pas juriste, mais c'était clair dans la Commission — on l'a dit au départ — que par rapport à la Convention unique de 1961, imaginer la légalisation et la dépénalisation était totalement incompatible. La réflexion se voulait une réflexion de santé publique. On veut pouvoir regarder cette substance comme on regarderait n'importe laquelle des substances. Regarder comment elle est consommée actuellement, comment elle est poursuivie actuellement, quels sont les dommages qu'elle cause par rapport à d'autres substances.

Le président: Je suis conscient que vous n'êtes pas juriste, mais je vais vous poser des questions en tant qu'expert de la santé publique. Vous allez voir, selon moi, qu'il y a un rattachement avec des valeurs et des droits constitutionnels, à tout le moins dans ma conception de ce qu'est un droit à la santé. Si je vous démontre que le droit à la santé peut être mis en danger par une mesure législative ou par une convention internationale, et cette Commission vous dit qu'il existe une convention, mais que cette convention ne doit pas être interprétée comme allant à l'encontre d'une des valeurs constitutionnelles auxquelles un pays ou un adhérent croit, cela n'aurait-il pas été pour vous une avenue prometteuse qui ferait en sorte que votre recommandation n'était pas contraire aux conventions? La convention n'est pas là pour être contraire à vos valeurs constitutionnelles. Si le droit à la santé est une valeur suffisamment importante pour que vous l'ayez incluse dans votre constitution nationale, la convention internationale ne peut pas empêcher cela.

Mme Dubois-Arber: Dans notre réflexion, l'idée était de se demander si la santé publique justifie qu'une telle convention soit effectivement appliquée ou s'il fallait plutôt qu'on la dénonce.

Le président: Exactement. Est-ce qu'une convention internationale doit nous empêcher d'offrir ce qui, selon nous, est bon pour la santé publique?

Ms Dubois-Arber: That is what the commission felt. It would be extremely difficult to denounce a convention on the international stage, but it could be done. We felt that our cannabis laws did not make sense from a public health point of view compared to the way the law dealt with, for instance, tobacco or alcohol. The commission felt that one thing stood in the way of sending out a credible prevention message to young people. On the one hand, we could not say that smoking pot was illegal while knowing full well that 30 per cent of the population smoked up, and on the other hand that smoking cigarettes was much more dangerous than smoking pot, but that it was not illegal. From a prevention point of view that seemed counterproductive. We decided to make public health our first priority and put aside the legal environment at a certain point.

The Chairman: I am just checking with Mr. Sansfaçon to see whether what you are telling us is included in the commission's brief. That is very important. I think you see what I am getting at. It does not make sense that a government should stop studying a subject just because it has signed a convention, especially if the study concludes that public health policy is lacking. That is certainly the conclusion you reached.

Ms Dubois-Arber: Yes. In the report, we state that we wish to free ourselves from the situation in order to pursue our work freely and without any second thoughts to any possible constraints imposed by international law.

The Chairman: At the end of your presentation, you questioned the objectives of the policy. I presume that the Swiss are not so different from Canadians, at least they were not ten years ago. The public feel that the aim of public policy should be to reduce use, but according to your recommendations, it is not a fundamental objective. Could you explain?

Ms Dubois-Arber: When the first measures were introduced in 1991, one of the main objectives was to reduce the problematic use of illegal drugs, and harm reduction. This is clearly stated in the message of the Swiss Federal Office of Public Health.

There were figures at the time. The very first proposal was to reduce by 20 per cent the number of hard core addicts. There was no exact figure in that regard at the next stage, because people realized that the objective had not been met and that it was difficult to quantify, but that it was possible to reduce the level of use.

The Chairman: Is that objective still as important today?

Ms Dubois-Arber: Yes, for hard core addicts. That is the objective for the use of all illegal drugs, but especially heroin and cocaine.

The Chairman: What are your figures on pot smoking among Swiss youth?

Ms Dubois-Arber: We have the figures for 1998.

Mme Dubois-Arber: C'était bien l'idée de la Commission. Politiquement, ce serait extrêmement difficile du point de vue international, mais on pourrait imaginer de dénoncer une convention. On trouvait que la façon dont on traitait le cannabis dans notre législation n'était pas très logique au niveau de la santé publique comparativement à la façon dont on traitait, par exemple, le tabac ou l'alcool. Il y avait un problème, selon la Commission, qui nous empêchait de faire une prévention crédible auprès des jeunes. On ne pouvait pas leur dire que c'est interdit, tout en sachant que 30 p. 100 de la population consomme cela, et dire en même temps que la cigarette est beaucoup plus dangereuse que le cannabis, mais que la cigarette n'est pas interdite. Cela nous paraissait contre-productif du point de vue du langage de prévention. On s'est mis dans une position de prééminence de la réflexion de santé publique, et on a mis entre parenthèses, à un moment donné, l'environnement juridique.

Le président: Je vérifie avec M. Sansfaçon si ce que vous nous dites fait partie de votre rapport écrit de la Commission. C'est très important. Vous voyez où je veux en venir. Je trouve incongru qu'un État cesse sa réflexion parce qu'une convention l'empêche de le faire, surtout si sa réflexion l'amène à conclure que la santé publique est mal gérée. Et c'est certainement la conclusion à laquelle vous êtes arrivée.

Mme Dubois-Arber: Oui. Dans le rapport, il est dit que nous souhaitons nous affranchir de cette situation afin de réfléchir librement et sereinement par rapport aux contraintes possibles du droit international.

Le président: À la fin de votre exposé, vous avez parlé de remise en question des objectifs d'une politique. Je présume que la population suisse n'est pas différente de la population canadienne, du moins si on recule dix ans en arrière. Selon l'opinion publique, une politique doit viser la réduction de l'usage, et selon vos recommandations, la réduction de l'usage n'est pas un objectif fondamental. Pourriez-vous apporter des précisions à ce sujet?

Mme Dubois-Arber: Lors des premières mesures en 1991, un des principaux objectifs visait la diminution de la consommation problématique des drogues illicites et la réduction des risques inhérents à cette consommation. Cela est clairement exprimé dans le message de l'Office fédéral de la santé publique.

Des chiffres avaient été avancés à l'époque. La toute première proposition cherchait à réduire de 20 p. 100 le nombre de consommateurs gravement dépendants. Le chiffre exact n'est pas réapparu dans la deuxième formulation, parce qu'on ne se rendait pas compte que cela n'avait pas été atteint et que c'était difficile à chiffrer, mais pour la réduction, c'était possible.

Le président: Est-ce toujours aussi important comme objectif?

Mme Dubois-Arber: Pour le consommateur gravement dépendant, oui. Cela demeure un but. Cela était formulé sur l'ensemble des drogues illicites, surtout l'héroïne et la cocaïne.

Le président: Pouvez-vous partager avec nous des données quant aux habitudes de consommation du cannabis chez les jeunes suisses?

Mme Dubois-Arber: Il y a les données de 1998.

The Chairman: I mean the ones your colleague was referring to.

Ms Dubois-Arber: They are also included in the report on marijuana. According to a regular WHO investigation carried out in 1998 and which surveyed 15-year-old students, over 30 per cent of respondents said they had smoked up and one third of those people said they did so on a regular basis. That is a lot.

The Chairman: Your statistics seem to indicate that there has been no reduction in the use of heroin. However, it seems that the quality of life of heroin addicts has improved. Is this not your real objective?

Ms Dubois-Arber: In the last few years, the proportion of addicts who inject themselves has fallen in relation to the people who visit low-threshold centres. The AIDS epidemic is partly responsible for their decreasing numbers. However, it is not a big decrease. But on the other hand, when cocaine became accessible to a certain segment of the population, injected drug use of cocaine increased. If you look at this population as a whole, you will find that the proportion of people injecting themselves and the average number of injections has decreased, but you cannot forget that there are subgroups which evolve differently.

[English]

Senator Rossiter: Why is the residential treatment not used as frequently as methadone and heroin treatments over that designated period of time? Does it require a referral? Is it less effective?

[Translation]

Ms Dubois-Arber: Offering treatment which involves harm reduction, such as methadone, and that is less restricted than in the past allows a person to be treated as an outpatient and continue to have a family, professional and social life. So this treatment is more attractive for drug users in the most difficult phase of their drug use in comparison to treatment where they are institutionalized for several months and weaned off their habits, etc. This has perhaps made other types of treatment less popular. We have very little data on the effectiveness of residential treatment that started by withdrawing the drugs. There was probably a lot of relapses with this type of treatment. We hope, without having sufficient data, that there is a better selection of people who enter residential therapy, so that the people are more prepared to receive that type of treatment. This treatment is more difficult and daunting from the outset, and it is not necessarily limited to users in their most active drug use phase.

[English]

Senator Rossiter: Is the residential treatment much more expensive per person per use?

Ms Dubois-Arber: Yes.

Le président: Celles auxquelles faisait référence votre collègue.

Mme Dubois-Arber: Elles se trouvent aussi dans le rapport sur le cannabis. En 1998, selon une enquête de l'OMS effectuée régulièrement auprès des écoliers de 15 ans, plus de 30 p. 100 des jeunes disaient avoir consommé, et pour un tiers d'entre eux, cette consommation était régulière. C'est beaucoup.

Le président: Selon vos statistiques, il ne semble pas y avoir réduction de la consommation d'héroïne. Par contre, il y a amélioration de la qualité de vie de ces gens. Cela n'est-il pas le véritable objectif que vous poursuivez?

Mme Dubois-Arber: Il y a eu réduction ces dernières années, parmi les consommateurs qui fréquentent les centres à bas seuil, de la proportion des consommateurs de drogues par injection. L'épidémie du sida a contribué à la régression de ces consommateurs. Il s'agit toutefois d'une petite réduction. D'un autre côté, l'arrivée de la cocaïne chez une fraction de la population a entraîné une augmentation de ce type de consommation par injections. Si on observe l'ensemble de cette population, nous retrouvons à la fois une diminution de la proportion de ceux qui s'injectent et du nombre moyen des injections, mais il faut toujours penser qu'il existe des sous-populations qui évoluent différemment.

[Traduction]

Le sénateur Rossiter: Pourquoi n'utilise-t-on pas le traitement en établissement aussi fréquemment que les traitements à la méthadone ou à l'héroïne pendant cette période désignée? Doit-il faire l'objet d'une recommandation? Est-il moins efficace?

[Français]

Mme Dubois-Arber: Le fait d'offrir des traitements — lesquels contiennent une part de réduction des risques, telle la prise de méthadone, et qui sont moins restrictifs qu'il y a quelques années — qui permettent de rester ambulatoire et de continuer à mener une vie familiale, professionnelle et sociale, donc des traitements qui sont plus attirants pour les consommateurs dans la phase la plus difficile de consommation comparativement à des traitements où on est enfermé pendant plusieurs mois avec sevrage, et cetera, a peut-être abouti à une désaffection des autres traitements. Nous avons peu de données sur l'efficacité antérieure des traitements résidentiels qui commençaient par un sevrage. Il y avait probablement beaucoup de rechutes après ce type de traitement. Nous espérons, sans avoir de données suffisantes, qu'il y ait une meilleure sélection des gens qui entrent en thérapie résidentielle, de sorte que ces gens soient plus prêts à recevoir ce type de traitement. Ce sont des traitements plus difficiles et rébarbatifs à prime abord, et ils ne sont pas nécessairement réservés à des consommateurs dans la phase la plus folle de leur consommation.

[Traduction]

Le sénateur Rossiter: Le traitement en établissement coûte-t-il beaucoup plus cher par personne?

Mme Dubois-Arber: Oui.

Senator Rossiter: Are there different locales in each canton, or in the country as a whole, where these treatments take place?

[Translation]

Ms Dubois-Arber: Residential treatment involves a broad range of very different possibilities, including methadone treatment. There is no codification for residential treatment. It can be offered by various institutions, including public or religious ones. The current quality of residential treatment is not being monitored, which means that there is no codification as to what treatment of this type must involve.

There is one statistic for residential treatment. People conducting the research — Mr. Uchtenhagen could undoubtedly tell you about this this afternoon — and who compare their research data are trying to have greater consistency and more opportunities to compare the various approaches. At present, there are different ways of treating people undergoing residential treatment.

The Chairman: I will consult the committee researchers and I will decide perhaps to write to you, hoping that I will receive a reply.

Before suspending the committee's proceedings, I want to remind all of those who are interested in the work of this committee, that they can find more information on illegal drugs by consulting our Web site at the following address: www.parl.gc.ca. There you will find the briefs submitted by all of our witnesses, as well as their biographical data and any supplementary documentation submitted by the witnesses. There are also more than 150 links related to illegal drugs. E-mail messages may also be sent to us through this Web site.

The committee adjourned.

OTTAWA, Monday, February 4, 2002

The Special Senate Committee on Illegal Drugs met this day at 1:30 p.m. to reassess Canada's anti-drug legislation and policies.

Senator Pierre Claude Nolin (*Chairman*) in the Chair.

[Translation]

The Chairman: I will now call to order again our hearing on illegal drugs. Our witness this afternoon is Mr. Georges Dulex, who is the Head of Criminal Police of the Canton of Zurich. You heard the opening remarks I made to the previous witnesses. You have as long as you like to make your presentation, because we have one hour and thirty minutes. After your presentation, there will be a question and answer period, and if at the end of the meeting some questions remain unanswered, or other questions crop up as a result of your testimony, I will write to you and wait for your reply. The floor is yours.

Le sénateur Rossiter: Ces traitements sont-ils dispensés dans des endroits différents dans chaque canton, ou dans l'ensemble du pays?

[Français]

Mme Dubois-Arber: Les traitements résidentiels correspondent à tout un éventail de possibilités très différentes, y compris le traitement à la méthadone. Il n'y a pas de codification pour le traitement résidentiel. Ils peuvent être offerts par différentes institutions, y compris par des institutions publiques ou religieuses. Il n'y a pas de surveillance de la qualité des traitements résidentiels actuellement, ce qui veut dire qu'il n'y a pas de codification de ce que doit contenir un traitement de ce genre.

Une statistique existe pour les traitements résidentiels. Les gens qui mènent les recherches — M. Uchtenhagen pourra certainement vous en parler cet après-midi — et qui comparent leurs propres données de recherche, essaient d'avoir plus de cohérence et plus de possibilités de comparer diverses approches. Actuellement, il y a différentes façons de traiter les gens sous traitement résidentiel.

Le président: Je consulterai les chercheurs du comité et je déciderai peut-être de vous écrire, en espérant recevoir une réponse.

Avant de suspendre les travaux de cette séance du comité, je tiens à rappeler à tous ceux et celles qui s'intéressent aux travaux du comité qu'ils peuvent lire et s'informer sur le sujet des drogues illicites en rejoignant notre site Internet à l'adresse www.parl.gc.ca. Vous y retrouverez les exposés de tous nos témoins, leur biographie, toute la documentation argumentaire qu'ils auront jugé nécessaire de nous remettre ainsi que plus de 150 liens Internet relatifs aux drogues illicites. Vous pouvez aussi utiliser cette adresse pour nous transmettre vos courriels.

La séance est levée.

OTTAWA, le lundi 4 février 2002

Le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites se réunit aujourd'hui à 13 h 30 pour réexaminer les lois et les politiques antidrogue canadiennes.

Le sénateur Pierre Claude Nolin (*président*) occupe le fauteuil.

[Français]

Le président: Je déclare réouvertes les délibérations sur les drogues illicites. Cet après-midi, nous recevons monsieur George Dulex, qui est chef en service de la police criminelle du canton de Zurich. Vous avez entendu les remarques préliminaires que j'ai faites auprès des témoins précédents. Vous avez une période de présentation, c'est libre à vous car nous avons une heure trente minutes. Votre présentation sera suivi d'une période de questions et si, à la toute fin, des questions restent en suspens ou de nouvelles questions surgissent à la vue de votre témoignage, je vous écrirai et attendrai vos réponses. Vous avez la parole.

Mr. Georges Dulex, Head, Department of Criminal Police, Canton of Zürich: Allow me to introduce myself briefly, Mr. Chairman. I am the Head of the Criminal Police of the Canton of Zurich. This canton has a population of 1,200,000 of the total 7,200,000 people living in Switzerland. In terms of urbanization, Zurich is the only really large city in Switzerland. That is not the only reason we talk about drugs in Zurich.

I would like to make an initial comment about drug policy. In the context of what happened over past decades, the police has to acknowledge that we are not alone, in other words that we cannot solve the problem of maintaining public order or dealing with crime with our own resources alone. We have moved from a policy of isolated actions and disciplines to an interdisciplinary, coordinated approach.

As you know, this was a long process. Let me remind you of what happened; you have seen and read about this in all the media. You have just heard about it from the point of view of the legislative and health authorities at the federal and canton levels. As far as I am concerned, I will give you a more practical, less scientific view from the front, the point of view of a police officer.

My views represent only the spirit of my region, the Canton of Zurich, in German-speaking Switzerland. As you know, we have a number of different cultures living together in Switzerland. The francophones, who are somewhat more traditional, and the German speakers, who in past decades have shown a somewhat more generous approach and a Latin temperament.

I am going to speak from the perspective of Zurich, because our city was really involved in this issue in the past. As we all know, until February 1995, our city had the reputation of having been invaded by the drug problem. We had one of the most serious open drug scenes, one of the largest in Europe, with all the negative implications that involves. Journalists and television crews from around the world regularly came to Zurich to report on the place we all remember as Needle Park.

Today, exactly 10 years after the closing of Needle Park and seven years after the final shutdown of the open drug scene, Zurich has regained all its original beauty, if I may say so. The park located close to the main station and to the national museum has been restored to its former charm. For me, this is a concrete demonstration of the progress we have made as a society and as a police force.

If, following these developments, people had the impression that we had changed our policy radically and moved toward complete liberalization — which is something we sometimes hear — this would be incorrect in my opinion. On principle, we police officers still maintain an absolutely strict position regarding any type of trafficking, smuggling, trade in illegal drugs and illegal drug use as well, as provided for in the legislation.

M. Georges Dulex, chef en service, Département de la police criminel, Canton de Zürich: Monsieur le président, permettez-moi de me présenter en quelques petits mots. Je suis chef de la police criminelle de Zurich. C'est un canton représentant un 1 200 000 habitants sur 7 200 000 en Suisse. Du point de vue urbanisation et ville, la ville de Zurich est la seule vraiment grande ville de la Suisse. Ce n'est pas que pour cela que nous parlons de drogues à Zurich.

Parlant de politiques en matière de drogue, je voudrais faire une remarque d'entrée. La police a dû, dans le cadre des expériences faites dans les décennies passées, reconnaître qu'elle n'est pas seule ou, en d'autres termes, qu'elle ne peut pas résoudre les problèmes qu'avec ses propres moyens lorsqu'il s'agit de maintenir l'ordre public ou de faire face à la criminalité. Nous avons littéralement fait le pas de la politique des actions isolées et des disciplines, des pouvoirs à l'opération coordonnée interdisciplinaire.

Le chemin a été long, vous le savez. Rappelons les faits: vous en avez vu et lu dans tous les médias. Vous venez d'en entendre sous l'optique des autorités fédérales, cantonales, si bien législatives que de santé. En ce qui me concerne, je vous donne maintenant un aperçu un peu plus pratique du front, moins scientifique, c'est-à-dire la vue d'un policier concerné.

Mon point de vue ne représente que l'esprit de ma région, du canton de Zurich. C'est la Suisse alémanique. Vous savez que nous avons des cultures qui vivent ensemble en Suisse. Les francophones, un peu plus traditionalistes, les Alémaniques donc, qui dans les décennies passées ont montré un peu plus de générosité et d'esprit ainsi que le caractère latin.

Je vous donne un point de vue primaire de Zurich parce que la ville de Zurich était vraiment concernée dans le passé. Nous le savons tous, jusqu'en février 1995, la réputation de notre ville était celle du fléau de la drogue. En fait, elle était envahie du fléau. Nous avons une des scènes ouvertes de drogue les plus graves, une des plus grandes d'Europe, avec toutes ses répercussions négatives. Des journalistes et des équipes de télévision du monde entier se rendaient chez nous régulièrement pour faire des reportages dans ce qui est, dans la mémoire de tous, le Needle Park.

Aujourd'hui, 10 ans exactement après la fermeture du Needle Park et sept ans après la clôture définitive de la scène ouverte, Zurich se présente sous toute sa beauté, si je puis dire ainsi. Le parc à proximité de la gare principale et du musée national a retrouvé son caractère d'origine. Ceci reflète, pour moi, manifestement le pas que nous avons fait, si bien la société que la police.

Si à la suite de ces évolutions on devait avoir l'impression que nous aurions changé de façon radicale la politique dans le sens d'une libéralisation totale, ce que nous entendons dans nos milieux des fois, ce serait à mon avis faux. Par principe, nous autres, policiers, tenons toujours à une position absolument répressive et rigide envers toute sorte de trafic, de contrebande, de commerce de stupéfiants illicites, envers la consommation illégale également, tant que la loi le prévoit et le prescrit ainsi.

We learned in the past that enforcement measures alone would not enable us to achieve our objective. The drug problem is a challenge facing society and involving all sorts of disciplines and authorities, as I said. That is why we have chosen to adopt what we call “the third way”, an approach whereby despite our enforcement efforts, we provide drug addicts with the medical and social care they require.

Under this approach, police officers must be able to reconcile strength and dialogue, and repression and assistance. In fact, this is the mandate of the police. In the special circumstances surrounding the drug problem, police officers had to learn this with respect to their approach and their actions, and this was not easy.

In addition, social authorities and organizations also had to learn to accept the strength of our authority. Let us look at the city of Zurich as an example.

How did this situation develop? In some respects, we can see in Zurich the roots of the current Swiss policy, if I may say so. For 15 years, Zurich was characterized by open drug scenes. Initially, these were located along the banks of the Limmat river, where drug addicts gathered. The police tried to clear the paths using a “hit and run” tactic, which ultimately was of very little use, because order was restored for short periods of time only. Distrust was another characteristic of this. People from social services and street workers were always involved. They kept their distance from the police, and generally speaking opposed all repressive measures.

Under these conditions, no one could keep up, particularly since there was an inadequate social safety network for people who needed it. Violence was growing all the time. In light of these facts, it is hardly surprising that the scene subsequently moved to the north, toward the centre of town and located in the park near the station. Since the park was bounded by two rivers, the Limmat and the Sils, and by the national museum, the drug scene was isolated from the rest of the city. Our initial impression that this allowed us to control the situation better proved incorrect, because there was an increase in both the social problems and the violence.

Subsequently, the extremely tough and outrageous nature of drug-related crimes, made the people of Zurich feel even more unsafe. Nearby neighbourhoods were increasingly affected by these developments. There were thefts of all types: shoplifting, purse snatching, armed robbery in the street and robbery by gangs. The open drug scene became a place to trade and deal any stolen objects.

Early in 1992, the city authorities could no longer tolerate the situation. As a result, Needle Park was closed down on February 4, 1992. What happened afterwards shows that the coordinated efforts of all the disciplines involved were inadequate at the time.

Toujours est-il que nous avons appris, dans le passé, que les mesures répressives elles seules ne peuvent pas mener au but. C'est un défi à la société concernant toutes les disciplines. Toutes les autorités, tout le pouvoir, je l'ai dit. C'est pourquoi nous poursuivons ce que nous appelons, chez nous, la troisième voie, dans le cadre de laquelle nous accordons aux toxicomanes, malgré la répression, les soins médicaux et sociaux nécessaires.

Notre voie choisie signifie que le policier doit être capable de naviguer entre la force et le dialogue, entre la répression et l'aide, ce qui, d'ailleurs, est propre au métier du policier. Dans les circonstances spéciales accompagnant le problème de la drogue, le policier a dû apprendre, dans sa manière de penser, si bien que dans ses actions, ce qui n'était et n'est pas facile.

D'autre part, les autorités et les organisations sociales ont également dû apprendre à accepter la force ou le muscle du pouvoir. Voyons, par exemple, la ville de Zurich.

Comment cela s'est-il développé? En quelque sorte, nous pouvons observer les racines, ici, de la politique suisse actuelle, si je peux me permettre de le dire ainsi. Pendant 15 ans, la ville de Zurich était marquée de scènes ouvertes. Au début, c'était sur les bords de la rivière Limmat que les toxicomanes se retrouvaient. La police libérait les promenades avec une tactique de «hit and run» qui, à la longue, ne servait pratiquement à personne car l'ordre n'était toujours que de courte durée. Cette période était également marquée de méfiance. Les éléments d'aide sociale existant à l'école, les travailleurs de rue également, étaient toujours en mouvement. Ils se tenaient à distance de la police et étaient, de façon générale, contre toute mesure répressive.

Ainsi, et surtout parce qu'un réseau suffisant de récupération des naufragés sociaux manquait, personne ne retrouvait le souffle dans ces conditions. La violence était en croissance permanente. Rien n'étonne devant ces faits, que par la suite, la scène disloquait vers le nord et vers le centre de la ville pour s'installer dans le parc à proximité de la gare. Celui-ci était bien délimité, ayant deux rivières, la Limmat et la Sils d'une part et le musée national faisant barrière et isolant la scène du reste de la ville. La première opinion d'avoir ainsi un meilleur contrôle de la situation s'avérait trompeuse, car si bien la misère sociale que la violence augmentaient.

Par la suite, la nature extrêmement dure et outrageante de la criminalité liée à l'acquisition de drogues renforçait le sentiment d'insécurité des habitants. Les quartiers des villes à proximité étaient de plus en plus affectés par cette évolution. Des vols en tous genres étaient à l'ordre du jour: vol à l'étalage, vol à l'arraché, vol à main armée dans la rue et brigandage. La scène ouverte se développait successivement en un centre d'échange et de commerce avec des objets de délit.

Au début de l'année 1992, les autorités de la ville ne pouvaient plus tolérer cette situation. Needle Park fut donc fermé le 4 février 1992. La suite des événements démontre que la coordination de toutes les disciplines concernées et leur concertation étaient à l'époque insuffisantes.

The problem — the misery — simply moved elsewhere. Drug addicts wandered along the banks of the river and in neighbourhoods close to the city. The situation became unbearable for everyone: residents, businesses and authorities.

The second crackdown led to a new, miserable drug scene on the tracks of a railway station that had been abandoned and not in use for years. This location became the final destination for many drug addicts, sick people and criminals from Switzerland and the neighbouring countries.

The abundance of drugs of all types attracted people from very far away, even beyond our borders. This was the worst time for the police force: attacks involving firearms or knives were common. In the summer of 1994, there were five murders in this drug scene within a few weeks.

In February 1995, a political decision was made to shut down the open drug scene once and for all. In the light of past experience, all the authorities agreed to work together.

This major operation involved the police, as well as social and medical services. This operation can be seen today as the decisive starting point of the current policy — the four-pillar policy — which was described to you earlier.

I will not repeat what you have already heard about the four-pillar policy. It is crucial that each pillar be of equal importance. The whole policy will only work effectively if the people in charge, including those responsible for each profession at the local level, know each other, and accept and support the duties and interests of the other partners.

For example, in Zurich, the authorities promote this coordinated effort by organizing regular interdisciplinary events and providing instructions to all the parties involved. In addition, the head of the police division involved is a member of what we call the “Canton Drug Commission,” which is an advisory body to the government of the canton. For their part, the detachment chiefs operate in the context of the interdisciplinary working groups.

We also sponsor special programs such as the heroin prescription program. It is in our interest to monitor these programs closely if we want to be able to distinguish between what is good and what is not, and between truths and lies. With respect to the low-threshold facilities, a police officer must be in regular contact with the people in charge to determine which measures are correct and which are incorrect.

In this context, the police have found that drug abuse in the context of a prescription program remains rare. However, getting additional illegal drugs in the street because of multiple addiction seems to be frequent.

By way of information, the security of social and medical facilities and injection sites does not come under police responsibility. This task is given to private security firms. With respect to steps taken jointly with other authorities, I would mention that since the closing down of the open drug scenes, we no longer tolerate any gathering of drug addicts or questionable

La misère ne fut que déplacée. Les toxicomanes erraient aux abords de la rivière et dans les quartiers avoisinants la ville. La situation devenait alors insupportable pour tout le monde: les habitants, les commerces et les autorités.

Le second refoulement mena alors à une nouvelle scène misérable sur les voies d'une gare ferroviaire abandonnée et mise hors-service depuis des années. Ce lieu devint littéralement le terminus pour quantité de toxicomanes, de malades et de truands de Suisse et des pays avoisinants.

L'abondance en stupéfiants de toutes sortes attirait le monde de très loin, même outre-frontières. Ce fut la pire époque pour la police: des attaques à main armée aux armes blanches ou à feu étaient à l'ordre du jour. En quelques semaines seulement, à l'été 1994, nous constatons cinq meurtres dans ce milieu de la drogue.

C'est en février 1995 que la décision politique de dissoudre la scène ouverte et de ne plus tolérer de recharges fut prise. À la lumière des expériences passées, toutes les autorités concernées s'entendirent pour agir en commun.

Cette grande opération tenait compte des aspects policiers, sociaux et médicaux. Cette opération peut aujourd'hui être vue comme le coup d'envoi décisif de la politique actuelle — la politique des quatre piliers — qui vous a déjà été présentée.

Je ne vais pas répéter ce que vous avez déjà entendu à propos de la politique des quatre piliers. Il est crucial que chaque pilier soit de même importance. Un bon fonctionnement du tout n'est assuré que si les responsables, y compris ceux chargés de chaque discipline au niveau local, se connaissent, acceptent et soutiennent les devoirs et intérêts des différents partenaires.

À Zurich, par exemple, les autorités favorisent un développement dans ce sens par des manifestations et selon des instructions interdisciplinaires régulières. D'autre part, le chef de la division responsable de la police est membre de ce que nous appelons la «Commission cantonale en matière de drogues», qui sert d'organe consultatif du gouvernement cantonal. Les chefs de brigade, quant à eux, agissent dans le cadre de groupes de travail interdisciplinaires.

Nous chaperonnons également des programmes spéciaux comme par exemple celui de la prescription d'héroïne. Nous avons intérêt à suivre ces programmes de près si nous voulons être capables de discerner le bon du mal et la vérité du mensonge. En ce qui concerne les offres à bas seuil, nos policiers doivent être en contact régulier avec les responsables afin de discerner les actions incorrectes et correctes.

Dans ce contexte, la police a constaté que l'abus de drogue dans le cadre d'une prescription d'un programme reste rare. Par contre, l'acquisition additionnelle de drogues illicites dans la rue à cause de la polytoxicomanie paraît fréquente.

À titre d'information, la sécurité des institutions sociales et médicales et des locaux d'injection n'est pas du ressort de la police. Elle est confiée à des entreprises de sécurité privées. Pour ce qui est des mesures prises de concert avec d'autres autorités, je vous souligne que depuis la dissolution de la scène ouverte, nous ne tolérons plus aucun rassemblement de toxicomanes ou de

individuals in the street. This is part of the joint strategy. There are almost no problems today even at injection sites and the area surrounding them.

In order to ensure that everything works smoothly, police officers tell social services about individuals living in Zurich who are likely to endanger their lives when there are charges for offences under the Narcotics Act. However, all individuals living outside of Zurich are stopped and sent back to the commune in which they live. A special processing centre has been set up for this purpose. This was necessary because many communes and cantons saw no need to take the necessary steps to fight the drug problem as long as their addicts, who live in their community, came under the responsibility of Zurich.

This centre is very important for the police, because it enables us to achieve the following objectives. As a result of the centre, the city and canton of Zurich are no longer responsible for problem individuals who are loitering in our neighbourhoods. The communes and cantons from which these people come are involved and are told that they must take some action. If steps are not taken initially, after the person is sent home a number of times, the community in question is forced to do something. It works through this repatriation on holding centre. In 1995, over 6,500 individuals were evacuated when the drug scene was closed down. Since then, the numbers have been dropping steadily. Last year, 1,700 individuals were sent back to their canton or commune of origin.

This measure is working very well. Today, there are far fewer drug addicts in Zurich from other parts of the country. Drug tourism has dropped. Drug addicts who have experienced the problems involved in being arrested and sent back tend to avoid Zurich now; or else they behave more discreetly and cause little or no trouble.

I will now make a few comments about our enforcement activities, which are, of course, our main responsibility. Our two chief objectives are well-known: to reduce the supply and availability of illegal drugs, and to maintain order and public safety. Today, public order is ensured by a much more visible police presence than in the past. Special forces and patrols have been established. Their mission is to prevent the establishment of any new public drug scenes. In this context, I noted the role and importance of the repatriation centre.

The presence and public activities of the police to maintain order are also visible in these statistics on crime that are now being presented. We see this particularly in the case of charges for drug use. Only public drug use is of concern to us. What happens in private is secondary, and is of little interest to us. In light of the circumstances, the possibilities, and also the general opinion on this matter.

Our main efforts are of course focused on areas where there is drug trafficking, smuggling and money laundering. It goes without saying that in these cases operations of a completely different nature are required. In order to uncover organizations

personnes douteuses dans la rue. Cela fait partie de la stratégie commune. Même les locaux d'injection et leurs alentours ne posent pratiquement plus de problèmes aujourd'hui.

Pour assurer ce bon fonctionnement, la police signale aux services sociaux les individus domiciliés à Zurich qui sont susceptibles de mettre leur vie en danger lors de dénonciations pour infractions à la Loi sur les stupéfiants. Par contre, toute personne domiciliée à l'extérieur est arrêtée et refoulée dans la commune où elle réside. Un centre spécial de refoulement a été implanté à cet effet. Cette mesure s'avéra nécessaire du fait qu'un nombre de communes et de cantons ne voyaient pas l'obligation de prendre les moyens requis pour contrer le problème de la drogue tant que leurs toxicomanes, ressortissants de leur communauté, tombaient à la charge de la ville de Zurich.

Pour la police, ce centre revêt une grande importance, puisque c'est grâce à lui que les buts suivants peuvent être atteints. Ainsi la ville et le canton de Zurich n'ont plus à leur charge des individus incorrigibles flânant et errant dans les quartiers. Les communes et les cantons concernés sont impliqués et sont ainsi sensibilisés au fait de prendre des mesures. Si des mesures ne sont pas prises dès le départ par le refoulement répété, la communauté concernée est obligée de réagir. Elle agit par l'intermédiaire du Centre de refoulement. Plus de 6 500 personnes ont été évacuées en 1995 lors de la dissolution de la scène. Depuis, leur nombre a diminué régulièrement. L'année dernière, 1 700 individus ont été refoulés.

Cette mesure fonctionne très bien. Zurich compte aujourd'hui nettement moins de toxicomanes venant de l'extérieur. Le tourisme de drogues a diminué. Les toxicomanes qui ont connu les ennuis d'une arrestation et d'un refoulement ont plutôt tendance à éviter Zurich aujourd'hui; ou alors ils se comportent d'une manière plus discrète et ne gênent pas ou presque.

Je ferai quelques remarques sur la répression qui est, bien entendu, notre travail primaire. Nous avons deux buts principaux, ils sont connus: la réduction de l'offre et de la disponibilité de drogues illégales, ainsi que le maintien de l'ordre et de la sécurité publique. En ce qui concerne l'ordre public, il est aujourd'hui assuré par une présence visible de la police beaucoup plus concentrée que dans le passé. Des forces et patrouilles spéciales ont été formées. Leur mission est d'empêcher toute formation de nouvelles scènes en public. Dans ce contexte, j'ai souligné le rôle et l'importance du centre de refoulement ou de rapatriement.

La présence et les activités en public de la police dans l'intérêt de l'ordre sont également visibles dans cette statistique de la criminalité que je vous présente. Nous le voyons spécialement par cet exemple, l'exemple des dénonciations sous le titre de la consommation. Seule la consommation en public nous occupe. Ce qui se passe dans le cadre privé est secondaire et ne nous intéresse guère vu les circonstances, les possibilités, mais aussi l'opinion générale.

L'effort principal a naturellement lieu dans le domaine du trafic de la contrebande et du blanchiment d'argent. Il va de soi qu'ici les opérations de toute autre envergure sont nécessaires. Des observations et surveillances à long terme, appuyées de

and apprehend the people in charge, we need long-term surveillance activities, backed up by technical and electronic support measures. International legal assistance in the area of financial transactions plays a major role in this context. While drug trafficking activities in the Canton of Zurich accounts for a quarter of the total for the country, financial matters are concentrated much more in Zurich, but also to some extent in Geneva and Ticino.

The majority of drug traffickers that are found and arrested are foreigners. Today they make up 54 per cent of the total, whereas the figure was between 60 and 80 per cent at the time of the open drug scene. We must also remember that today foreigners living in Switzerland make up approximately 20 per cent of the population of Switzerland. At the time of the open drug scenes, the figure was only 16 per cent.

The nationalities of concern to the police are mainly from the Balkans: Albania and Yugoslavia are the main countries involved. In Zurich, these people are involved mainly in heroin trafficking. However, people from the Dominican Republic, New Guinea, Guinea and African countries are involved with cocaine.

Given this, it is hardly surprising that heroin seizures occur first at the land border or on the market itself, because drugs are smuggled in Switzerland by truck, bus, car and train. The traditional routes are to the East and from the Balkans.

Cocaine seizures, on the other hand, happen mainly at the international airport of Switzerland — Zurich and Geneva. We are also familiar with the traditional or typical routings in this case. What is the importance of these entry points? As you can see from the statistics, the blue bar shows what happens in Zurich, and the red is the total for Switzerland.

As you can see, most seizures occur in our jurisdiction, in Zurich. Let us take a look at drug trafficking availability. We see that drugs are very plentiful in Zurich. This applies to heroin and cocaine as well as to all other drugs — both synthetic and non-synthetic. As a result, the price is extremely low today. At the moment, the price of heroin is around 40 to 50 Swiss francs per gram, while a few years ago, the price was around 500 Swiss francs. So that shows how abundant the drugs are.

My last comment about the statistics concerns death caused by drug overdose. As we can see, the largest number of deaths — I am still referring to Zurich — happened during the years when we had an open drug scene. In 1993, we saw an initial drop after Needle Park was closed down. This drop did not last very long, because a new drug scene was established.

Since that time, one the authorities decided to no longer tolerate any drug scene and to work in a cooperative, interdisciplinary manner, the number of deaths by overdose have been dropping steadily. You will notice that for the year 2000, there was once again a slight increase; we have no explanation for this development at the moment.

mesures techniques et électroniques, sont d'ordre pour déceler les organisations et appréhender les responsables. L'entraide judiciaire internationale en matière de finance joue un grand rôle dans ce contexte. Si le trafic de drogue enregistré dans le canton de Zurich représente le quart du total du pays, les affaires financières se concentrent beaucoup plus sur Zurich, mais aussi en partie sur Genève et le Tessin.

Les trafiquants repérés et arrêtés sont en majorité des étrangers. Ils représentent aujourd'hui 54 p. 100 du total, alors que nous comptions entre 60 et 80 p. 100 en temps de scènes ouvertes. Ceci est à voir devant le fait que la population suisse elle-même compte environ 20 p. 100 aujourd'hui d'étrangers domiciliés dans le pays, alors qu'à l'époque ce n'était que 16 p. 100.

Les nationalités qui préoccupent la police sont en majorité de provenance des Balkans. L'Albanie et la Yougoslavie sont au premier plan. À Zurich, ces personnes trafiquent surtout l'héroïne. Par contre, la cocaïne est entre les mains de ressortissants de la République Dominicaine, de la Nouvelle-Guinée, de Guinée et des pays d'Afrique.

Ce n'est pas, de ce fait, une surprise que les saisies d'héroïne soient effectuées en premier lieu à la frontière terrestre ou sur le marché même, car la contrebande est pratiquée ici par l'intermédiaire de camions, de bus, de voitures et de trains. Les axes de l'Est et des Balkans sont de tradition.

Les saisies de cocaïne, par contre, sont faites en grande partie dans les aéroports internationaux de Suisse, c'est-à-dire Zurich et Genève. Nous connaissons ici également des routines traditionnelles ou typiques. Quelle importance ces portes d'entrée ont-elles? Vous le voyez à la statistique, la barre bleue représentant ce qui se passe à Zurich et le rouge étant le total de la Suisse.

Vous voyez qu'en majorité les saisies sont faites chez nous à Zurich. Jetons un coup d'œil sur le trafic et la disponibilité de drogues. Nous constatons à Zurich qu'il y a de la drogue en abondance. Ceci est aussi valable pour l'héroïne et la cocaïne que pour toute autre drogue, synthétique ou autre. La suite en est un prix excessivement bas aujourd'hui, pour l'héroïne par exemple, qui se situe de 40 à 50 francs suisses le gramme actuellement, alors qu'il fallait payer encore autour de 500 francs suisses quelques années en arrière. Preuve de l'abondance.

Ma dernière remarque sur la statistique concerne les décès à la suite de surdoses. Nous constatons ici que nous avons à déplorer le plus grand nombre de pertes — je parle toujours de Zurich — pendant les années de scènes ouvertes. En 1993, une première baisse a pu être observée à la suite de la fermeture du Needle Park. Celle-ci n'était que de courte durée puisqu'une nouvelle scène se forma.

Depuis, les autorités ayant pris une décision ferme de ne plus tolérer de scènes du tout et d'agir d'une manière interdisciplinaire, le nombre de morts par surdoses est en baisse continue. Vous remarquerez que pour l'année 2000 nous avons une légère augmentation à nouveau; nous n'avons pas de raison pour ce développement, pas d'explications actuellement.

Among the people who died by overdose, the average age is over 30. We noted that between age 26 and 32, the use of so-called hard drugs was particularly high. Young people, on the other hand, used proportionally more cannabis and cannabis products, apparently. This leads me to my final remarks, regarding the liberalization of cannabis or decriminalization, which is the term you use.

I understand that under decriminalization, where there is no prosecution, the activity is permitted. However, if drug use were decriminalized, the question is whether there would be any punishment or not.

The Chairman: The decision would be made by the police officer or the judge.

Mr. Dulex: The decision would be made by the judge, not by the police officer.

The Chairman: That is the distinction between the two.

Mr. Dulex: Whether we like it or not, in our view all drug addicts were once cannabis users. That is why, among the police, there are great differences of opinion. However, it is also clear that the police will play the game if society is in favour of this liberalization. The police have learned that they are there to defend the interests of society and not special political interests or their own interests. As I was saying, there is a difference of opinion on this matter.

The difference is particularly pronounced in the case of liberalizing not only drug use, but also the actions that lead to drug use.

We have trouble imagining how it would be possible to control drug trafficking in the streets or small business in the interest of public order and safety. These matters involve highway safety and work safety issues, which are of great interest to us as police officers.

Although we have some very specific rules about drinking, and case law to help us and guide us, the same is not true of drug use.

Another point is that Switzerland would become an island within Europe. We are quite prepared to be pioneers, but it would be better to take action based on agreements signed with the countries and societies surrounding Switzerland, because we are quite worried that once again, we could be involved in a new phase of drug tourism. We have our doubts that the rules — to be established by the Federal Council — would be a helpful tool for the police, but we do not know anything for sure for the time being.

Within the police, we wonder whether it is time to take this step. As I said, opinions are very split. This does not change the fact that sooner or later liberalization will happen. That much is clear from the recent history of Zurich.

The Chairman: Your testimony was most interesting.

Parmi les décès par surdose, la moyenne d'âge des victimes est située au-dessus de 30 ans. Nous constatons là qu'entre 26 et 32 ans, la consommation de drogues dites dures est particulièrement haute. Les jeunes, par contre, consomment proportionnellement beaucoup plus de cannabis et de produits de cannabis, semble-t-il. Cela m'amène à mes remarque finales, celles sur la libéralisation du cannabis ou l'idée de libéralisation du cannabis ou, comme vous le disiez, décriminalisation.

Je comprends que la décriminalisation, le fait qu'on ne poursuit plus, c'est une action permise. Alors que si l'usage était dépénalisé, ce serait une question à savoir punir ou ne pas punir.

Le président: La décision revient au policier ou au juge.

M. Dulex: Une décision du juge, pas du policier.

Le président: C'est cela la distinction entre les deux.

M. Dulex: Qu'on le veuille ou pas, à notre avis c'est un fait que tout toxicomane est passé par là. C'est là une raison pourquoi, parmi la police, les avis sont très partagés, mais il est évident, d'autre part, que la police joue le jeu si la société veut de cette libéralisation. La police a appris qu'elle est là pour défendre les intérêts de la société et non pas des intérêts politiques particuliers ou les siens. Je disais que les avis sont partagés.

Ils le sont d'autant plus lorsqu'il s'agit de libéralisation non seulement de la consommation mais aussi des actes préparatoires à la consommation.

Nous avons du mal à nous imaginer comment il serait possible de contrôler le trafic de drogues dans la rue ou dans le petit commerce, dans l'intérêt de l'ordre et de la sécurité publique. Il y a là aussi, pour nous, des problèmes de sécurité routière ainsi que de sécurité de travail, laquelle nous intéresse beaucoup et nous préoccupe en tant que police.

Alors que nous avons des règles de jeu bien définies concernant la consommation d'alcool, et qu'une pratique de justice nous conseille et nous guide, il n'en est pas ainsi pour la consommation de drogues.

Autre chose. La Suisse serait une île en Europe. Être pionniers, nous le voulons bien, mais il serait mieux d'agir suite à des ententes avec les pays et les sociétés entourant la Suisse, car nous avons bien peur qu'une fois de plus, nous pourrions être la source d'un nouveau tourisme de drogues. Nous avons des doutes que les règles d'opportunisme prévues — à établir par le Conseil fédéral — pourraient être une aide efficace pour la police, mais nous n'en savons rien de concret pour l'instant.

Au sein de la police, on se demande s'il est déjà temps de faire le pas. Je vous disais que les avis sont très partagés. Cela ne change rien au fait que, tôt ou tard, la libéralisation deviendra réalité. L'évolution de l'histoire de Zurich nous l'apprend.

Le président: Votre témoignage est fort intéressant.

[English]

Senator Christensen: Since, unfortunately, I was not here this morning to hear the other presentation, some of my questions may be redundant.

Am I making an assumption by saying that, by closing the Needle Park the problem has moved to some place else? The problem has not been solved. The problem has moved out of the park in Zurich to another place. In fact, am I correct in saying that the actual use of heroin and other addictive drugs is not being addressed?

[Translation]

Mr. Dulex: Apparently I was not clear. We have found a solution, and the scene no longer relocates, because there is no longer an open drug scene today. The first initiative at Needle Park was not an interdisciplinary activity, and thus there were no medical or social services available, and the drug addicts who were chased away from the open drug scene wound up on the banks of the rivers and wandered around the neighbourhoods.

The police tracked them down again, and this resulted in a second open drug scene known as Letton. Here is the Letton station on the map. That is where we realized that we had to work together and use an interdisciplinary approach. There has been no drug scene since that time.

If you look at the map, toward the top, on the northeast bank of the river, you will see the Letton station location, where the last open drug scene was located. There have been no further drug scenes since this one was closed down. Initially, after this major operation, we clearly still had some problems in the city, because there were many drug addicts who fled and were wandering around until they were all picked up. The nearby neighbourhoods were the victims to some extent, but in Zurich today we no longer have any open drug scenes as we had in the past.

Obviously, if one looks carefully one can still find parts of the city, with the exception of major commercial, financial and tourist districts, but in the industrial parts of the city, you can still find drug traffickers and users looking for drugs. However, even drug trafficking in the city is no longer of concern to us. This was a decisive change for the police. In the past, when there was an open drug scene, the police could focus their efforts on that scene, and the crime — that is the thefts — that were taking place in the surrounding neighbourhoods. We could focus our efforts on the centre and the surrounding area.

No longer having open drug scenes resulted in total decentralization. Today, the market is located not only in the city; it is also in the country, outside the city. Drug traffickers and users know each other somewhat, and, from the license plates, we see that there are people from western Switzerland and French-speaking Switzerland. We see license plates from Solothurn and Vaud in various districts and towns. We track this, and today, the police have a more difficult job in that they must first find out where the trafficking is taking place. That is why we started by watching drug addicts or drug users or those assumed to be in this

[Traduction]

Le sénateur Christensen: Comme je n'ai pu malheureusement pas assister à la séance de ce matin, certaines de mes questions pourront vous sembler redondantes.

Ai-je raison de croire que la fermeture du Needle Park a simplement déplacé le problème sans le résoudre? Autrement dit, que le problème est passé de ce parc zurichois à un autre endroit? Ai-je raison de croire que l'on ne s'attaque vraiment pas au problème de l'utilisation d'héroïne et d'autres drogues, au problème de la toxicomanie?

[Français]

M. Dulex: Il semble que je me suis mal exprimé. Nous avons la solution et nous n'avons pas de déplacement de scène parce qu'aujourd'hui, nous n'avons plus de scène. La première intervention concernant Needle Park n'était pas une intervention interdisciplinaire, et donc les soins médicaux et sociaux nécessaires n'étaient pas là et les toxicomanes chassés de la scène ouverte se retrouvaient au bord des rivières et erraient dans les quartiers.

La police a refait pression et cette pression a reformé une deuxième scène ouverte dénommé Letton. Je vous montre la gare de Letton. C'est là que nous avons réalisé que nous devons agir en commun et de manière interdisciplinaire. Depuis, nous n'avons plus de scène.

Si vous regardez la carte, vers le sommet de votre carte, sur le bord nord-est de la rivière, où nous avons cette gare de Letton, ceci fut la dernière scène ouverte que nous avons. Depuis, nous n'en avons plus. Il est clair qu'au début, après cette grande opération, nous avons encore des problèmes dans la ville, ayant beaucoup de toxicomanes prenant la fuite et errant jusqu'à ce qu'ils aient tous été récupérés. Et les quartiers avoisinants étaient un peu les victimes, mais aujourd'hui, nous n'avons à Zurich plus de scènes ouvertes comme nous en avons dans le passé.

Évidemment, l'oeil attentif peut encore déceler dans les quartiers, sauf dans les quartiers où vous avez le grand commerce, les finances ou le tourisme, mais dans les quartiers industriels, vous pouvez encore constater qu'il y a des trafiquants et des consommateurs à la recherche de drogues. Toutefois même le trafic ou le commerce de drogues dans la ville ne nous préoccupe plus. Ceci a été un tournant décisif pour la police. Dans le passé, alors que nous avions une scène ouverte, la police pouvait se concentrer sur cette scène, et la criminalité, c'est-à-dire les vols se faisaient dans les alentours. On pouvait observer et agir dans le centre et autour du centre.

La suite de ne plus avoir de scènes ouvertes était une conséquence de décentralisation totale. Aujourd'hui, le marché ne se fait pas que dans la ville. Le marché se fait aussi à la campagne, en dehors de la ville. Il s'avère que trafiquants et consommateurs se connaissent quelque peu et nous voyons, par exemple, des origines de Suisse occidentale, de Suisse romande et de Suisse française par l'identification des plaques de voiture. Nous identifions des plaques soleuroises et vaudoises dans tel et tel quartier ou dans telle et telle agglomération. Nous suivons ceci et la police, aujourd'hui, a un travail plus difficile dans ce sens

group, and we followed a few of them until we found out where the trafficker was located. Then we approached the traffickers and put the two face to face. In this way we achieved our objective more quickly.

[English]

Senator Christensen: Has this fragmentation made it more difficult for those who apply law enforcement?

[Translation]

Mr. Dulex: Yes. A tremendous advantage is that public safety is much greater. People feel reassured and safe, because in the past there were some irrational fears around. When you see drug addicts, you see people who are down and out, in misery. Today, you see virtually no drug addicts in the city, and the residents feel reassured. That is essential.

On the other hand, the job of the police is more difficult, and has become more sophisticated. We can no longer simply go to a place where these things are happening, have a look and pick people up. We have to start by following people and doing some research to achieve our objective. It takes far more staff.

[English]

Senator Christensen: Has it been driven underground?

[Translation]

Mr. Dulex: Yes.

The Chairman: Mr. Dulex, I would like us to back up a little to get a better understanding about the inside workings of the police services. Zurich is the largest European centre in the country, and that is why we invited you and that is why we are very pleased that you accepted our invitation.

I would like to understand what sort of cooperation there is between your services in Zurich and other similar services at the canton level and within other communes, and also with your colleagues in neighbouring countries. I am sure you must work together. I am not asking you to reveal your operational secrets, but simply to give us some idea about the coordinated effort to control drug trafficking and drug use.

Mr. Dulex: At the local level, we have an act pertaining to the communes. Law and order and public security are the responsibility of the communal police department. I do not want to go into too much detail, but, generally speaking, in Switzerland every canton has a cantonal police department.

The big communes and cities usually have a municipal police department. This municipal police department is primarily responsible for security whereas the cantonal police department looks after criminal investigations. In the canton of Zurich, the municipal police department looks after law and order: these are

parce qu'il faut déceler d'abord où a lieu le trafic. C'est pour cela qu'on a passé d'abord à une observation, une surveillance des toxicomanes ou des consommateurs ou ceux qui étaient présumés l'être, et nous en retenons quelques-uns jusqu'à ce que nous sachions où est le trafiquant. Ensuite, nous approchons les trafiquants et les mettons un envers l'autre et ainsi, vous êtes plus vite à la fin.

[Traduction]

Le sénateur Christensen: Cette fragmentation a-t-elle nui à ceux qui appliquent la loi?

[Français]

M. Dulex: Oui. Un énorme avantage est que la sécurité publique est beaucoup plus importante. Le citoyen se sent rassuré et tranquille parce qu'il y a des peurs irrationnelles qui se lèvent. Quand vous voyez des toxicomanes, vous voyez des personnes dans la misère. Aujourd'hui, vous ne les rencontrez pratiquement plus dans la ville et le citoyen est rassuré. C'est l'essentiel.

Le travail de la police par contre est plus difficile, il est devenu plus sophistiqué: vous ne pouvez pas aller simplement au point d'action, regarder et prendre. Vous devez d'abord suivre, rechercher pour en arriver au but. Cela demande beaucoup de personnel.

[Traduction]

Le sénateur Christensen: Se réfugie-t-on davantage dans la clandestinité?

[Français]

M. Dulex: Oui.

Le président: Monsieur Dulex, je voudrais qu'on recule un peu pour comprendre un peu mieux l'environnement des services de police à l'intérieur. Zurich étant l'environnement urbain le plus important du pays, c'est pour cela que nous vous avons invité et c'est pour cela qu'on est bien heureux que vous ayez accepté notre invitation.

Je veux comprendre quelle coopération il existe entre vos services à Zurich et les services similaires, tant au niveau cantonal que dans les autres communes, dans un premier temps, et avec vos collègues des pays avoisinants, dans un deuxième temps. Il doit définitivement y avoir une opération de concertation. Je ne vous demande pas de nous dévoiler vos secrets opérationnels, mais de nous donner une impression quant aux efforts de coordination qui se font au niveau de la répression du commerce et de la consommation.

M. Dulex: Au niveau local, nous avons une loi sur les communes. Le maintien de l'ordre et de la sécurité publique est du devoir des polices de communes. Je ne veux pas entrer trop dans les détails, mais dans tous les cantons, de manière générale, en Suisse, vous avez une police cantonale.

Dans les grandes communes et les grandes villes, en général il y a une police municipale. De façon primaire, cette police municipale a des devoirs de police de sécurité, alors que la police cantonale a des devoirs de police criminelle. En ce qui concerne le canton de Zurich, la police municipale assure le

the police officers you see in the public areas. The police in uniform are always city police officers but the criminal investigators come under us, the canton of Zurich.

Since the communes do not have any municipal police services — like us, the canton of Zurich — they are also responsible for communal policing. At the national level, we work with the jurisdictional chiefs. In matters pertaining to security and public order, there is, first of all, the Conference of Ministers of Justice and cantonal policing. Then there is the Conference of Swiss cantonal police commanding officers, which are the chiefs of police and, at a lower level, there is the Swiss Association of Criminal Investigation Chiefs of Police. Switzerland's 26 cantons are part of this association, as is the principality of Lichtenstein.

We discuss problems and set the rules for cooperating in various sectors. These rules of cooperation are set for the Association of Chiefs of Police and for the Conference of Commanding Officers. In matters pertaining to financial assistance, which also depends to some extent on the citizens living in the cantons, the issues are generally brought to the attention of the Conferences of Ministers of Justice and cantonal policing.

As regards other countries, we have a task force known as the "South-West Group." We regularly meet with police officers from Germany, Switzerland and France. We are also cooperating with the Austrian authorities, but since we share a border with Germany, we are most interested in cooperating with Germany and France.

Bilateral contracts are forthcoming. As regards the whole issue of European policy, since we are not part of the European Union, we have established bilateral contracts. In our contract with Germany, we have defined in great detail how we will cooperate to fight crime in all sorts of sectors. This is more or less how we operate.

The Chairman: Our research indicates that between 1991 and 1994, on average, 50 per cent of the investment you made to deal with "drug" problem — approximately 1 billion Swiss francs — was earmarked for law enforcement and other similar services. Has this percentage remained unchanged since 1994?

Mr. Dulex: These are national figures that pertain to several activities that cost money. I would not say that this is representative for policing, and I am not in any position to tell you what percentage pertains to drug-related work, but not 50 per cent. The percentage is clearly lower because we have other problems.

The Chairman: Did this percentage — 50 per cent of the cost of the national anti-drug program — represent the cost of policing, on average, for the period between 1991 and 1994? Has that been maintained?

There has been an increase in charges over the past few years. Is this because you have a greater number of personnel, and consequently more financial resources?

maintien de l'ordre: c'est elle qui est visible dans l'espace public. La police «uniformée», c'est uniquement la police de ville tandis que la police criminelle c'est nous, le canton de Zurich.

Les communes n'ayant pas de police municipale — comme nous, le canton du Zurich — font également les devoirs de police communale. Au niveau national, nous travaillons avec les chefs de ressort. Pour la sécurité et l'ordre public, il y a d'abord la Conférence des ministres de justice et de police cantonaux. Par la suite, il y a la Conférence des commandants de police cantonaux de Suisse qui sont les chefs de police et, à une échelle en-dessous, on retrouve l'Association suisse des chefs de police criminelle. Les 26 cantons de Suisse font partie de cette association, en plus de la principauté du Lichtenstein.

Nous discutons ces problèmes et nous établissons des règles de coopération dans différents domaines. Ces règles de coopération sont établies soit au niveau de l'Association des chefs de sûreté, soit au niveau de la Conférence des commandants. Lorsqu'il s'agit de participation financière qui dépend aussi un peu de la population des cantons, en général les affaires sont portées au niveau des conférences des ministres de justice et de police cantonaux.

Avec l'étranger, nous avons un groupe de travail qui s'appelle «Groupe sud-ouest». Nous rencontrons régulièrement des policiers d'Allemagne, de Suisse et de France. Nous collaborons également avec les autorités autrichiennes, mais ce qui nous intéresse surtout, parce que nous avons la frontière immédiate avec l'Allemagne, c'est l'Allemagne et la France.

Des contrats bilatéraux sont à venir. Maintenant, dans le cadre de toute la politique européenne, étant donné que nous ne faisons pas partie de l'Union européenne, nous avons des contrats bilatéraux. Dans le contrat avec l'Allemagne, la coopération en matière de lutte contre la criminalité dans toutes sortes de domaines est définie dans des détails très méticuleux. Voilà un peu ce que nous faisons.

Le président: Au niveau des coûts investis dans les efforts de vos services, nos recherches nous ont démontré qu'entre 1991 et 1994, en moyenne 50 p. 100 des coûts afférents à la question «drogue» — environ un milliard de francs suisses — étaient dirigés vers les efforts de répression et les autres services similaires. Cette proportion s'est-elle maintenue après 1994?

M. Dulex: Ce sont des chiffres nationaux qui concernent plusieurs activités qui coûtent de l'argent. Je ne dirais pas que c'est représentatif pour le travail de la police et je ne serais pas en mesure de vous dire à quel pourcentage nous nous occupons de la drogue, mais nous ne le faisons pas à 50 p. 100. Le pourcentage est nettement inférieur car nous avons d'autres problèmes.

Le président: Est-ce que cette proportion — 50 p. 100 des coûts reliés à l'effort national de lutte contre la drogue — représentait les coûts des services de police, en moyenne, durant la période 1991-1994? Est-ce que cela s'est maintenu?

Il y a eu une augmentation des dénonciations dans les dernières années. Est-ce parce que vous avez davantage d'effectifs, donc davantage de ressources financières?

Mr. Dulex: We have not had an increase in personnel. If the number of drug use charges has increased, it is simply because we have to be very strict and active in the public areas in order to achieve the present level of calm.

These activities are not very time consuming nor are they very expensive. What costs us a great deal more are the secret investigation operations. If our statistics for trafficking are clearly lower, you can presume that we have a lot more work.

Today our resources are being used a lot more to deal with what we call "organized crime", but this is not really organized crime as originally defined. This is gang crime, commercial crime as we say in Switzerland. If this were organized crime, this would be something that involved clans, mafia-type organizations that do not really exist in our country.

Naturally, we have contacts and liaisons for financial matters. Our significant financial industry is also the hub or intersection for shady dealings. We invest much more in that particular sector.

I would say that our activities today are the same, but I could not tell you whether or not the percentage has remained the same. I do not know the figures.

[English]

Senator Christensen: I have one follow-up to that question. As a result of the closing down of the open drug scene, did the government introduce new legislation that you, as the police force, could use to help you in your efforts?

[Translation]

Mr. Dulex: We do not really have any new legislation that deals with the drug problem directly, but we do have new legislation on serious crime. At the federal level, we have had, since the beginning of this year, a criminal investigation police service for the so-called major cases, the cases involving organized crime. First of all, we have to set this thing in motion and now things are only just getting underway, but that had no direct bearing on the drug problem we had in Zurich.

What is new is this holding centre for processing people to be sent back to their commune. We did this under the current legislation and not as result of new legislation.

[English]

Senator Christensen: They were required to go. Did they have a choice?

[Translation]

Mr. Dulex: The apprehended people, yes. They are arrested and once their identity has been established and confirmed, they are sent back to their respective communes which then assume

M. Dulex: Nous n'avons pas plus d'effectifs. Si les dénonciations augmentent en ce qui concerne la consommation, elles ont tout simplement augmenté parce que nous devons être rigides et très actifs dans l'espace public pour maintenir le calme que nous avons atteint.

Ces activités ne nous prennent pas beaucoup de temps et ne nous coûtent pas très cher. Ce qui nous coûte beaucoup plus cher ce sont les opérations d'enquêtes secrètes. Si dans la statistique nous avons des chiffres nettement inférieurs concernant le trafic, vous pouvez vous imaginer que nous avons beaucoup plus de travail.

Nous engageons beaucoup plus de moyens aujourd'hui dans ce que l'on appelle le «crime organisé», mais ce n'est pas vraiment du crime organisé au sens original du terme. C'est du crime en bande, du crime commercial comme on dit chez nous. Si c'était du crime organisé, ce serait quelque chose qui se référerait à des clans, à des organisations mafieuses que nous ne connaissons que très peu chez nous.

Naturellement, nous avons des contacts et des liaisons sur la voie financière. Notre place financière importante est aussi la gare ou l'intersection pour des moyens douteux. Là nous investissons beaucoup plus.

Je dirais que les efforts aujourd'hui sont les mêmes, mais je ne pourrais pas vous dire si le pourcentage est le même. Je ne connais pas ces chiffres.

[Traduction]

Le sénateur Christensen: Dans le même ordre d'idées, après avoir mis fin à la consommation ouverte de drogues, le gouvernement a-t-il introduit de nouvelles mesures législatives qui pourraient vous servir, vous la police, dans vos efforts?

[Français]

M. Dulex: Pour nous, il n'y a pas eu de nouvelle législation concernant le problème de la drogue directement, mais il y a eu une nouvelle législation concernant les cas graves de criminalité. Au niveau fédéral, nous avons depuis le début de cette année une police criminelle pour les cas dits majeurs, les cas de crime organisé. C'est une chose qui doit d'abord être mise en branle et cela ne fait que commencer actuellement, mais cela n'a rien à voir directement avec le problème de la drogue comme nous l'avions à Zurich.

Ce qui était nouveau pour nous était de pouvoir établir ce centre de refoulement. Nous l'avons fait en nous basant sur la législation actuelle et non pas sur une nouvelle législation.

[Traduction]

Le sénateur Christensen: On les obligeait à partir. N'avaient-ils pas le choix?

[Français]

M. Dulex: Les personnes appréhendées, oui. Elles sont arrêtées et lorsque leur identité est établie et confirmée, ces personnes sont refoulées à leur commune respective qui les reprend en charge. Les

responsibility for them. We charge the commune for the cost of repatriating these individuals. The commune has something to do and must react.

Perhaps the costs involved in repatriating these individuals were higher than they should have been had the communes taken precautions and done something for their drug addicts. Nevertheless, these were merely snags that occurred at the start and we no longer have these problems today.

At the beginning, when people were sent back to their commune, these communes found themselves in a very new situation. This may sound ridiculous, but it illustrates to what extent everybody was impacted. At the time, the communes were tempted to pay for the offender's way back to Zurich, because in Zurich, there were treatment centres. So we would pick them up again in public areas and send them right back.

[English]

Senator Christensen: Are there support systems in the communes where they will receive treatment?

[Translation]

Mr. Dulex: The other cities, cantons and communes are now feeling increasingly concerned about the situation as well and are doing something.

The Chairman: A witness we heard this morning explained that the non-enforcement measures taken in your sector, or your region of the country, did not match those of the other regions of the country. If you send a drug addict back to a region that does not have as many services as your canton, is the canton of origin responsible for this individual rather than the canton that sends him or her back?

Mr. Dulex: That is very accurate.

The Chairman: Has the public pressure you were under in the early 1990s not had an impact on the other cantons to compel the local authorities to take action?

Mr. Dulex: Yes. The open scene was eliminated ten years ago. Since then, the other communities have been affected repeatedly. Today, the problem in our region is no longer as big as it was ten years ago.

The Chairman: Is the elimination of the open scene still causing repercussions in the other regions today?

Mr. Dulex: The other regions preferred not to have any drug problems. However, they realized — as did the politicians — that drugs were part and parcel of their society, just like illness, that we could not wipe it out and that we would have to learn to live with it. That is what we have done. This awareness has led to a change in attitude towards the problem, even in the police force.

The Chairman: You are very interested in the identity of the users and in injection treatment clinics that use heroin for treatment purposes. How do you explain this concern?

frais de refoulement, nous les avons repoussés à la commune qui devait les payer. La commune avait quelque chose à faire et devait réagir.

Il s'avérait que pour les uns et les autres les frais de refoulement étaient peut-être plus élevés qu'ils l'auraient été s'ils avaient pris leurs précautions et fait quelque chose pour leurs toxicomanes. Cela n'était toutefois que des difficultés de départ. Nous ne rencontrons plus ces difficultés aujourd'hui.

Au début, lorsque des personnes étaient refoulées dans leur commune, ces communes se retrouvaient devant une situation tout à fait neuve. Il s'agit peut-être d'une caricature, mais elle illustre à quel point tout le monde était affecté, mais à l'époque, les communes étaient tentées de payer à l'individu contrevenant un billet de retour à Zurich, car à Zurich, il y avait des réseaux de récupération. Alors nous les récupérons à nouveau sur l'espace public puis nous les renvoyions.

[Traduction]

Le sénateur Christensen: Les communes ont-elles en place ce qu'il faut pour les aider et les traiter?

[Français]

M. Dulex: De plus en plus les autres villes, les autres cantons et les communes se sentent concernés aussi et font quelque chose.

Le président: Un témoin entendu ce matin nous a expliqué que les efforts entrepris dans votre secteur, ou votre région du pays, sur le plan des mesures non répressives ne se situaient pas au même niveau que celui d'autres régions du pays. Si vous refoulez un toxicomane dans une région où les services sont moins nombreux que ceux de votre canton, la prise en charge d'un individu revient au canton d'origine et non à celui du canton qui refoule?

M. Dulex: C'est très juste.

Le président: La pression populaire que vous avez subie au début des années 1990 ne devrait-elle pas faire son oeuvre dans les autres cantons pour forcer les autorités locales à agir?

M. Dulex: Oui. Dix ans se sont écoulés depuis la dissolution de la scène ouverte. Depuis, les autres communautés ont été affectées de façon répétée. Pour ce qui est de notre région aujourd'hui, le problème n'a plus l'ampleur qu'il avait il y a 10 ans.

Le président: La dissolution de la scène ouverte provoque-t-elle encore aujourd'hui des répercussions dans les autres régions?

M. Dulex: Elles préféreraient ne pas avoir de problèmes de drogues. Cependant, elles ont compris — et le milieu politique aussi — que la drogue faisait partie de leur société, un peu comme la maladie, qu'on ne pouvait pas l'effacer et qu'il fallait apprendre à vivre avec. C'est ce que nous avons fait chez nous. Cette prise de conscience a amené un changement d'attitude face à cette problématique, même dans le corps policier.

Le président: Vous portez beaucoup d'intérêt à l'identité des usagers et des cliniques d'injections et de traitements qui utilisent l'héroïne comme mesures de traitement. Comment articulez-vous cette préoccupation?

Mr. Dulex: At the start, we wanted to know just how effective the proposed methods were and we simply wanted to help those working in the various fields. We therefore offered to accompany the drug addicts. Despite all of the programs that are offered, no one was able to keep drug addicts under observation 24 hours a day. That was one problem. Under the program, the patient arrives in the morning, leaves and then comes back at noon. He leaves once again and then comes back in the evening. What does he do in the meantime?

We were not provided with the exact identity of the patients or individuals in treatment, and that is what we asked for at the beginning. Our idea was simply to help them and not to bother them or use the data for enforcement purposes.

Since that was not possible, we requested that individuals participating in this type of program be at least issued an identity card certifying that they were part of the program. Consequently, if they were apprehended in the street, we would know that they were part of the program.

We would know why the patient always had drugs, methadone or any other substance in his or her possession. Had this type of substance been found on any other individual, we would not have been able to let him go.

The Chairman: Have you observed a decrease in crime linked to drug use or triggered by the financial requirements of drug dependency?

Mr. Dulex: The decline has been very clear. In the past, neighbourhoods close to the open scene were living in outright fear. The citizens were concerned. Today, they can go out and feel safer. The thefts that I alluded to, such as those involving swarming, are clearly occurring less frequently in these neighbourhoods than in the past.

The Chairman: The problem still exists, but has there been a significant decline?

Mr. Dulex: Yes, indeed.

The Chairman: You give a great deal of priority to the citizens' sense of security. We do as well. In the neighbourhoods where these clinics have been set up you have observed an appreciable decrease in drug-related crime. However, has the appearance of drug addicts changed? Are they better dressed? Do they fit in more with the crowd or are they more marginalized from society?

Mr. Dulex: Externally, I do not think that the drug addict at the peak of his career or at the low point of his existence has changed. Nevertheless, there is more assistance for the drug addict today and we do not see them so often now as we did in the past. Since they have all been sent back to the communes and other cantons, they are fewer in number. You only see them rarely. They are being treated by society.

M. Dulex: Nous voulions au départ connaître l'efficacité des méthodes mises de l'avant et tout simplement aider les intervenants des diverses disciplines. Nous avons alors offert d'accompagner les toxicomanes. Malgré tous les programmes offerts, personne n'était capable de garder sous observation des toxicomanes 24 heures sur 24. C'était un problème. Dans le cadre d'un programme, le patient arrive le matin. Il reçoit ses drogues. Puis il repart et revient à midi. Il repart encore et revient le soir. Que fait-il entre-temps?

On ne nous a pas donné l'identité exacte des patients ou des personnes en traitement, et c'est ce que nous demandions au départ. L'idée était de simplement les aider et non de les embêter ou d'utiliser les données récoltées dans un but répressif.

Étant donné que cela n'était pas possible, nous avons demandé au moins à ce que les personnes qui étaient à l'intérieur d'un programme de ce genre reçoivent une carte d'identité certifiant qu'ils faisaient partie du programme. Ainsi, s'ils étaient appréhendés dans la rue, on savait qu'ils faisaient partie d'un programme.

Nous connaissions la raison pour laquelle le patient gardait toujours des médicaments, de la méthadone ou quelque'autre substance en sa possession. Si on avait retrouvé ce genre de substance sur un autre individu, on n'aurait pas pu le laisser passer.

Le président: Avez-vous noté une réduction de la criminalité induite par la consommation de drogues ou par les besoins financiers générés par la dépendance aux drogues?

M. Dulex: Nous devons dire que la réduction est très nette. Dans le passé, des quartiers à proximité de la scène ouverte vivaient carrément dans la peur. Les citoyens étaient inquiets. Aujourd'hui, ils peuvent sortir et se sentir plus sûrs. Les vols dont je parlais, tel le brigandage, surviennent nettement moins dans ces quartiers que par le passé.

Le président: Cela existe encore, mais la réduction est appréciable?

M. Dulex: Oui, tout à fait.

Le président: Vous accordez beaucoup d'importance à la perception de sécurité qu'entretient la population. Nous y accordons également beaucoup d'importance. Dans les quartiers où ces cliniques se sont installées vous avez noté une diminution appréciable des méfaits induits par la consommation abusive des substances. Cependant, en ce qui concerne les toxicomanes, leur allure a-t-elle changé? Sont-ils mieux vêtus? Se moulent-ils plus dans la foule ou vivent-ils plus en marge de la société?

M. Dulex: Je ne crois pas qu'extérieurement le toxicomane au sommet de sa carrière ou au bas de son existence ait changé. Néanmoins, il trouve davantage d'aide aujourd'hui et nous le voyons plus rarement que par le passé. Étant refoulés dans toutes les communes et dans tous les autres cantons, leur nombre est beaucoup plus petit. Vous ne les voyez que rarement. Ils sont récupérés par la société.

If you observe the comings and goings at a local injection centre, you will see who comes in and who leaves and you will be able to tell, today as in the past, who is a drug addict and who is sick, perhaps. But they do not look as though they are as down and out as they were in the past. They are not so spent. There is a lot more medical and social assistance for them. They are even given job opportunities. And, as a result, the problem is less evident.

The Chairman: In Switzerland as in North America, a new drug, Ecstasy, has made an appearance over the past few years. You two must have seen these rave parties where young people take this substance. What approach has been taken to this situation?

Mr. Dulex: Groups of young people in Switzerland do this too. It is a little bit of a trend. As far as I can see, and I do not know whether or not I am accurate, in Zurich the current problem is less of a concern to us than it was five years ago.

We also have Thai pills — we have all of that — but we were more concerned about the problem at the beginning, perhaps because it was new. What concerns me more, is the fact that today we have a change in attitude. It seems to me that there has been a change in attitude amongst drug addicts, in the attitude towards hard drugs like heroin, but especially cocaine, or amphetamines and pills.

In the past, the drug addicts took drugs to escape, to leave the scene, to have their flash, whereas today this no longer seems to be the case. It is more about being on top of your game all the time. And in the young dynamic professions — I did a small personal experiment, using my family, since I have a son who trained in a bank and, through him, I heard a lot about what is going on with young people. In these very dynamic professions where the young people are under constant pressure — the stock market comes to mind — this is almost like their daily drug, their daily diet.

There are places where they meet. We have spots in Zurich that we know very well. There are many very pretty, very pleasant restaurants in the vicinity but there is one spot where the young people meet. They line up outside in minus 10-degree weather and that does not stop them, as long as they can get in. These drug addicts no longer display their culture in the outside world. We did not know who they were. They are absolutely involved. They have jobs, they have professions, social life, the whole bit. This is no longer the drug addict of yesteryear. I did not know whether this is a trend that we do not see until the last minute, but right now this is something that is quite troublesome.

The Chairman: You have, in fact, described the effects of opiates versus the effects of cocaine, cocaine derivatives and amphetamines which stimulate much more than tranquilize.

Si vous observez le va-et-vient d'un local d'injections, vous voyez qui vient et qui repart, et vous reconnaissez, aujourd'hui comme dans le passé, qui est toxicomane et qui est malade peut-être. Mais il semble qu'ils sont moins bas qu'ils l'étaient. Ils ne sont pas aussi assommés. Ils ont beaucoup plus d'aide tant médicale que sociale. On leur donne même des possibilités d'emplois et, de ce fait, cela se voit moins.

Le président: En Suisse comme en Amérique du Nord une nouvelle drogue, l'Ecstasy, a surgi depuis quelques années. Vous devez aussi avoir des «parties rave» où des jeunes consomment cette substance. Quelle est votre approche face à cette situation?

M. Dulex: Il est un fait que nous l'avons aussi dans des cercles de jeunes. C'est un peu une mode. Je dirais, pour ce que je vois moi-même, je ne sais pas à quel point je suis exact ou pas, mais à Zurich c'est un problème qui, à présent, nous préoccupe moins qu'il y a cinq ans.

Bien que nous avons aussi les pilules thaïes — nous avons tout cela — mais cela nous préoccupait plus au départ, peut-être parce que c'était nouveau. Ce qui me préoccupe davantage, c'est que nous avons aujourd'hui un changement d'attitude. Il me semble observer un changement d'attitude parmi les toxicomanes, les drogues dures que ce soit l'héroïne, mais surtout la cocaïne, ou alors les amphétamines et les pilules.

Par le passé, les toxicomanes prenaient la drogue pour s'envoler, pour quitter la scène, pour avoir leur flash, alors qu'aujourd'hui ce n'est semble-t-il plus cela qui est devant. C'est plutôt d'être sur l'axe à 100 p. 100. Et dans les jeunes professions dynamiques, j'ai fait une petite expérience personnelle en famille ayant un fils qui a fait un apprentissage banque et, par lui, j'ai beaucoup entendu ce qui se passe parmi les jeunes. Ceux étant toujours sous pression dans ces métiers très dynamiques — je pense à la bourse — c'est presque un peu leur drogue quotidienne, leur alimentation quotidienne.

Il y a des lieux où ils se rencontrent. Nous avons des locaux à Zurich que nous connaissons très bien. Dans les parages, vous avez nombre de restaurants très jolis et très agréables alors qu'il y a un lieu où ces jeunes se rencontrent. Il font la queue dehors à -10 degrés et cela ne les empêche pas, pourvu qu'ils puissent entrer. C'est une culture qui ne se manifeste plus chez les toxicomanes à l'extérieur. On ne les reconnaissait pas. Ils sont absolument dans l'affaire. Ils sont dans le boulot, dans le métier, le social, tout est là. Ce n'est plus le toxicomane du passé. J'ignore si cela est une évolution que nous ne remarquons pas jusqu'au dernier point, mais actuellement c'est quelque chose qui est assez préoccupant.

Le président: Vous nous décrivez finalement les effets des opiacés versus les effets de la cocaïne et des dérivés de la cocaïne et des amphétamines qui sont beaucoup plus des stimulants que des calmants.

However, in Switzerland, cocaine appears to have reached just one very specific segment of society, a segment that can afford its addiction. In North America, it is different. We have cocaine users that do not have the means to support their addiction and this is why you have neighbourhoods affected by this plague.

You gave us your opinion on cannabis. Before dealing with the issue of cannabis, I would like to go back to policing activities. You showed us two tables and here I refer to a table which assessed a 15-year period of charges for drug use and another one which showed charges or criminal proceedings resulting from drug trafficking.

When you look at the two tables, you can see that there has been a clear increase in charges for drug use, however, as regards trafficking, the changes have been less drastic. How do you explain this difference?

Mr. Dulex: As regards drug use, I told you that special forces had been established to maintain peace and order in Zurich in particular. There are permanent uniformed patrols in the streets to maintain peace and order and prevent any new scenes from cropping up. That explains the increase for the Canton of Zurich. We also have had some influence on the other cantons, and we have served as somewhat of a precursor. We are a little bit like the pioneers.

As for drug trafficking, do not rely on the figures. Our operations have become much more difficult. Today everything is more organized, more clandestine and more secret. We deal with ethnic groups that make the task even more difficult. In Switzerland, heroin trafficking is in the hands of people coming from the Balkans, the Albanians, the Yugoslavs, the Roumanians. These are clans, ethnic groups that we can no longer infiltrate as we did in the past. In order to do this, you need to use nationals with the same citizenship, people that we do not have in Switzerland.

In Switzerland, we are debating the need to have special legislation to do that. A federal act is currently being drafted for secret investigations, which would provide us with legislation that is better adapted to today's police practices and which will also give us more means. Today we have requirements for interpreters that we did not have in the past. We dealt with dealers from our society. Today, they are foreigners.

In the case of heroin or cocaine, we are simply dealing with other nationalities. In order to reach the objective, numerous operations are required. Today's investigation is far more complex and costly than it was in the past. This explains why the number is not increasing.

The Chairman: Could you repeat the important dates? In 1992, the open scene was shut down?

Mr. Dulex: February 4, 1992, shutdown of Needle Park.

The Chairman: Ten years ago today.

Par contre, en Amérique du Nord, la cocaïne ne semble avoir atteint qu'un segment bien précis de la population, un segment qui a les moyens de sa dépendance. En Amérique du Nord, c'est différent. Il y a des usagers de cocaïne qui n'ont pas les moyens de leur dépendance et c'est la raison pour laquelle vous avez des quartiers affectés par ce fléau.

Vous nous avez parlé de votre opinion sur la question du cannabis. Avant de toucher la question du cannabis, je veux revenir sur les efforts des services de police. Vous nous avez présenté deux tableaux et je fais référence à un tableau qui examine sur une période de 15 ans les dénonciations pour toute consommation et un autre sur les dénonciations ou les affaires criminelles qui découlent du trafic des drogues.

Lorsqu'on examine les deux, on s'aperçoit qu'il y a une nette augmentation des dénonciations pour consommation de drogues, alors qu'au niveau du trafic, les modifications sont beaucoup moins marquantes. À quoi attribuez-vous cette différence?

M. Dulex: Concernant les consommations de drogue, je vous disais que des forces spéciales avaient été mises sur pied pour le maintien de l'ordre à Zurich spécialement. Des patrouilles permanentes en uniformes sont dans la rue pour le maintien de l'ordre et pour éviter qu'il y ait de nouvelles scènes. C'est par là que s'explique l'augmentation dans le canton de Zurich. Nous avons une certaine influence aussi sur les autres cantons, servant un peu de précurseur. Nous sommes un peu les pionniers.

Concernant les trafics de drogues, il ne faut pas se fier aux chiffres. Les opérations sont devenues pour nous beaucoup plus difficiles. Ce qui se passe aujourd'hui est plus organisé, plus clandestin et plus secret. Nous avons affaire à des ethnies qui nous rendent la tâche encore plus difficile. Les provenances des Balkans, les Albanais, les Yougoslaves, jusqu'en Roumanie, ont le trafic des héroïnomanes chez nous. Ce sont des clans, des groupes ethniques constitués de manière telle que nous ne pouvons plus infiltrer comme c'était dans le passé. Vous ne pourriez le faire qu'avec des ressortissants de même nationalité que nous n'avons pas chez nous.

Nous sommes en débat en Suisse quant à une législation spéciale pour cela. Une loi fédérale est en préparation pour les enquêtes secrètes où nous aurions encore plus une législation adaptée à la pratique policière d'aujourd'hui en grande partie, mais qui nous donnerait aussi plus de moyens. Nous avons un besoin d'interprète aujourd'hui que nous n'avions pas dans le passé. Nous avons affaire à des trafiquants de notre société. Aujourd'hui, ce sont des étrangers.

Dans le cas de l'héroïne ou de la cocaïne, ce sont tout simplement d'autres nationalités. Rien ne va sans beaucoup d'opérations accompagnant pour arriver au but. Et une enquête aujourd'hui est beaucoup plus complexe et beaucoup plus dispendieuse qu'elle l'était dans le passé. Je donnerai là une explication pourquoi le nombre ne va pas en augmentant.

Le président: Pouvez-vous me répéter les dates importantes? En 1992, c'est la fermeture de la scène ouverte?

M. Dulex: Le 4 février 1992, fermeture de Needle Park.

Le président: Cela fait 10 ans aujourd'hui.

Mr. Dulex: Ten years ago today. And then there was, in 1995, the second red arrow at the top: Letton. This also took place in February, but in 1995.

The Chairman: I will try to put the charge curves into perspective.

Mr. Dulex: I cannot show you that here because I did not think that we would get to these facts, but if we take the general statistics curve on crime, not just drugs but all crime pertaining to property and assault, you will see that the crime rate has grown since 1992.

Following the shutdown of Needle Park, in 1993, you have a clear decline. It went back up in 1994, reaching a peak in 1995 when the scene had moved to Letton station. We then had a continual increase which shows to some extent the effectiveness of our operations in this context. There are other reasons to explain the decline: there was the Balkan War and the subsequent emigration of nationals from the Balkan countries. A lot of so-called refugees came to Switzerland who were not, for the most part, refugees. They came seeking asylum and that was one of the consequences. We have observed this. The present decrease in the crime rate that we have experienced, up until a year ago, also coincided, in our opinion, with the return of the so-called refugees.

The Chairman: In your police department in Zurich, law enforcement pertains to the enforcement of laws against all crimes. If we were to try to set the drug enforcement activities apart from the other criminal activity sectors under your jurisdiction, what percentage would they account for?

Mr. Dulex: To give you an overview, the criminal investigation police organization says that there are five specialized divisions in the fight against complex crime: economic crime, crime against individuals, property crimes, drugs, et cetera. Three out of a total of 25 units specialize in drug enforcement, each unit having about 20 individuals on staff, each supported by observation, surveillance, technical ground support units. Once the preliminary investigations have been conducted, you have to do the observation work. We have specialized divisions that do this in the field, but we have about 60 investigators.

The Chairman: What is the percentage of a total budget of X, the percentage allocated for the fight against all drugs and all activities ranging from consumption to the suppression of trafficking, is it 20 per cent, 50 per cent of the total police services provided?

Mr. Dulex: Out of 600 employees, 60 people, plus supporting operations, between 15 to 20 per cent. This is a ballpark figure.

The Chairman: If you would like to send us information to support this statement, please feel free to do so.

Mr. Dulex: Our financial activities, generally speaking, represent salaries.

M. Dulex: Cela fait 10 ans aujourd'hui. Et ensuite, définitivement, 1995, la deuxième flèche rouge en haut: Letton. C'est également en février, mais en 1995.

Le président: Je vais tenter de donner une perspective aux courbes des dénonciations.

M. Dulex: Je ne suis pas en mesure de vous montrer cela ici parce que je ne pensais pas arriver à ces faits, mais si nous prenions la courbe de la statistique générale de la criminalité, non seulement la drogue mais toute la criminalité contre les biens matériels et les attaques contre l'intégrité personnelle des individus, vous verriez que la criminalité est en croissance jusqu'en 1992.

À la suite de la fermeture du Needle Park, en 1993, vous avez une nette diminution. Cela remonte en 1994, et nous en arrivons à un point culminant en 1995 alors que Letton se passe. Nous avons une diminution continue par la suite qui montre un peu l'efficacité des opérations entreprises dans ce contexte. Il faut voir qu'il y a d'autres raisons pour la diminution: nous avons la guerre aux Balkans avec une émigration énorme de ressortissants des pays du Balkans. Nous avons beaucoup des gens dit réfugiés chez nous qui n'étaient, en grande partie, pas des réfugiés. Ils viennent pour requérir l'asile et cela en était une suite. Nous le remarquons. La diminution actuelle que nous avons, jusqu'à il y a une année, en criminalité totale était aussi pour nous en relation avec le retour de soit-disant réfugiés.

Le président: Dans vos services de police à Zurich, la répression c'est la répression de toute la criminalité. Si on tente de diviser l'effort drogue des autres secteurs d'activités criminelles dont vous avez la responsabilité, quelle est la proportion?

M. Dulex: Pour vous donner un aperçu, l'organisation de la police criminelle dit qu'il y a cinq divisions spécialisées dans la lutte contre la criminalité complexe: le crime économique, le crime contre les individus, le crime contre la propriété, la drogue, et cetera. La drogue représente trois brigades sur un total de 25 brigades ayant un effectif d'environ 20 personnes chacune, soutenues de brigades d'observation, de surveillance, d'appui tactique sur le terrain. Après des enquêtes préliminaires, vous avez des observations à faire. Nous avons des divisions spécialisées pour cela sur le terrain, mais les enquêteurs sont de l'ordre de 60.

Le président: Quel est le pourcentage d'un budget X total, de la proportion allouée à la répression de toutes les drogues et de toutes les actions de la consommation à la répression du trafic, est-ce 20 p. 100, 50 p. 100 de l'effort policier?

M. Dulex: Sur 600 personnes, 60 personnes plus les opérations le supportant, entre 15 à 20 p. 100. Je l'estime d'une manière imprécise.

Le président: Si toutefois vous vouliez nous envoyer des informations par la suite pour approfondir une affirmation, vous êtes le bienvenu.

M. Dulex: Nos efforts financiers sont en général des efforts de salaires.

The Chairman: For a few minutes, I will try to compare the effectiveness of enforcement on the whole issue of consumption. I will begin by providing you with some approximate Canadian figures.

In Canada, less than 2 per cent of all drug users are criminalized; their actions lead to police action and wind up before the courts. This is a very small number, 2 per cent. What is the figure in Switzerland?

Mr. Dulex: I cannot provide you with any figures, but I would presume that the number is very small as well because there is a lot of private clandestine consumption that does not get included in the statistics. This is a black figure.

The Chairman: Thirty-seven thousand charges were laid in the year 2000. That is a tremendously high number for a population of 7 million, given that we know that drug use in Switzerland is not as high as it is in North America. This figure is relatively high. This is why we would appreciate your assessing the information and providing us with your results.

Mr. Dulex: I appreciate that Switzerland has a population of 7 million, but Switzerland is a small hub in the centre of Europe where we have a tremendous amount of movement, day after day. A large number of what we call French, German and Austrian nationals come to work in Switzerland and then leave. We are simply a crossing point in Europe. This explains why the 7 million are not representative of the percentage you gave.

The Chairman: There is a floating population which is included in the 37,000 charges laid in 2000.

Mr. Dulex: A large percentage of these charges pertain to foreigners.

The Chairman: We saw that in the data.

Mr. Dulex: I was only able to provide you with data on traffickers because we monitor it.

The Chairman: That's interesting. We will write you in order to obtain greater clarification in this area. I would like to go back to the issue of cannabis. Earlier, you gave your opinion on the new proposed measures. You appeared to be very positive about the theory stating that cannabis was a gateway drug leading to harder drugs.

Do you have any scientific data that prompts you to make such a conclusion?

Mr. Dulex: No. In our opinion, this is a fact. We say this based on what we know and from those we have dealt with regularly who have gone down this road. This is based on our experience and this is why I said this. I have no scientific basis and I do not want to quarrel with studies. In the field, the people you meet, the people you stop or apprehend, have gone this road.

The Chairman: Cannabis or similar products were, for these people, gateway drugs, everything started with that. We have no scientific data to support this theory. We have heard experts from several countries and this theory cannot be supported. On the

Le président: Pour quelques instants, je vais tenter de comparer l'efficacité de la répression sur l'ensemble de la consommation. Je vais commencer par vous donner des chiffres approximatifs canadiens.

Au Canada, moins de 2 p. 100 des consommateurs de toutes drogues confondues sont criminalisés; leurs actions génèrent une action policière et se rend jusque devant les tribunaux. C'est très minime, 2 p. 100. Qu'en est-il chez vous?

M. Dulex: Je ne peux pas vous donner de chiffres, mais je présume que c'est très minime aussi parce que vous avez de la consommation clandestine sur les niveaux privés en masse qui ne fait pas partie de la statistique. C'est un chiffre noir.

Le président: Il y a eu 37 000 dénonciations en l'an 2000, c'est énorme sur une population de 7 millions d'habitants, compte tenu de ce qu'on sait des niveaux de consommation en Suisse qui sont plus bas qu'en Amérique du Nord, ce chiffre est relativement élevé. C'est pour cette raison que j'apprécierais que vous examiniez vos informations et que vous nous en fassiez part.

M. Dulex: Je veux bien que la Suisse ait 7 millions d'habitants, mais la Suisse est une petite plaque tournante au centre de l'Europe où nous avons un mouvement énorme, jour après jour. Nous avons ce que nous appelons des ressortissants Français, Allemands, Autrichiens en masse qui viennent travailler en Suisse et qui ressortent. Nous ne sommes qu'une surface de passage en Europe. C'est pour cette raison que les 7 millions ne sont pas représentatifs du pourcentage que vous donnez.

Le président: Il y a une population flottante qui se retrouve dans les 37 000 dénonciations reçues en l'an 2000.

M. Dulex: Il y a une très forte participation étrangère.

Le président: Nous l'avons vu dans les données.

M. Dulex: Je n'ai pu le donner que pour les trafiquants parce que nous le contrôlons.

Le président: C'est intéressant. Nous vous écrirons pour avoir plus de précisions sur ce domaine. J'aimerais en revenir à la question du cannabis. Vous avez émis une opinion tout à l'heure sur les nouvelles mesures proposées. Vous semblez très affirmatif sur la question de la théorie qui veut que le cannabis soit la drogue d'entrée dans une trajectoire qui mène à des drogues plus dures.

Avez-vous des données scientifiques qui vous amènent à arriver à cette conclusion?

M. Dulex: Non. C'est un fait pour nous. Cela est dû à ce que nous connaissons et ceux à qui nous avons affaires régulièrement ont fait ce chemin. C'est notre expérience et c'est pour cela que je le dis. Cela n'a rien de scientifique et je ne me mets pas en bagarre avec des études. Dans le champ, ceux que vous rencontrez, arrêtez ou appréhendez, ont fait ce chemin.

Le président: Le cannabis ou les produits similaires étant pour ces gens des drogues d'entrée, le parcours commence là. Nous n'avons aucune donnée scientifique qui nous amène à soutenir cette théorie. On a entendu des experts de plusieurs pays et on ne

contrary, it can be concluded that this is not a gateway drug. However, as you have pointed out, most heroin users have taken cannabis at one time in their life.

Mr. Dulex: It should be noted, however, that in our young people, we have a relatively high average of deaths caused by overdose.

The Chairman: I believe it is declining.

Mr. Dulex: It should be mentioned that there are a larger number of older people taking hard drugs. It is not quite as frequent among the young people we are dealing with.

The Chairman: The significant decrease for Switzerland as a whole is not as pronounced in the case of Zurich. Is there any explanation for this? In 1991 you reached a high point with 116 drug-related deaths. The present figure is 50. That is a 50 per cent drop. When the 1992 figure for all of Switzerland was 419 dropping to 181 in 1999 and then rising to 205 in the year 2000, why would the statistics be different for the City of Zurich? Maybe I am misinterpreting the information.

Mr. Dulex: It may be a bit uncertain to make a judgment based on these figures considering how small the figures are for Zurich. I cannot give you any more specific explanations but considering the decrease from 116 in 1991 to 82 in 1992, I can only point out that we did close the Needle Park scene in February 1992 and that there was a period of some months of activity after that.

The Chairman: Judging from the number of heroin seizures in your Canton of Zurich, the presence of heroin is enormous. That may explain the difference.

It was very interesting to have this dialogue with you and to learn from your experience. Once again we thank you for accepting our invitation and travelling to see us.

Our last witness this afternoon is Dr. Ambrose Uchtenhagen who is a professor with the Addictions Research Institute.

Dr. Uchtenhagen, you heard my preliminary remarks to the other witnesses. We try to fit the presentation and the questions in a period of one hour and thirty minutes. If we have any additional questions at the end, I shall put them to you in writing. Our questions and your answers will be entered on the committee's Internet site.

[English]

Dr. Ambros Uchtenhagen, Retired Professor, Addiction Research Institute: In 1970, in the framework of psychiatric university services, I set up the first specialized services for drug addicts in our country. For many years I chaired the cantonal drug committee as well as a European research network, financed by the European Commission, called "Evaluation of Action Against Drug Abuse in Europe." Since my retirement as director of Psychiatric University Hospital, I have been president of this addiction research institute, which is a foundation attached to the

peut pas soutenir cette théorie. Au contraire, on peut conclure qu'il ne s'agit pas d'une drogue d'entrée. Par contre, comme vous le soulignez, la très grande majorité des consommateurs d'héroïne ont consommé du cannabis à un moment donné dans leur vie.

M. Dulex: Il faut cependant constater que parmi les jeunes, nous avons une moyenne assez élevée de décès par surdose.

Le président: Qui tend à diminuer?

M. Dulex: Il faut dire que les personnes d'âge supérieur sont surreprésentés dans la drogue dure. Nous le voyons moins chez les jeunes âges auxquels nous avons affaires.

Le président: La diminution notable pour toute la Suisse l'est moins pour Zurich. Y a-t-il une explication à cela? Disons que vous avez eu un point culminant en 1991 avec 116 décès liés à la drogue. Aujourd'hui, il y en a 50. Il y a une diminution de 50 p. 100. Alors que lorsqu'on regarde la diminution de 1992 à 419 pour toute la Suisse et on descend à 181 en 1999 et qu'il y a une remontée à 205 en l'an 2000, pourquoi la ville de Zurich aurait une statistique différente? Peut-être est-ce que je comprends mal cette information.

M. Dulex: C'est peut-être un peu aléatoire de juger de ces chiffres lorsqu'on voit Zurich avec les petits chiffres que nous avons. Je n'ai pas d'explication beaucoup plus précise, mais voyant la diminution de 116 à 82 de 1991 à 1992, je constate quand même que nous fermions la scène du Needle Park en février 1992 et qu'à la suite de cela, il y a quand même quelques mois.

Le président: Si on regarde le nombre de saisies d'héroïne dans votre canton à Zurich, la présence d'héroïne est énorme. C'est peut-être ce qui explique la différence.

Ce fut fort intéressant de dialoguer avec vous et d'apprendre de votre expérience. Nous vous remercions encore de vous être déplacé et d'avoir accepté notre invitation.

Notre dernier témoin cet après-midi est le docteur Ambrose Uchtenhagen, professeur à l'Institut de recherche sur les addictions.

Docteur Uchtenhagen, vous avez entendu les remarques préliminaires que j'ai faites à tous les autres témoins. Nous tentons de contenir, dans une durée d'une heure trente minutes, la présentation et les questions. Si, à la fin, nous avons des questions additionnelles, je vous écrirai. Nos questions et vos réponses seront inscrites au site Internet du comité.

[Traduction]

M. Ambros Uchtenhagen, professeur (retraité), Institut de recherche sur les addictions: En 1970, dans le cadre des services universitaires psychiatriques, j'ai mis sur pied les premiers services spécialisés pour toxicomanes dans notre pays. J'ai présidé pendant plusieurs années le Comité cantonal sur les drogues de même que le réseau de recherche européen, financé par la Commission européenne, et appelé «Évaluation du plan d'action antidrogue de l'UE». Depuis que j'ai quitté mon poste de directeur à l'hôpital universitaire psychiatrique, je préside

university. I receive no subsidies, and I live exclusively on research contracts. I am absolutely free to decide which projects I want to tackle.

I have been asked to present to you a summary of the project which has made discussion of Swiss treatment an international topic again. I am referring, of course, to heroin-assisted treatment for refractory heroin addicts, a project that started in 1994, after several years of preparation time. I want to concentrate on the main facts and not give you too many figures. However, I am prepared to answer all your questions.

I will speak briefly about the heroin epidemic that started in about 1971 with an estimated number of 0.5 per cent of the total population. As your chairman has already remarked, there is an elevated prevalence of heroin dependence in our country. That is perfectly in line with a high addiction liability in terms of other substances in our population such as alcohol, tobacco and prescription medications.

Care for addicts was traditionally in the hands of non-governmental organizations, but since the arrival of the heroin epidemic, public agencies and private doctors have engaged in that care as well, in the following sequence. First were the detox-type, or American-type, therapeutic communities. Since 1975, following a major revision of our narcotics laws, there has been methadone maintenance. Since 1988, there have been harm reduction measures and, as you already have heard, repression. Finally, there was the closure of open drug scenes, and, as one of the main elements of the new national policy, heroin-assisted treatment.

You can see that the priority of the response at the outset was along the lines of educating people to live a drug-free life, but then came the evidence that not everyone is able to do so. The sequence in the years following 1975 is along the lines of caring for those who are unable to lead drug-free lives.

Addicts for whom other treatments have repeatedly failed are the main recruiting target population of heroin-assisted treatment. An objective of the program was to avoid premature dropping out of treatment programs. It would not make sense to invite addicts into a new therapeutic program only to have them repeat prior behaviour, that is, dropping out of treatment before it can have an effect.

Other objectives are to reduce illegal and not prescribed substance use in those who participate in the program; improvement of health status and of social integration; and, especially, reduction of drug-related and other delinquency. We wanted to compare heroin prescription with morphine and methadone prescription on the basis of specific international experience, of which you have knowledge, so we felt obliged to

l'Institut de recherche sur les addictions, fondation rattachée à l'université. Je ne reçois aucune subvention et je vis uniquement de contrats de recherche. C'est pourquoi je suis tout à fait libre de choisir mes projets de recherche.

On m'a demandé de vous résumer le projet qui a remis à nouveau sur la scène internationale le programme de traitement des toxicomanes offert en Suisse, et je parle évidemment du traitement d'assistance à l'héroïne destiné aux héroïnomanes réfractaires, projet démarré en 1994 après plusieurs années de préparation. Je veux me concentrer sur les points les plus importants, sans pour autant vous donner trop de chiffres, et je répondrai volontiers à toutes vos questions.

Je vous parlerai brièvement de l'épidémie d'héroïne qui a démarré vers 1971 et qui a touché environ 0,5 p. 100 de la population. Comme le disait le président tout à l'heure, notre pays souffre d'une prévalence assez élevée d'héroïnomanes, à l'image de la toxicomanie élevée à l'égard d'autres substances dans la population suisse, telles que l'alcool, le tabac et les médicaments d'ordonnance.

Les organisations non gouvernementales s'occupaient traditionnellement de dispenser des soins aux toxicomanes, mais à l'arrivée de l'épidémie d'héroïne, les organismes publics et les médecins privés se sont également engagés dans la lutte. Les premiers à s'engager furent les milieux thérapeutiques de type désintoxication, version américaine. Puis, il y a eu le programme d'entretien à la méthadone à partir de 1975, qui a suivi une révision de fond en comble de nos lois sur les stupéfiants. Depuis 1988, nous avons introduit des mesures de réduction des méfaits et, comme on vous l'a déjà expliqué, des mesures de répression. Puis on a mis fin à la consommation ouverte et au traitement d'assistance à l'héroïne, un des éléments principaux de la nouvelle politique nationale.

Vous pouvez constater qu'au départ, on a mis tous les efforts dans l'éducation de la population afin de l'inciter à s'éloigner de la drogue, mais il est ensuite devenu évident que l'abstinence n'était pas possible pour tous. Par conséquent, à partir de 1975, on a décidé de s'occuper de ceux qui étaient incapables de s'éloigner complètement de la drogue.

Ce sont les toxicomanes pour qui les autres traitements ne cessent d'échouer qui constituent la population cible des traitements assistés à l'héroïne. Un des objectifs du programme, c'était justement d'éviter que ces gens décrochent de façon prématurée des programmes de traitement. En effet, il était illogique d'inviter des toxicomanes à s'inscrire à un nouveau programme thérapeutique, puis de les voir reprendre leurs anciennes habitudes, c'est-à-dire décrocher avant que le traitement ne fasse effet.

Parmi nos autres objectifs, nous avons voulu réduire l'utilisation de substances illégales et non prescrites chez ceux qui prennent part au programme; améliorer leur santé et leur intégration sociale; et surtout réduire la délinquance due à la drogue et à d'autres facteurs. Nous voulions comparer la prescription d'héroïne avec la prescription de morphine et de méthadone en nous fondant sur l'expérience internationale dont

compare this approach with morphine and methadone treatments, because morphine and methadone treatments would have caused less controversy than prescribing heroin.

Another objective is the referral to regular treatment programs after stabilization, so that people can find their way through the ordinary therapeutic system.

The design for the main study — the prospective longitudinal cohort study and observational study — was to document and see what happens to people who engage in such a program. Such studies concerned the comparison to intravenous morphine or intravenous methadone via so-called randomized controlled or double-blind sub-studies. The entry criteria for those who wanted to participate in the program were restrictive. It was not a low-threshold program: minimal age, minimal duration of dependence on heroin, documented health and/or social deficits. No one consuming heroin without problems or without failed previous treatments should be accepted into the program. No one should be accepted as a first treatment in this program.

Data sources used in the study were self-report data from the participants, laboratory data, including urine analysis and staff observations, and police data to corroborate the self-report data of the participants.

Following are the main results of the randomized and double-blind sub-studies. Methadone and morphine, when offered intravenously, have a low acceptance in randomized samples. Retention in those two arms, methadone and morphine intravenously applied, is lower, with higher drop-out rates compared to heroin intravenously applied, as well as in the double-blind condition where patients did not know what they were receiving. Morphine still resulted in a much higher drop-out rate, mainly due to differences in side effects.

With respect to compliance with the rules of the program, in the methadone and morphine groups, we had higher rates of illegal heroin and cocaine consumption as compared to the heroin group.

We had to carefully document the side effects of diamorphine, which is the pharmaceutical term for heroin, in heroin-assisted treatment because one of the primary objectives of treatment is not to do harm to your patients. We had to document side effects because the side effects of illegal street heroin are not comparable to those of pharmaceutical heroin. Allergic reactions following injection were the main side effects, especially when applied intravenously. Patients also have the same allergic reactions, but

vous avez entendu parler, et nous nous sommes donc sentis obligés de comparer notre méthode aux traitements à la morphine et à la méthadone, étant donné que ceux-ci suscitaient beaucoup moins de controverse que les traitements de prescription d'héroïne.

Nous avons aussi comme objectif qu'une fois stabilisés, nos clients soient renvoyés aux programmes de traitement courants pour qu'ils puissent trouver leur place dans le système thérapeutique offert à l'ensemble de la population.

L'objectif de l'étude principale — c'est-à-dire l'étude longitudinale et prospective des cohortes ainsi que l'étude d'observation — était de suivre ce qu'il advient de ceux qui prennent part à un programme de ce genre et de documenter leur situation. Ces études portaient sur la comparaison aux programmes de morphine ou de méthadone par voie intraveineuse, selon la méthode des études secondaires dites aléatoires contrôlées ou à double insu. Les conditions d'admission au programme étaient très restrictives. Il ne s'agissait pas d'un programme à seuil bas: il fallait avoir un certain âge, avoir été héroïnomane pendant un certain temps et présenter des déficits de santé et sociaux documentés. Le programme n'était ouvert à aucun héroïnomane ne présentant aucun problème ou n'ayant jamais auparavant échoué à des traitements. Autrement dit, ce programme ne devait pas être considéré comme un premier traitement.

Quant aux sources de données pour l'étude, il s'agissait des données déclarées par les intéressés, de données de laboratoire, notamment l'analyse d'urine et les observations du personnel, ainsi que les données policières destinées à corroborer les dires des intéressés.

Voici maintenant les principaux résultats des études secondaires aléatoires et à double insu. La méthadone et la morphine par voie intraveineuse ont un taux d'acceptation faible dans les échantillons aléatoires. La rétention était plus faible dans les programmes de traitement de méthadone et de morphine par intraveineuse, c'est-à-dire que les taux de décrochage étaient plus élevés si on les comparait au traitement à l'héroïne par voie intraveineuse, et il en allait de même pour les traitements à double insu au cours desquels les patients ne savaient pas ce qu'ils recevaient. Quant aux traitements à la morphine, le taux de décrochage était encore plus élevé, en raison principalement des effets secondaires.

En ce qui concerne le respect des règles du programme, les groupes de traitement à la méthadone et à la morphine démontraient des taux plus élevés de recours illégal à l'héroïne et à la cocaïne par rapport au groupe de patients traités à l'héroïne.

Nous avons dû documenter avec soin les effets secondaires de la diamorphine, terme pharmaceutique de l'héroïne, lors des traitements assistés à l'héroïne, étant donné que l'un des objectifs principaux du traitement c'est d'éviter de nuire aux patients. Nous avons donc documenté les effets secondaires, étant donné que les effets secondaires de l'héroïne consommée illégalement dans la rue ne sont pas comparables à ceux de l'héroïne dite pharmaceutique. Les réactions allergiques suivant l'injection constituaient les effets

less frequently, after intramuscular injection, which is for patients whose veins are so destroyed that they can no longer inject into their veins. Intoxication following injection is the second side effect, but I may mention that not a single case of fatal overdose has resulted from prescribed heroin among the thousands of patients who have followed this program so far.

The third main side effect is epileptic seizures following injection, which are mainly due to a temporary deficit of oxygen saturation in the brain. Adequately instructing the patients not to lie down or sleep after injection can minimize this side effect.

What are the main findings of the cohort study and not of these mainly pharmaceutical studies? We did not know beforehand whether the whole program would be politically and financially feasible. Only part of the budget came from central government. It is quite important to note that funding had to be found from cantonal or municipal authorities and, in the course of the program, voluntary contributions from health insurance were available.

The safety of patients — as mentioned, no one died from an overdose — and the safety of the staff, that is, protecting staff from aggressive activities was feasible, as was the safety of the environment. The environment in the program was safer as compared to the environment of the injection rooms where a certain amount of purchasing of new drugs would take place.

As to the highly significant reduction in substance use, illegal heroin use dropped significantly. Of course, that is not surprising since the person is being given heroin. The same was true of cocaine use, which was the main reason we stopped the preliminary study with cocaine prescription, which was part of the overall study. We did not see any reduction in the use of cannabis in these patients, but that was of no importance to the health and the social outcome.

Significant improvements in mental health status, a reduction in depressive and paranoid episodes and a reduction in suicide attempts, which are frequent in this population, as well as physical health improvements could be seen. With respect to social integration, there was a significant reduction of delinquency, based on the self-report and police data, and from the central register for court cases.

Crime has been reduced in the participants, particularly crimes that are typical of drug abusers, but also other types of crime.

The majority of those who left the program in the first three years of the study switched to regular follow-up treatment, drug-free treatment or methadone treatment. One of the main questions for the follow-up study was whether they had a better result this time than before coming to heroin-assisted treatment. The follow-up study could assert that improvements are stable at follow-up, including the discharged patients.

secondaires principaux, particulièrement dans le cas de consommation par voie intraveineuse. Dans le cas des injections intramusculaires faites aux patients dont les veines sont à ce point détruites qu'elles ne peuvent plus supporter d'injections, on constate les mêmes réactions allergiques, mais moins fréquemment. Comme deuxième effet secondaire, on a constaté l'intoxication à la suite de l'injection, mais je précise qu'il n'y a eu aucun cas de surdose fatale chez les milliers de patients traités à l'héroïne qui ont suivi le programme jusqu'ici.

Le troisième effet secondaire en importance que nous avons constaté, ce sont des crises d'épilepsie suivant l'injection, dues principalement à un déficit temporaire d'oxygène dans le cerveau. En prévenant bien les patients de ne pas s'étendre ni de dormir après l'injection, on peut minimiser cet effet.

Quelles sont les principales conclusions de l'étude des cohortes par opposition aux études principalement pharmaceutiques? Nous ne savons pas d'entrée de jeu si notre programme serait accepté du point de vue politique et s'il serait financé. Seule une partie de notre budget nous provenait du gouvernement central. Il faut noter que les autorités cantonales et municipales ont dû nous financer et, en cours de route, que nous avons pu profiter de contributions volontaires d'assurance-santé.

Nous avons réussi à assurer la sécurité des patients — je répète qu'il n'y a eu aucun décès dû à une surdose —, celle de notre personnel, en le protégeant d'agressions éventuelles, et celle du milieu. En effet, grâce à notre programme, le milieu environnant était plus sûr pour nos patients que les salles d'injection, où il pouvait y avoir du trafic de drogues.

Quant à la réduction de l'utilisation de ces substances, on a constaté que le recours illégal à l'héroïne avait chuté considérablement, ce qui ne doit pas surprendre puisque le patient se voit donner de l'héroïne. Il en va de même pour l'utilisation de la cocaïne, ce qui explique que nous ayons interrompu l'étude préliminaire d'ordonnance de cocaïne qui faisait partie de l'étude globale. Nous n'avons constaté aucune diminution dans l'usage de cannabis chez nos patients, mais cela n'avait aucune incidence sur les résultats de santé et d'intégration sociale.

Nous avons noté des améliorations marquées en santé mentale, une réduction d'épisodes de dépression et de paranoïa de même que de tentatives de suicide qui sont fréquentes dans cette population, et aussi une amélioration de la santé physique. Quant à l'intégration sociale, nous avons constaté une réduction marquée de la délinquance, selon les dires des intéressés et les données policières et selon le registre central des tribunaux.

Il y a eu réduction des crimes chez les participants, en particulier des crimes typiques chez les toxicomanes.

La majorité de ceux qui ont laissé notre programme dans les trois premières années de l'étude sont ensuite passé à la post-cure, au traitement sans drogue ou au traitement à la méthadone. Une des grandes questions que se posait l'étude de suivi, c'était s'ils avaient eu de meilleurs résultats cette fois-ci qu'avant de suivre un traitement d'assistance à l'héroïne. Or, l'étude de suivi a pu confirmer que les améliorations sont stables lors de la post-cure, y compris pour les patients sortants.

As to mortality rates, one of the main issues was to protect people from premature death. In the second year of the study, 1995, we had an elevated rate of mortality, which was mainly due to a high prevalence of HIV infections, AIDS cases and a high incidence of hepatitis in this population. In the following years, the rate of mortality went down, until last year. We are now studying what that elevated death rate means. These are deaths during treatment or within 30 days of leaving the program. The death rate in the overall cohort after a person has left the program for longer than 30 days is different. It is more elevated.

The next item deals with stability of change after discharge and it is a short overview of the relapse rates of those who left the program. Daily cocaine use was found in about 12 per cent at follow-up in those who could be contacted. That represented the great majority of the probands. You can see quite a difference among relapse figures for those who were still in treatment, those who had follow-up treatment and those who had no follow-up treatment. The lower relapse rate in those with follow-up treatment is due not only to a will to be treated and to shake the habit, but also to the influence of the treatment chosen.

The figures are the same for cocaine users who returned to delinquency. There were low relapse rates especially in those who went for follow-up treatment but the figures were a bit higher for those who had no follow-up treatment. Overall, returning to the old habit of delinquent behaviour was pretty low, at 11 per cent. "Same contact" means having mainly contact with other active drug users. The relapse rates for that group were in a similar range.

Being Swiss, we also wanted to know how good was the benefit of the resources put into this program. As you can see in the slide, the costs were roughly 50 Swiss francs per patient day in the program, and the calculated benefit, mainly due to the reduction of delinquency, was about 95 Swiss francs per patient day. We could document quite an important gain from the program. Everyone knows that not all the money came the same budgets, but the overall effect was quite obvious.

I now switch to the present state of this treatment. After having evaluated the first three years, the government took the decision to continue, based on the results I just showed you. As you heard earlier this morning, the government decree, which was accepted by the parliament and by a national referendum, ends the legislation in 2004, at which time it must be replaced by new legislation. At present, however, it can continue with 22 authorized clinics around the country prescribing intravenous heroin to patient loads of more than 1,100 patients by now — that was the exact figure from last year — with the highest mean age in all treatment programs in our country, with a mean duration of being on the program of 3.6 years, and with a proportion of male and female participants that resembles the

Quant aux taux de mortalité, l'un des grands objectifs, c'était de protéger contre une mort prématurée. Lors de la deuxième année de l'étude, en 1995, nous avons eu un taux élevé de mortalité, dû principalement à la prévalence élevée des infections au VIH, au sida et à une incidence élevée d'hépatites dans cette population. Or, le taux de mortalité a diminué au cours des années suivantes, jusqu'à l'an dernier. Nous sommes actuellement en train de nous demander comment interpréter ce taux de décès élevé. Il s'agit de décès survenus en cours de traitement ou dans les 30 jours avant la fin du programme. Toutefois, le taux de décès dans l'ensemble de la cohorte chez ceux qui avaient leur congé depuis plus de 30 jours est plus élevé.

Nous passons ensuite à la stabilité du changement après le congé, et nous donnons un bref aperçu des taux de rechute chez ceux qui ont obtenu leur congé. Chez ceux avec qui nous avons pu communiquer dans le cadre de notre étude complémentaire, nous avons constaté un recours quotidien à la cocaïne chez environ 12 p. 100 d'entre ceux qui représentaient la grande majorité des probands. On constate toute une différence dans les taux de rechute entre ceux qui suivaient toujours un traitement, ceux qui avaient suivi une post-cure et ceux qui n'en avaient pas suivi. Le taux de rechute plus faible chez ceux qui suivaient la post-cure est dû non seulement à la volonté de se faire traiter et de perdre cette habitude, mais aussi à l'influence du traitement choisi.

Les chiffres restent les mêmes chez les cocaïnomanes qui sont retombés dans la délinquance. Les taux de rechute étaient faibles particulièrement chez ceux qui suivaient une post-cure, mais les chiffres étaient un peu plus élevés chez ceux qui n'avaient pas suivi de post-cure. L'un dans l'autre, seuls 11 p. 100 d'entre eux, ce qui est assez faible, sont retombés dans leurs vieilles habitudes de comportement délinquant. Par «scene contact», nous entendons ceux qui ont principalement eu des contacts avec d'autres toxicomanes actifs et dont les taux de rechute sont similaires aux autres.

En bons Suisses, nous avons voulu savoir si le programme utilisait vraiment de façon rentable nos ressources. Comme vous le montre la diapositive, le programme coûtait environ 50 francs suisse par jour/patient, et les bénéfices calculés représentaient quelque 95 francs suisse par jour/patient, surtout à cause de la diminution de la délinquance. Cela représentait un gain important que nous pouvions documenter et qui était attribuable au programme. Même si toutes les sommes ne provenaient des mêmes budgets, l'effet global était manifeste.

Abordons maintenant l'état actuel du traitement. Après avoir évalué les trois premières années du programme, le gouvernement a décidé de le maintenir, en se basant sur les résultats que je viens de vous montrer. Comme on vous l'a expliqué ce matin, le décret gouvernemental, accepté par le Parlement et le référendum national, met fin à la mesure législative en 2004, lorsqu'elle sera remplacée par une nouvelle loi. Aujourd'hui, le programme peut être maintenu dans 22 cliniques autorisées du pays qui prescrivent de l'héroïne par intraveineuse à une population actuelle de 1 100 patients — c'était le chiffre exact de l'an dernier — dont la moyenne d'âge est la plus élevée de tous les programmes de traitement dans notre pays, dont la durée moyenne de séjour est de 3,6 ans et dont la proportion entre hommes et femmes est

same proportion we have in other treatment programs. Entries during last year were 282. New patient exits were less, which means that more patients tend to stay in the program now.

The present research program monitors who is coming into the program, the characteristics of the patient, the patient's history, the type of problem, who is leaving the program and what kind of services the patient needs during the program.

The clinical monitor is a special monitor that looks at the side effects, including the desired anti-effects, of the program and at a special study on psychiatric co-morbidity. The rate of psychiatric patients among these heroin addicts is elevated. This is what we call "co-morbidity." They are a special burden on staff working in these programs. Therefore, we had to set up a special study on what their specific needs are and how best we could help those patients.

In January of this year, diamorphine was registered as a drug for maintenance treatment of heroin addicts under the name of Diaphine. Switzerland is the first country in Europe that has introduced this. Some countries already have diamorphine registered as a drug for therapeutic purposes, but not for the maintenance treatment of heroin addicts. It is used as an analgesic.

The present conditions for heroin-assisted treatment are that it be used only in authorized clinics; that there will be no private doctors; and that there will be the political will to stick to this policy in the future.

The restrictive entry criteria have already been mentioned. There is, particularly, the stipulation that there must have been multiple previous treatments. Individual permission to enter the program is required from two authorities and those are the federal and the cantonal authorities.

A comprehensive diagnostic therapeutic program does not just involve prescribing heroin, it is a therapeutic program that is prepared to look at all the problems — that is, physical, medical, psychiatric and social problems — the person may be experiencing.

Supervised injections and the no-take-home policy are in sharp contrast to the British practice.

Duration of treatment is not limited, and that is based on the evidence that any administrative limitation of the duration of treatment is counter-productive, leading to relapse. The time for how long patients need methadone or other substitution programs is to be defined individually. Participation in the therapeutic and research program is mandatory. If you have a driver's licence, you must not use it for the time you are on the program. You are not allowed to drive a car or a motorbike while

conforme à celle que l'on remarque dans d'autres programmes de traitement. Il y a eu l'an dernier 282 nouveaux patients. Le départ de patients se fait en moins grand nombre, ce qui implique qu'un plus grand nombre de patients tendent à rester.

Le programme actuel de recherche permet de vérifier qui s'inscrit au programme, quelles sont les caractéristiques du patient, ses antécédents, le type de problème auquel il fait face, qui quitte le programme et quel type de services doivent être offerts au patient en cours de traitement.

Le moniteur clinique est un moniteur spécial qui se penche sur les effets secondaires du programme, y compris les effets contraires désirés, et qui se penche aussi sur une étude spéciale traitant de la comorbidité psychiatrique. En effet, le taux de patients psychiatriques chez les héroïnomanes est élevé, et c'est pourquoi nous parlons de «comorbidité». Il représente un fardeau particulier pour le personnel traitant, et c'est pourquoi nous avons dû lancer une étude spéciale portant sur leurs besoins spécifiques et sur la façon optimale de les aider.

En janvier dernier, la diamorphine a été inscrite à titre de médicament de traitement d'entretien pour héroïnomanes sous le nom de Diaphine. La Suisse est le premier pays européen à l'avoir fait. D'autres pays ont déjà inscrit la diamorphine comme médicament à des fins thérapeutiques, mais sans qu'il soit destiné aux héroïnomanes comme traitement d'entretien. Il est utilisé comme analgésique.

Pour que le traitement à l'héroïne fonctionne, il faut que certaines conditions s'appliquent: il ne doit être utilisé que dans les cliniques autorisées; il ne peut être donné par des médecins dans le privé; et il faut la volonté politique de maintenir le programme.

J'ai déjà parlé des critères de participation qui sont restrictifs. On stipule, notamment, que le patient doit avoir suivi déjà plusieurs autres traitements. Pour pouvoir participer au programme, le patient doit obtenir l'autorisation de l'administration fédérale et celle du canton.

Un programme de diagnostic thérapeutique global n'implique pas uniquement de prescrire de l'héroïne, mais doit aussi être prêt à tenir compte de tous les problèmes d'ordre physique et médical, psychiatrique et social que rencontre le patient.

Nos injections sous supervision et notre politique interdisant d'utiliser les drogues à domicile contrastent nettement avec la pratique en Grande-Bretagne.

Nous ne limitons pas la durée du traitement, car il a été démontré que toute limite administrative de la durée du traitement est improductive et mène aux rechutes. C'est individuellement que l'on décide combien de temps les patients recevront la méthadone ou suivront d'autres programmes de substitution. La participation au programme thérapeutique et au programme de recherche est obligatoire. Il est également interdit d'utiliser son permis de conduire pendant la période de

on the program. That stipulation is based on good intention: You should not drive under the influence of injected drugs.

We have just finished a second six-year follow-up study. The data from that study has not yet been published. All entries — that is, the complete cohort until March 1995 — are involved in this follow-up from eight clinics and 366 patients. During this time, 43 have met their deaths. Follow-up was made with face-to-face interviews by independent interviewers rather than by staff from the clinics. The attrition rate was 25 per cent, which means that for face-to-face interviews we could contact 75 per cent of all participants, including those who had left the program, which is pretty high and representative. Participation in follow-up treatment was not quite half of this cohort.

Referral to drug-free residential treatment was 24 per cent of those who had left the program, and to methadone maintenance 22 per cent of those who had left the program. This means that total referrals to other treatment was a bit lower than in the beginning, at almost 50 per cent.

What were the findings regarding daily illegal drug use by patients who are still on the program and by those who have left the program, who we refer to here as ex-patients? We checked the consumption of heroin, cocaine, tranquilizers, benzodiazepines and cannabis. What do we see here? Looking at the red bars, it indicates heroin use. “T0” is daily heroin use when entering the program, of those who are still on the program. “T6” is daily heroin use at follow-up, six years later, of those who are still on the program. It is absolutely minimal. Also the “A6,” which means those who had left the program, have seen an enormous reduction in daily heroin use. At entry, it is the same as those who are still on the program, and at follow-up about 20 per cent of those who left the program returned to daily heroin use.

Looking at cocaine figures, which are the yellow bars, you also can see highly significant reduction in those who are still on the program, but also in those who are out of the program. There is no reduction in cannabis, the grey bars, but also significant reduction in benzodiazepine use, that is, non-prescribed tranquilizers. This is an interesting finding, and the interpretation of this finding probably is that the good psychiatric care people get results in less need for non-prescribed tranquilizers. You probably know the so-called self-medication hypothesis — that people take drugs for improving their own state of mind in a kind of self-medication; and if they get proper treatment and proper medication, they need fewer drugs.

traitement. Vous ne pouvez donc conduire ni auto ni motocyclette, et cette interdiction se fonde sur la volonté de bien faire: on ne devrait pas conduire sous l'influence de drogues prises par injection.

Nous venons de terminer notre deuxième étude de suivi, six ans après, mais les données n'ont pas encore été publiées. Tous nos patients — c'est-à-dire la cohorte au grand complet jusqu'en mars 1995 — inscrits dans huit cliniques et au nombre de 366, font partie de ce suivi. Depuis le début de l'étude, 43 d'entre eux sont morts. Le suivi s'est effectué dans le cadre d'entrevues effectuées en vis-à-vis avec des interviewers indépendants plutôt qu'avec le personnel des cliniques. Le taux d'attrition ayant été de 25 p. 100, cela signifie que nous avons pu communiquer en vue des entrevues en vis-à-vis avec 75 p. 100 de tous les participants, y compris ceux qui avaient eu leur congé, ce qui est assez élevé et assez représentatif. En effet, la participation dans les postes-cures était à peine la moitié de ce que nous avons eu pour cette cohorte-ci.

Vingt-quatre pour cent de ceux qui avaient eu leur congé ont été aiguillés vers un traitement d'abstinence hors résidence et 22 p. 100 d'entre eux ont été aiguillés vers un programme d'entretien à la méthadone. Autrement dit, le total des renvois vers d'autres traitements était un peu plus faible qu'au début, un peu moins de 50 p. 100.

Quelles sont les constatations à propos de la consommation quotidienne des drogues illicites par des patients toujours en traitement et par ceux qui ont reçu leur congé et que nous appelons ici nos ex-patients? Après avoir vérifié la consommation d'héroïne, de cocaïne, de tranquillisants, de benzodiazépines et de cannabis, qu'avons-nous constaté? Regardez les barres rouges qui représentent le recours à l'héroïne. «T0» représente la consommation quotidienne d'héroïne à l'admission au programme de ceux qui sont toujours en traitement. «T6» représente la consommation quotidienne d'héroïne six ans plus tard, au moment des suivis, chez ceux qui sont toujours traités. C'est tout à fait minime. Quant au «A6», cette barre représente ceux qui ont reçu leur congé et dont la consommation quotidienne d'héroïne a diminué considérablement. Au moment de l'admission, les proportions sont les mêmes que pour ceux qui sont toujours traités, et au moment du suivi, environ 20 p. 100 de ceux qui ont reçu leur congé ont recommencé à consommer quotidiennement de l'héroïne.

Pour ce qui est de la cocaïne, représentée par la barre jaune, on constate également une réduction fort importante chez ceux qui suivent toujours un traitement, mais également chez ceux qui ont reçu leur congé. Il n'y a pas de réduction dans l'usage du cannabis, représenté par les barres grises, mais on constate une grande réduction dans le recours au benzodiazépine, c'est-à-dire aux tranquillisants non prescrits. Ce sont des constatations intéressantes, qui s'expliquent sans doute être par le fait que grâce aux bons soins psychiatriques que nos patients reçoivent, ils ressentent moins le besoin de prendre des tranquillisants non prescrits. Vous connaissez sans doute l'hypothèse dite de l'automédication: celui qui consomme de la drogue pour améliorer son état d'esprit s'autoadministre en quelque sorte un

Regarding social status of patients, you may see again that homelessness has practically disappeared in those who left the program. You can also see that illegal income — these are the red bars — has highly significant reductions in those who left the program, A0 to A6, but that unemployment did not change much. This is mainly due to the difficulties in the labour market to reinstate patients even when they are ex-drug users. Some have found a job and others have lost their jobs, so this is not a very good result. “Court cases” means new court cases pending, and there also you can see a tremendous reduction in new court cases in these patients.

What are the conclusions? Treatment-resistant heroin addicts can be reached and sufficiently retained in this type of treatment. Use of illegal and non-prescribed substances can be significantly reduced. Safe and stable dosages are feasible. I did not show you the figures on that, but one of the anxieties was that once you prescribe heroin people will need more and more, which is not the case. On the contrary, the average dosage slows down during participation in the program.

Side effects can be well-controlled by adjusting the dosage and by adequate care measures. Motivation to engage in drug-free treatment increased during treatment. There was not a decrease in motivation to get off drugs. The result was to the contrary. Health and social improvements are stable over time, and have been documented for six years.

What are the consequences of these findings? Heroin-assisted treatment will continue with restrictive indication as a kind of last resort. Suppose that the referendum results in a positive verdict. It will be available in authorized clinics only, which means that the authorization can be taken away if the rules are not followed by the clinics. Treatments other than heroin-assisted treatment will be optimized, and important steps in that direction have been taken. Heroin-assisted treatment should not replace any other treatment, but other treatments are qualitatively supported and staffs are supported to be even better than up to now.

There will be a coordinated monitoring of all treatment in a national statistic of addictions, and this will be the basis of continued comparative evaluation of outcome, including cost-effectiveness analysis. I have talked about the consequences in our country. I may mention that since we made our first study similar projects have seen the light in other countries. The Netherlands started a heroin co-prescription project, as they call it, in 1998, and the results will be published when they have been presented to parliament in March this year. Germany is implementing heroin-assisted treatment this year on a large scale in eight cities. Belgium

médicament; puis, s'il est bien traité et reçoit les bons médicaments, il ressent moins le besoin d'avoir recours aux drogues.

Pour ce qui est du statut social des patients, vous verrez encore qu'il n'y a presque plus de sans-abri chez ceux qui ont fini leur traitement. Vous constaterez également que les revenus de source illégale — c'est-à-dire les barres rouges — sont bien moindres chez ceux qui ont terminé leur traitement — de A0 à A6 — mais que le taux de chômage n'a pas changé énormément, ce qui est dû principalement aux difficultés qui existent sur le marché du travail lorsqu'on cherche à y réinsérer des patients, même s'ils n'utilisent plus de drogues. Les résultats sont assez mitigés, puisque certains d'entre eux ont trouvé un emploi et d'autres ont perdu le leur. Par «cas en instance», on entend les nouvelles causes en instance: vous pouvez aussi constater la diminution considérable des nouvelles causes en instance chez ces patients.

Que peut-on en conclure? Ce type de traitement permet d'atteindre les héroïnomanes ayant échoué dans les autres traitements et de les retenir suffisamment. La consommation de substances illicites et non prescrites peut être réduite considérablement. Il est possible de soigner avec des doses sûres et stables. Je ne vous ai pas montré de chiffres là-dessus, mais on craignait au début que de prescrire à des patients de l'héroïne les inciterait à en réclamer de plus en plus. Or, ce n'est pas le cas. Au contraire, la dose moyenne diminue au cours de leur participation au programme.

Il est possible de bien circonscrire les effets secondaires en ajustant la dose et en soignant adéquatement. En cours de traitement, la motivation à adhérer à un programme de soins sans drogue augmentait, et il n'y avait pas de perte de motivation à cesser de prendre des drogues. C'était tout le contraire. On a pu documenter pendant les six ans la stabilisation au fil des ans de la santé et des comportements sociaux.

Quelles conséquences peut-on tirer de ces conclusions? Le traitement de maintien à l'héroïne se poursuivra, mais de façon restrictive, à titre de dernier recours. En supposant que le référendum donne le feu vert au programme, il sera disponible uniquement dans les cliniques autorisées; autrement dit, l'autorisation pourra être retirée dès qu'une clinique déroge aux règles. Les traitements autres que le traitement à l'héroïne seront optimisés, et plusieurs mesures importantes ont été prises en ce sens. Le traitement à l'héroïne ne devrait remplacer aucun autre traitement, mais les autres traitements seront mieux soutenus, du point de vue de la qualité des soins et du personnel, qu'ils ne le sont actuellement.

Il y aura surveillance coordonnée de tous les traitements sous la rubrique «statistique nationale des assuétudes», qui permettra d'effectuer une évaluation comparative en continu des résultats, y compris une analyse de rentabilité. J'ai parlé des conséquences que cela pouvait avoir dans notre pays. Je mentionnerais que depuis notre première étude, des projets similaires ont vu le jour dans notre pays. Les Pays-Bas ont lancé un projet de coprescription de l'héroïne en 1998, dont les résultats seront publiés dès qu'ils auront été présentés au Parlement en mars prochain. L'Allemagne veut cette année élargir à huit villes son

has prepared a project that has not yet found approval of the government. France is looking into authorizing a heroin prescription project that already has been designed. Canada is engaging in the NAOMI, the North American Opiate Maintenance Initiative. Spain has formulated two projects that are waiting for government approval. It is interesting to see that other countries with a heavy heroin problem are looking at the same type of additional treatment options for those who have not profited from other treatment. That is a main feature of all these projects as far as they are documented.

The WHO, as you know, has made an expert report on the Swiss experience, confirming their findings but advocating additional research efforts, which are needed. These recommendations have been taken into consideration in the Dutch and German projects. Finally, the UN organization in Vienna has been very concerned about our efforts, but they always gave the green light to continue what we had proposed to them.

The Chairman: Just to follow up on your last remark, what is the reaction in Vienna to the findings of the two analyses you made?

Dr. Uchtenhagen: They did not make many comments on the results. Their main concern is — and I can well understand this — that such a project may be run well in a well-organized country, but it may show very different results in a less well-organized country, where diversion into the black market, for instance, or unreliability of data are more common. That is the main concern.

The Chairman: They already have that concern with other drugs, so it is not new.

[Translation]

The Chairman: How is the heroin supplied to the clinics? Through diamorphine?

[English]

Dr. Uchtenhagen: First, it was a state secret. I can tell you, we imported it from France; when it became public knowledge that we had it from France, the French government put a stop to it.

The Chairman: I know it was here in Canada; it was one of the big concerns they had with the NAOMI project.

Dr. Uchtenhagen: Now we produce it in our country. Other countries that are now engaging in similar projects have applied to get it from the Swiss source.

[Translation]

The Chairman: Why was cocaine withdrawn from your project at the very outset?

programme de traitement d'entretien à l'héroïne. La Belgique a préparé un projet qui n'a pas été encore approuvé par son gouvernement. La France a conçu son propre programme de prescription d'héroïne qu'elle cherche à faire autoriser. Le Canada entreprend l'initiative NAOMI, initiative nord-américaine d'entretien aux opiacés. Quant à l'Espagne, elle a formulé deux projets qu'elle a présentés au gouvernement pour approbation. Il est intéressant de constater que les pays aux prises avec un énorme problème d'héroïne se tournent vers le même genre d'options supplémentaires de traitement pour ceux qui n'ont pas réussi à s'en tirer grâce à d'autres traitements. Cela constitue l'un des aspects les plus importants de tous ces projets, d'après ceux qui sont documentés.

Vous savez que l'OMS a déposé un rapport d'expert sur l'expérience de la Suisse et confirme nos conclusions tout en prônant d'autres efforts de recherche, bien nécessaires. Les projets hollandais et allemands ont d'ailleurs tenu compte de ces recommandations. Enfin, le bureau viennois de l'ONU s'est beaucoup inquiété devant nos travaux, mais a toujours donné le feu vert à nos projets.

Le président: Justement, comment réagit-on à Vienne devant les conclusions de vos deux dernières analyses?

M. Uchtenhagen: On n'a pas commenté nos résultats. Ce qui préoccupe beaucoup l'ONU — et je peux comprendre pourquoi — c'est qu'un projet de ce genre peut bien être mené judicieusement dans un pays bien organisé, mais qu'il pourrait donner lieu à des résultats tout autres dans un pays moins bien organisé, sujet au marché noir ou à des données non fiables. Voilà ce qui préoccupe surtout.

Le président: Il n'y a rien de neuf là-dedans, puisque l'on s'est déjà dit préoccupé par cela dans le cas des autres drogues.

[Français]

Le président: Dans les cliniques comment se fait l'approvisionnement en héroïne? Via la diamorphine?

[Traduction]

M. Uchtenhagen: Au départ, c'était un secret d'État. Mais je peux vous le révéler: nous l'importions de France; mais lorsqu'il est devenu de notoriété publique que nous l'importions de la France, le gouvernement français y a mis un frein.

Le président: Je sais que c'était un problème ici au Canada avec le projet NAOMI.

M. Uchtenhagen: Aujourd'hui, la production se fait dans notre propre pays, et d'autres pays qui veulent se lancer dans des projets semblables ont présenté une demande pour s'approvisionner en Suisse.

[Français]

Le président: Pourquoi avoir retiré la cocaïne de votre projet dès le début?

[English]

Dr. Uchtenhagen: Our government said that, once we engage in such a difficult exercise, we want to profit in every way we can, eventually including cocaine prescription. We did so, prescribing non-tobacco cocaine cigarettes. We did so for about three months for a limited number of heavy cocaine users.

We evaluated the findings, and found that some of those patients could cope perfectly well with the cocaine cigarettes without reverting to injecting cocaine. This was the positive part of it. The negative part was that others, when they had cocaine cigarettes, felt a stronger urge to have a strong dose of coke intravenously, and their consumption rose higher than before. It was a mixed bag of results, which made us very cautious.

The second reason we were very cautious is that the effects of cocaine are so different from the effects of heroin. With cocaine, you may introduce a paranoid psychosis, even in a person who never had psychosis before, which is not the case for heroin. Being doctors, we are very reluctant to introduce psychosis in one of our patients. However, the main reason we discontinued this line was the finding that cocaine use in those who did not receive cocaine was also diminishing. As you have seen, the figures for daily cocaine use were reduced consistently and highly significantly, so why prescribe cocaine in a project where cocaine use is going down. These are the main reasons they discontinued the project.

This did not affect us as researchers, but politicians in our country were very happy that cocaine prescription was discontinued because prescribing cocaine would have caused even more controversy than prescribing heroin.

[Translation]

The Chairman: As you explained, there are 22 clinics operating in your country. That means the treatment is not being offered to all the Swiss citizens in need of it. Could you give us some idea of the importance of public opinion?

The results of a recent referendum indicate that a majority of the Swiss population supports this type of treatment. Can you tell me how the situation has evolved and how you perceive it?

[English]

Dr. Uchtenhagen: I cannot say what people think, but I am disposed to think that seeing the effects of the project — not only the scientific results, but the disappearance of drug scenes in the cities — has had a major influence in this shift of public opinion. One of the advantages of the repeated referenda was the very intensive public debate on the issue. Every fact and all the figures

[Traduction]

M. Uchtenhagen: Notre gouvernement a décidé que s'il devait se lancer dans un exercice aussi périlleux, il voulait en profiter de toutes les façons possibles, y compris en prescrivant éventuellement la cocaïne. C'est ce que nous avons fait, en prescrivant des cigarettes sans tabac à la cocaïne à un petit nombre de grands cocaïnomanes pendant trois mois.

En évaluant les résultats, nous avons constaté que certains de ces patients pouvaient fonctionner très bien avec les cigarettes à la cocaïne sans retomber dans l'injection de cocaïne. Voilà pour l'aspect positif. Du côté négatif, nous avons vu que d'autres cocaïnomanes, lorsqu'ils fumaient des cigarettes, ressentaient un besoin encore plus impérieux de s'injecter une dose encore plus forte de cocaïne, ce qui faisait grimper encore plus leur consommation. Les résultats étaient donc mitigés, ce qui nous a rendus très prudents.

La deuxième raison pour laquelle nous avons été très prudents, c'est que les effets de la cocaïne diffèrent grandement de ceux de l'héroïne. La cocaïne peut induire une psychose paranoïaque même chez celui qui n'a jamais souffert auparavant de psychose, ce qui n'est pas le cas de l'héroïne. Nous, médecins, nous ne voulons surtout pas induire une psychose chez l'un ou l'autre de nos patients. Toutefois, si nous avons décidé d'abandonner ce type de traitement, c'est principalement parce que nous avons constaté que l'utilisation de la cocaïne diminuait aussi chez ceux qui n'en recevaient pas. Comme vous avez pu le voir, les chiffres d'utilisation quotidienne de cocaïne ont chuté de façon constante et considérable; dans ce cas, pourquoi prescrire la cocaïne dans le cadre d'un projet si l'utilisation de la cocaïne diminue de façon globale? Voilà pourquoi nous avons mis fin au projet.

Cela n'a pas eu d'incidence sur nous comme chercheurs, mais les dirigeants politiques de notre pays ont été heureux qu'on cesse de prescrire de la cocaïne aux toxicomanes parce que cette pratique aurait suscité une controverse encore plus vive que celle de prescrire de l'héroïne.

[Français]

Le président: Comme vous nous l'avez démontré, 22 cliniques sont en opération dans votre pays. Cela démontre que le traitement n'est pas offert à tous les Suisses qui en auraient besoin. Pourriez-vous nous indiquer l'importance de l'opinion publique?

Les résultats d'un référendum récent démontrent qu'une majorité de Suisses appuient l'application de ce traitement. Racontez-nous comment s'est effectuée cette évolution et quelle en a été votre perception?

[Traduction]

M. Uchtenhagen: Je ne peux pas vous dire précisément ce que pensent les gens, mais j'ai tendance à croire que les résultats du projet — pas seulement les résultats scientifiques, mais le fait qu'ils ont mené à la disparition des lieux de consommation ouverte de drogue dans les villes — expliquent en grande partie ce changement dans l'opinion publique. La tenue de plusieurs

that were handed out were debated, so the preconceived opinions about heroin changed significantly.

People, in a majority, are convinced that heroin can be prescribed without killing the patient or causing major disadvantages for the patient, even though heroin is the killer drug on the streets. This discrepancy, I think, is now understood by our population.

We also were concerned about the image of heroin in the perception of young people. We were extremely concerned that changing the perception of heroin from a killer street drug to a prescribed medication could give young people the notion that heroin is not really harmful and that they could experiment with it. We found that the image of heroin has never been so low than at the end of this heroin trial, and especially the image of the heroin user. It is quite understandable that the career of a person who has to come forward three or four times a day for supervised injection is not attractive to young people.

We also found that the decision to experiment with illegal drugs is not dictated by the legal status of the drug but by the perceived risks and danger. There, the differences between heroin on the one hand and cannabis on the other hand could not be greater.

Senator Christensen: Therefore, it seems that the higher the risk, the more popular the drug was.

Dr. Uchtenhagen: When the risk was higher, there was less intention to ever take it in your hands.

[Translation]

The Chairman: Could you describe to us a day in the life of a patient at one of your clinics?

[English]

Dr. Uchtenhagen: When he awakes in the morning, he feels the urge for the next injection.

The Chairman: Where is he living? I have seen on the chart that he is not homeless. He is living somewhere.

Dr. Uchtenhagen: He lives alone, somewhere, and some have returned to their families. In the course of the program, reconciliation with the family of origin is often the case. However, at such an age, many choose to live on their own. It is a fascinating experience to see how many of these patients find an apartment for themselves. It was our feeling that they would be “non-acceptable” in a normal, multi-family house. On the contrary, many owners of houses are happy to rent apartments to these people because the rent is guaranteed by the social agency responsible for the patient. Therefore, this is not really a problem.

référéndums sur le sujet a eu notamment pour avantage de susciter un vif débat. Tous les faits et toutes les statistiques ont été débattus, ce qui a amené un changement dans les opinions reçues au sujet de l'héroïne.

La majorité des gens savent maintenant que l'héroïne peut être prescrite sans que cela tue le patient ou lui cause beaucoup de tort même s'il est vrai que l'héroïne est une drogue qui tue lorsqu'elle est consommée dans la rue. Je crois que la population de notre pays comprend maintenant ce paradoxe.

Nous nous inquiétions aussi de la perception que se feraient les jeunes de l'héroïne. Nous craignons que le fait que l'héroïne au lieu d'être perçue comme une drogue pouvant tuer soit maintenant vue comme une drogue pouvant être prescrite amène les jeunes à penser qu'elle n'était pas vraiment nocive et qu'ils pouvaient l'essayer. Nous avons cependant constaté que l'image que se faisaient les jeunes de l'héroïne et des héroïnomanes n'a jamais été moins glorieuse qu'à la fin de ce projet. On peut bien comprendre que les jeunes ne vivent pas la situation dans laquelle se trouve une personne qui doit de trois à quatre fois par jour venir à un centre pour s'injecter sous surveillance de la drogue.

Nous avons aussi découvert que la décision de faire l'essai d'une drogue illicite n'est pas liée au caractère licite ou illicite de la drogue, mais plutôt au risque et au danger qu'elle peut comporter. À cet égard, l'héroïne et le cannabis se situent à deux extrêmes.

Le sénateur Christensen: Il semblerait donc que plus la consommation d'une drogue comporte de risques, plus cette drogue est recherchée.

M. Uchtenhagen: Lorsque les risques étaient plus élevés, bien des gens manifestaient l'intention de l'essayer.

[Français]

Le président: Pourriez-vous nous décrire une journée dans la vie d'un patient à une de vos cliniques?

[Traduction]

M. Uchtenhagen: Lorsqu'il se réveille le matin, il ressent le besoin d'une injection.

Le président: Où vit-il? Le tableau indique qu'il ne s'agit pas d'un sans-abri. Il vit quelque part.

M. Uchtenhagen: Certains vivent seuls quelque part et d'autres se sont réintégrés à la famille. La participation au programme mène souvent à une réconciliation avec la famille. Étant donné l'âge des participants, bon nombre d'entre eux décident cependant de vivre seuls. Il est vraiment surprenant de voir combien de ces patients parviennent à trouver un appartement. Nous pensions qu'ils seraient jugés comme des locataires non désirables. Au contraire, bon nombre de propriétaires sont heureux de louer des appartements à ces personnes parce qu'un organisme social garantit le paiement du loyer. Le logement ne constitue donc pas vraiment un problème.

Those who cannot live on their own live in numbers in protected apartments. That means that they are regularly visited by a social worker. The city rents the apartment, puts up the patients and visits them regularly — two or three times per week. The settings are quite different, but there is practically no homelessness, although we do have homeless people.

[Translation]

The Chairman: So the person's private life takes place in a relatively stable environment and he shows up at your clinic?

[English]

Dr. Uchtenhagen: Yes. It is part of integration.

[Translation]

The Chairman: And how does the day unfold? Is there more than one injection during the course of a day? You told us that they can receive between three and four injections a day. Can you describe to us your patient's daily routine?

[English]

Dr. Uchtenhagen: When they enter the program, they have to adjust to the rules of the program and they must learn a great deal. They attend three or four times each day, and they may even stay for hours in the program, talk with a social worker and learn about the program. The first thing to tackle is finding the adequate daily dosage for the individual. This dosage determination is between the individual and his or her doctor. We carefully step up the dosage day by day so that intoxication is avoided.

Once this is settled, other matters can be tended to, such as the individual's physical health. Many areas of the individual's health may need medical or psychiatric attention. Also, stabilizing the living conditions is a primary concern, because once someone lives on the streets, it is difficult to stabilize anything else, including health. Therefore, putting the person up somewhere in a well-organized surrounding is of primary importance.

Once the individual's daily dosage is stabilized and he has a place to live, then other concerns arise. For instance, the individual's days are now empty. Previously, the individual was busy looking for his drugs or busy in small-scale trafficking. Now, there is no need to do that. Thus, he has a boring existence. Many in the first phase become depressed, but it is a different kind of depression. They do not know what to do with themselves. So, they have to take some lessons on how to reorganize their lives. Going to a daily job, to school or to any kind of program and making contact with other groups of people in treatment or outside of treatment is one of the main activities that must be resolved.

Once a job has been found or the individual has returned to school or is engaged in another daily program, he or she prefers to reduce from three or four injections per day to one or two injections per day, combining injectable heroin with oral methadone. With one heroin injection in the morning and an

Ceux qui ne peuvent pas vivre seuls vivent à plusieurs dans des appartements protégés, ce qui signifie qu'ils reçoivent la visite régulière d'un travailleur social. La ville loue l'appartement, y installe les patients et un travailleur social leur rend visite régulièrement, c'est-à-dire de deux à trois fois par semaine. Les conditions de vie de ces personnes ne sont pas les mêmes que celles qui vivent dans leur propre appartement, mais presque personne ne vit dans la rue bien qu'il existe des sans-abri dans notre pays.

[Français]

Le président: La personne vit sa vie intime dans un environnement relativement stable et se présente à votre clinique?

[Traduction]

M. Uchtenhagen: Oui. Cela fait partie de l'intégration.

[Français]

Le président: Comment se déroule la journée? On donne plus qu'une injection dans une journée. Vous avez mentionné qu'on leur donne entre trois et quatre injections dans une journée. Comment se déroule la vie de votre patient tout au cours de la journée?

[Traduction]

M. Uchtenhagen: Ceux qui s'inscrivent au programme doivent en apprendre les règles et on leur transmet beaucoup d'information. Ils viennent au centre de trois à quatre fois par jour et certains y restent même pendant des heures pour discuter avec un travailleur social du programme. La première étape consiste à trouver la dose quotidienne qui convient à chaque personne. Cette décision appartient au particulier et à son médecin. Nous augmentons progressivement la dose chaque jour de façon à éviter l'intoxication.

Une fois qu'on a établi la dose qui convient à chaque personne, on peut s'occuper d'autres questions comme sa santé physique. Un patient peut avoir besoin de soins médicaux ou psychiatriques divers. Il faut aussi lui trouver un logement stable parce que sans cela, il est très difficile de l'aider dans d'autres domaines, et notamment dans le domaine de la santé. Il est donc essentiel de trouver un logement stable au patient.

Une fois que la dose quotidienne du patient a été établie et qu'il a un endroit où vivre, d'autres questions se posent. Ainsi, il faut occuper le patient qui passait autrefois la majorité de son temps à chercher des drogues ou à en faire le trafic. Comme il n'a plus à faire cela, sa vie est ennuyante. Bon nombre de patients deviennent d'abord déprimés, mais il s'agit d'un autre type de dépression. Ils ne savent pas à quoi employer leur temps. On doit donc leur enseigner comment le faire. Il faut donc les aider à trouver un emploi, à s'inscrire à un cours de formation ou à un autre programme et à établir des rapports avec des gens soit au sein du programme de traitement, soit à l'extérieur de celui-ci.

Une fois qu'un patient a trouvé un emploi, qu'il est retourné aux études ou qu'il participe à un autre programme quotidien, il préfère se contenter d'une ou deux injections par jour au lieu de trois ou quatre, ce qui est possible en s'injectant de l'héroïne et en consommant de la méthadone par voie orale. Avec une injection

adequate dosage of oral methadone, the person can cover his need for opiates for 24 hours. Thus, he is free to organize his day. The majority on the program are choosing this kind of arrangement.

[*Translation*]

The Chairman: That is quite impressive. You mentioned that the way in which heroin is perceived by the population has evolved. Heroin was perceived less as a killer and more as a drug that could be obtained by prescription. Were you afraid that there would be an increase in heroin consumption on the black market?

[*English*]

Dr. Uchtenhagen: There are two questions in that. If we had some concern about prescribed heroin being on the black market —

The Chairman: No, no.

Dr. Uchtenhagen: We did not know, and we could not know beforehand. We simply took care that no prescribed heroin should ever come to the black market. I believe that, according to police information, this is correct.

The Chairman: Do you want that?

Dr. Uchtenhagen: Yes, due to the severe visual control of the injections. It is not possible to take heroin out of the clinics. We had two break-ins at the clinics with the intention to get to the heroin, but they did not succeed.

The other question was whether in general heroin consumption would increase. As I mentioned, heroin still has the image of a highly risky drug. This has not changed. In fact, we observe in all the surveys that have been done and that have been quoted before that heroin consumption did not increase. What we could see is a certain change in mode of application. Injection rates regarding heroin have gone down, not as in the Netherlands where you find only a 10 to 20 per cent rate of injections nowadays, but it still went down from almost 100 per cent to around 80 per cent. Some 20 per cent do not inject. This pertains mainly to the very young who start smoking from tin foil. There are some studies that show that for economic reasons, later on, a small percentage of those people switch to injection use. You need much more heroin for inhaling than you do for injecting. It is a money issue. However, it pertains to only a small proportion of the population. Some continue to inhale, which has created a situation for the clinics.

What is an adequate response to someone who is heavily addicted to heroin and who has tried other treatments that have failed and who has never injected? If he has never injected before, we cannot offer him injectable heroin in the clinic. We now offer, with good acceptance rates, slow release heroin tablets to these

d'héroïne par jour et la dose adéquate de méthadone par voie orale, le patient peut satisfaire à ses besoins en opiacés pendant 24 heures. Il peut donc organiser comme bon lui semble sa journée. La majorité des patients du programme choisissent cette formule.

[*Français*]

Le président: C'est très impressionnant. Vous avez mentionné tout à l'heure que la perception face à l'héroïne avait évolué dans la population. L'héroïne était beaucoup moins perçue comme étant un tueur et beaucoup plus comme une drogue obtenue sur prescription. Avez-vous craint une augmentation de la consommation de l'héroïne sur le marché noir?

[*Traduction*]

M. Uchtenhagen: Cela soulève deux questions. Si nous nous inquiétons que l'héroïne prescrite se retrouve sur le marché noir...

Le président: Non, non.

M. Uchtenhagen: Nous ne le savions pas et nous ne pouvions pas le prévoir. Nous nous sommes simplement assurés que l'héroïne prescrite ne se retrouve pas sur le marché noir. La police nous signale que cela n'a pas été le cas.

Le président: Est-ce ce que vous voulez?

M. Uchtenhagen: Oui, parce que l'injection de l'héroïne est contrôlée de façon visuelle. Il est impossible de sortir l'héroïne des cliniques. Des malfaiteurs ont à deux reprises cherché à voler l'héroïne dans nos cliniques, mais ils n'y sont pas parvenus.

L'autre question qui se posait était de savoir si la consommation générale d'héroïne augmenterait. Comme je l'ai mentionné, l'héroïne continue d'être perçue comme une drogue comportant de grands risques. Cela n'a pas changé. Toutes les enquêtes menées montrent aussi que la consommation d'héroïne n'a pas augmenté. On a cependant constaté un certain changement dans cette consommation. La consommation d'héroïne par voie intraveineuse a diminué, pas autant que dans les Pays-Bas où seulement de 10 à 20 p. 100 des héroïnomanes s'injectent actuellement l'héroïne, mais le taux d'injection est passé de 100 p. 100 à 80 p. 100. Environ 20 p. 100 de ceux qui consomment maintenant de l'héroïne ne le font pas par voie intraveineuse. Les très jeunes consommateurs surtout fument l'héroïne. Certaines études montrent que pour des raisons financières, un petit pourcentage de ces consommateurs se mettent ensuite à s'injecter l'héroïne. Il faut une quantité beaucoup plus grande d'héroïne pour produire le même effet lorsqu'on l'inhale au lieu de se l'injecter. C'est donc une question de sous. Seule une petite proportion de consommateurs se trouvent cependant dans cette situation. Certains continuent d'inhaler la drogue, ce qui crée un problème pour les cliniques.

Comment aider une personne qui a une profonde dépendance envers l'héroïne, qui a déjà participé en vain à des programmes de traitement et qui ne s'est jamais injecté la drogue? Si une personne n'a jamais consommé d'héroïne par voie intraveineuse, nous ne pourrions pas lui offrir de le faire à la clinique. Nous offrons

people. They are quite happy. Thus far, we have good retention in those persons. However, this has been a short experience. In contrast to the Dutch, we do not offer inhalable heroin.

Senator Christensen: Did you say that there are six clinics in this particular study?

Dr. Uchtenhagen: In the follow-up study, we considered patients from eight clinics. This refers to the first eight clinics that were started in the early phase. There are now 22.

Senator Christensen: Where are those eight clinics situated? Are they all in the same area or are they in different parts of the country?

Dr. Uchtenhagen: The majority of the clinics are situated in the German-speaking part of the country. The eight clinics to which I refer are in different places in the German-speaking part of the country.

Senator Christensen: How do people get into those programs? What is the process for being accepted into the program?

Dr. Uchtenhagen: Practically everyone nowadays knows about the clinics. If an individual feels the need, or if he or she has contact with a social service that has the information, the individual knows where to apply. A person applies directly to the clinic. The clinic is obliged to take a full history, including, of course, the history of drug taking, the history of former treatments, and so on, determining whether the individual fulfils the entry criteria. If so, they hand over this information to the federal office of public health and to the highest medical officer in the respective canton. The medical officer determines whether the individual in question is already on a methadone program, in which case the patient has to decide if he wants to stay on the methadone program or if he wants to go to the heroin clinic. He cannot do both at the same time.

Senator Christensen: You were also saying that the average duration is 3.6 years. What happens when an individual drops out? What follow-up is there? Does he or she go back to the street?

Dr. Uchtenhagen: The clinics are obliged to propose to everyone leaving the program what else they can do in terms of follow-up treatment. This can be accepted or refused; however, it is the obligation of staff at the clinic to do so. As you have seen, about half of those who leave the program go to follow-up treatment. Some go back to the streets, while others stop the habit completely — which means that the heroin-prescription program was the last therapeutic effort needed to result in a drug-free life. Some are dead.

maintenant avec de bons résultats des tablettes d'héroïne à résorption lente à ces patients. Nous sommes ainsi parvenus à conserver au sein du programme un bon nombre de ces patients. Cette expérience est cependant récente. Par opposition à ce qui se passe aux Pays-Bas, nous n'offrons pas d'héroïne inhalable.

Le sénateur Christensen: Avez-vous dit que six cliniques ont participé à cette étude?

M. Uchtenhagen: Des patients provenant de huit cliniques ont participé à l'étude de suivi. Les renseignements que je vous ai donnés portaient sur les huit cliniques qui ont participé à la phase initiale du projet. Le nombre de ces cliniques s'élève maintenant à 22.

Le sénateur Christensen: Où se trouvent ces huit cliniques? Sont-elles regroupées dans une même région ou sont-elles réparties dans tout le pays?

M. Uchtenhagen: La majorité des cliniques se trouvent dans la partie alémanique du pays. Les huit cliniques auxquelles je fais allusion se trouvent dans différentes villes dans la partie alémanique du pays.

Le sénateur Christensen: Comment fait-on pour participer à ces programmes? Quel est le processus qu'il faut suivre?

M. Uchtenhagen: Presque tout le monde connaît maintenant l'existence de ces cliniques. Ceux qui ont besoin de nos services savent où présenter leurs demandes, ou ils peuvent obtenir cette information auprès d'un travailleur social. Le toxicomane présente directement sa demande à la clinique. La clinique doit obtenir de sa part des renseignements complets au sujet de sa dépendance et de sa participation antérieure à d'autres programmes de traitement afin d'établir s'il répond aux critères d'admission. Si c'est le cas, l'information concernant cette personne est ensuite transmise au bureau fédéral de la santé publique et au médecin en chef du canton. Le médecin en chef établit si cette personne participe déjà à un programme de méthadone et dans ce cas, le patient doit décider s'il veut continuer de participer à ce programme ou s'il veut s'inscrire à la clinique de traitement des héroïnomanes. Il ne peut pas participer aux deux programmes à la fois.

Le sénateur Christensen: Vous avez aussi dit que la durée moyenne du traitement est de 3,6 années. Que se passe-t-il si un patient abandonne le programme? Un suivi est-il assuré? Retourne-t-il à la rue?

M. Uchtenhagen: Les cliniques doivent proposer un traitement de suivi à ceux qui abandonnent le programme. Le patient peut accepter ou refuser ce traitement, mais le personnel de la clinique est tenu de lui proposer. Comme vous l'avez vu, environ la moitié de ceux qui abandonnent le programme s'inscrivent à un traitement de suivi. Certains retournent à la rue alors que d'autres cessent complètement de consommer de l'héroïne, ce qui signifie que ce programme constituait le dernier effort thérapeutique dont ils avaient besoin pour cesser de consommer de la drogue. Certains de ces patients sont morts.

[Translation]

The Chairman: The issue of cannabis is currently the focus of our committee's work. Your presentation shows that cannabis use by patients in clinics has not changed over the past six years. You also stated in your presentation that cannabis was of very little importance in your patients' history of drug use.

Mr. Uchtenhagen: No.

The Chairman: No; can you comment on that please?

[English]

Dr. Uchtenhagen: No, I mentioned that the consumption of cannabis has no major impact on the results of participating in the heroin program. That is another issue. Of course, they have in their previous history been engaged in cannabis use, as most of the people we contact who have a heroin problem have also had a cannabis problem, as Mr. Dulex already explained. On the other hand, this is why we have no evidence for the stepping-stone hypothesis. The large majority of those who have engaged in cannabis use have never touched heroin. That is the other side of the coin.

[Translation]

The Chairman: The theory that cannabis is the start of a long path of drug use has never been proven in evidence our committee has heard from witnesses nor in the serious studies that we have consulted. I wanted to confirm our committee's finding with your work.

Mr. Uchtenhagen, we are pleased that you accepted our invitation, and I thank you for the interest you have shown in our work. If, in the coming weeks, you feel it is appropriate to send us additional information, please do not hesitate to share it with us.

Before we adjourn, I would like to remind all of those who are interested in the work of this committee that they can find more information on illegal drugs by consulting our Web site at the following address: www.parl.gc.ca.

There you will find the briefs submitted by all of our witnesses, as well as their biographical data and any supplementary documentations submitted by the witnesses. There are also more than 150 links related to illegal drugs. E-mail messages may also be sent to us through this Web site.

On behalf of the Special Senate Committee on Illegal Drugs, I would like to thank you for the interest that you have shown in this important study.

We shall now adjourn until the next sitting of the Special Senate Committee on Illegal Drugs that will take place on March 11, 2002. At that time, we will be hearing from various national non-governmental organizations in Canada.

The committee adjourned.

[Français]

Le président: La question du cannabis est au centre des travaux de notre comité pour le moment. Dans votre présentation on voit que la consommation de cannabis chez les patients des cliniques n'a pas varié sur la période de six ans. Vous avez dit aussi dans votre présentation que le cannabis avait peu d'importance dans l'historique ou de l'histoire-drogue de vos patients.

M. Uchtenhagen: Non.

Le président: Non, alors pouvez-vous commenter s'il vous plaît?

[Traduction]

M. Uchtenhagen: Non, j'ai mentionné que la consommation de cannabis n'avait aucune incidence majeure sur les résultats de la participation au programme de traitement des héroïnomanes. C'est une autre affaire. Ces personnes ont évidemment déjà consommé du cannabis, et comme M. Dulex l'a déjà expliqué, la plupart de ceux qui ont développé une dépendance à l'égard de l'héroïne avaient d'abord développé une dépendance envers le cannabis. La grande majorité de ceux qui consomment du cannabis n'ont cependant jamais consommé d'héroïne. C'est l'envers de la médaille.

[Français]

Le président: La théorie voulant que le cannabis soit le début d'une trajectoire n'a jamais été démontrée lors des témoignages des témoins à notre comité ni dans les études sérieuses que nous avons consultées. Je voulais confirmer le constat que le comité a fait avec vos travaux.

Monsieur Uchtenhagen, cela nous a fait plaisir que vous acceptiez notre invitation et je vous remercie de l'intérêt que vous portez à nos travaux. Si dans les semaines qui viennent vous jugez à propos de nous transmettre des informations additionnelles, s'il vous plaît ne réfrénez pas cette envie que vous pourriez avoir de nous informer encore plus.

Avant de clore les travaux de cette séance de comité, je tiens à rappeler à tous ceux et celles qui s'intéressent aux travaux du comité, qu'ils peuvent lire et s'informer sur le sujet des drogues illicites en rejoignant notre site Internet à l'adresse suivante: www.parl.gc.ca.

Vous y retrouverez les exposés de tous les témoins, leur biographie, toute la documentation argumentaire qu'ils auront jugé nécessaire de nous remettre, ainsi que plus de 150 liens Internet relatifs aux drogues illicites. Vous pouvez aussi utiliser cette adresse pour nous transmettre vos courriels.

Au nom du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, je désire vous remercier pour l'intérêt que vous portez à notre importante recherche.

Les travaux sont maintenant ajournés jusqu'à la prochaine séance du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites qui aura lieu le 11 mars 2002. Lors de cette rencontre, nous recevrons différentes organisations non gouvernementales nationales canadiennes.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada – Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES

From the Swiss Federal Office of Public Health:

Ms Diane Steber Büchli, Head, International Drug Affairs Unit.

*From the Swiss Federal Commission for Drug Issues; University
Institute for Social and Preventive Medicine:*

Dr. Françoise Dubois-Arber, Member

From the Canton of Zürich, Criminal Police Department:

Mr. Georges Dulex, Head.

From the Addiction Research Institute:

Mr. Ambros Uchtenhagen, Retired Professor.

TÉMOINS

Du Bureau fédéral de santé publique de la Suisse:

Mme Diane Steber Büchli, chef de service, Unité internationale en affaires de drogues.

De la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues; Institut universitaire de médecine sociale et préventive:

Dr. Françoise Dubois-Arber, membre.

Du Canton de Zürich, Département de la police criminel:

M. Georges Dulex, chef en service.

De l'Institut de recherche sur les addictions:

M. Ambros Uchtenhagen, professeur (retraité).