



Sénat

Senate

CANADA

LE CANNABIS :
POSITIONS POUR UN RÉGIME
DE POLITIQUE PUBLIQUE
POUR LE CANADA

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT
SUR LES DROGUES ILLICITES

VOLUME III : PARTIE IV ET CONCLUSIONS

PRÉSIDENT

PIERRE CLAUDE NOLIN

VICE-PRÉSIDENT

COLIN KENNY

SEPTEMBRE 2002

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

INTRODUCTION	1
<hr/>	
PREMIÈRE PARTIE – ORIENTATIONS GÉNÉRALES	5
<hr/>	
CHAPITRE 1 – NOTRE MANDAT	7
LIBELLÉ	7
ORIGINES	9
NOTRE COMPRÉHENSION	11
CHAPITRE 2 – NOS TRAVAUX	13
DEUX PRINCIPES DE TRAVAIL	14
L'ÉTAT DES CONNAISSANCES	15
Le programme de recherche	19
Audiences de témoins experts	20
Le défi de la synthèse	22
TENIR COMPTE DES OPINIONS	23
INTERPRÉTER À LA LUMIÈRE DE PRINCIPES	24
CHAPITRE 3 – NOS PRINCIPES DIRECTEURS	25
L'ÉTHIQUE, OU LE PRINCIPE DE L'AUTONOMIE RÉCIPROQUE	28
LA GOUVERNANCE : MAXIMISER L'ACTION DES INDIVIDUS	32
La gouvernance de la collectivité	34
La gouvernance de soi	36
Le rôle de la gouvernance	37
LE DROIT PÉNAL OU LES LIMITES DE L'INTERDICTION	38
Nécessité de la distinction	39
Critères de distinction	41
Application aux drogues illicites	45
LA SCIENCE OU LA CONNAISSANCE APPROCHÉE	46
CONCLUSIONS	51

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 4 – UN CONTEXTE EN MOUVANCE	53
MUTATIONS DU CONTEXTE INTERNATIONAL	53
Globalisation et intégration	53
Errances d'un discours sécuritaire	57
Des politiques antidrogues aux politiques sur les drogues	59
MUTATIONS AU CANADA	61
L'activisme judiciaire	61
Une stratégie nationale de prévention du crime	62
La lutte au crime organisé	62
UN DÉBAT DE SOCIÉTÉ	63

PARTIE II – LE CANNABIS : EFFETS, USAGES, ATTITUDES **65**

CHAPITRE 5 – LE CANNABIS : DE LA PLANTE AU JOINT	67
UNE PLANTE, DIVERSES DROGUES	68
ROUTES DU CANNABIS	72
PROPRIÉTÉS DU CANNABIS	79
Concentration en Δ^9 THC	80
PHARMACOCINÉTIQUE	86
CONCLUSIONS	90

CHAPITRE 6 – USAGERS ET USAGES : FORMES, PRATIQUES, CONTEXTES	93
TENDANCES D'USAGE	94
Consommation en population générale	95
Consommation chez les jeunes	99
Tendances d'usage dans d'autres pays	105
Éléments de synthèse	114
FORMES ET MODES D'USAGE	116
Le cannabis dans l'histoire	117
Trajectoires d'usages	119
Facteurs reliés à l'usage	125
Éléments de synthèse	131
UNE ESCALADE VERS D'AUTRES DROGUES ?	132
CANNABIS, VIOLENCE ET CRIMINALITÉ	134
CONCLUSIONS	136

CHAPITRE 7 – LE CANNABIS : EFFETS ET CONSÉQUENCES	139
EFFETS ET CONSÉQUENCES DU CANNABIS : CE QU'ON NOUS A DIT	142
EFFETS AIGUS DU CANNABIS	148
CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION CHRONIQUE	152
Conséquences physiologiques de l'usage chronique	153
Conséquences cognitives et psychologiques	158
Conséquences comportementales et sociales	162
TOLÉRANCE ET DÉPENDANCE	163
Dépendance au cannabis	164
Sévérité de la dépendance	171
La tolérance	174
ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE	175
CONCLUSIONS	176

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 8 – CONDUITE SOUS L’EFFET DU CANNABIS	179
MODES DE DÉPISTAGE	182
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	187
Études hors contexte accidentel	188
Études en contexte accidentel	189
Enquêtes épidémiologiques auprès des jeunes	192
Évaluation du risque	192
ÉTUDES EXPÉRIMENTALES	195
Activités hors conduite	195
En activité de conduite	197
CONCLUSIONS	201
CHAPITRE 9 – APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU CANNABIS	203
ASPECTS HISTORIQUES	208
CONNAISSANCES CONTEMPORAINES	210
Utilisations thérapeutiques	210
Le cannabis comme médicament ?	213
PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACTUELLES	216
CONCLUSIONS	219
CHAPITRE 10 – OPINIONS ET ATTITUDES DES CANADIENS	221
LES MÉDIAS	222
ENQUÊTES ET SONDAGES	227
ATTITUDES ET OPINIONS EXPRIMÉES AU COMITÉ	234
CONCLUSIONS	237
PARTIE III – POLITIQUES ET PRATIQUES AU CANADA	239
CHAPITRE 11 – UNE STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE ?	241
PHASE I – ÉLABORATION ET MISE EN PLACE	242
Création du Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies	248
Création du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue	250
PHASE II – RENOUVELLEMENT	252
PHASE III – LE RENOUVELLEMENT SANS FINANCEMENT PRÉCIS	255
LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE – UNE RÉUSSITE ?	257
CONCLUSIONS	259
CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL	261
1908-1960 : L’HYSTÉRIE	264
La Loi sur l’opium de 1908	269
Loi sur l’opium et les narcotiques de 1911	269
Les amendements à la Loi sur l’opium et les narcotiques (1920-1938)	272
Les modifications à la Loi sur l’opium et les narcotiques en 1954	281
Le rapport du Sénat de 1955	282
DE 1960 À LA COMMISSION LE DAIN : À LA RECHERCHE DES RAISONS PERDUES	286
La Loi sur les stupéfiants (1961)	286
La Loi sur les aliments et drogues et les barbituriques (1961)	288
La Commission Le Dain (1969-1973)	291
Le projet de loi S-19 et le cannabis	302

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

APRÈS LE DAIN : LA FUITE EN AVANT	303
La Loi réglementant certaines drogues et autres substances	305
CONCLUSIONS	315
CHAPITRE 13 – RÉGLEMENTER L'UTILISATION DU CANNABIS À DES FINS THÉRAPEUTIQUES	317
CADRE ENTOURANT LA RÉCENTE RÉGLEMENTATION	318
Article 56 – Loi réglementant certaines drogues et autres substances	318
Contestations fondées sur la Charte – utilisation de la marijuana à des fins thérapeutiques	320
Réaction du gouvernement	322
RÉGLEMENTATION SUR L'ACCÈS À LA MARIJUANA À DES FINS MÉDICALES	323
Autorisation de posséder	324
Licences de production	328
Autres dispositions	329
ACCÈS HUMANITAIRE ?	329
Admissibilité	330
Accès au cannabis	335
Produits	338
Coûts	338
POURSUIVRE LA RECHERCHE	340
Recherche scientifique	340
Marijuana propre à la recherche	343
CONCLUSIONS	344
CHAPITRE 14 – PRATIQUES POLICIÈRES	347
ORGANISMES D'EXÉCUTION DE LA LOI	347
GRC	347
L'Agence des douanes et du revenu du Canada	350
Polices municipales et provinciales	352
COÛTS	353
POUVOIRS POLICIERS	358
Fouilles perquisitions et saisies	360
La provocation policière et les activités illégales	374
Conclusion	379
STATISTIQUES	380
Incidents relatés	380
Accusations	383
Inquiétudes	386
La Loi sur les douanes – amendes	389
SAISIES	390
CONCLUSIONS	392
CHAPITRE 15 – LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE	393
POURSUITES	393
TRIBUNAUX	394
Les tribunaux de traitement de la toxicomanie	395
DÉCISION ET DÉTERMINATION DE LA SANCTION	399
SERVICE CORRECTIONNEL	402
CASIER JUDICIAIRE	406
CONTESTATIONS JUDICIAIRES	409
CONCLUSIONS	415

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 16 – PRATIQUES PRÉVENTIVES	417
DES ACTIONS QUI NE SONT PAS À LA HAUTEUR DES DISCOURS	421
On ne fait pas suffisamment de prévention	422
La prévention est insuffisamment ciblée	424
On ne fait pas suffisamment l'évaluation des mesures de prévention	426
Les messages sociaux contredisent les messages de prévention	427
Il existe une connaissance dont il faut s'inspirer	428
PRÉVENIR : QUOI ? COMMENT ?	429
RÉDUCTION DES RISQUES, RÉDUCTION DES MÉFAITS	441
CONCLUSIONS	443
CHAPITRE 17 – PRATIQUES DE SOINS	445
DÉPENDANCES AU CANNABIS	445
FORMES DE TRAITEMENT	451
L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS	453
CONCLUSIONS	456
CHAPITRE 18 – OBSERVATIONS SUR LES PRATIQUES	457
DES DIFFICULTÉS D'ARTICULATION ENTRE LES ACTEURS	457
UN ARRIMAGE DIFFICILE ENTRE LES APPROCHES	459
DES COÛTS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX IMPORTANTS	462
CONCLUSIONS	467
PARTIE IV – OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE	469
<hr/>	
CHAPITRE 19 – LE CONTEXTE JURIDIQUE INTERNATIONAL	471
ÉLÉMENTS DE GÉNÉALOGIE	472
La Conférence de Shanghai (1909)	475
La Convention internationale de l'opium de 1912 (La Haye)	477
Les Conventions de l'opium de Genève (1925)	479
La Convention de Genève pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants (1931) / Accord de Bangkok sur la consommation d'opium (1931)	480
La Convention pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles (Genève, 1936)	482
La Deuxième Guerre mondiale	482
Le Protocole de Lake Success (1946)	483
Le Protocole de Paris (1948)	483
Le Protocole de l'opium de New York (1953)	484
LES TROIS CONVENTIONS ACTUELLES	485
La Convention unique sur les stupéfiants de 1961	485
Convention sur les substances psychotropes	490
Protocole portant amendement à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961	496
Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes	498
UNE MARGE DE MANŒUVRE ?	501
CONCLUSIONS	504

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 20 – POLITIQUES PUBLIQUES DANS D’AUTRES PAYS	507
FRANCE	508
Des logiques distinctives	508
Une politique publique intégrée	510
Cadre législatif	513
Quelques rapports clés	516
Statistiques sur l’usage et la répression	520
Coûts	523
PAYS-BAS	524
Le pragmatisme néerlandais ?	525
Des rapports d’experts fondateurs	527
La législation	533
Le régime des coffee shops	536
Données sur l’usage	538
ROYAUME-UNI	542
Stratégie décennale de lutte contre la toxicomanie	542
Cadre législatif	543
Autres lois pertinentes au domaine de la toxicomanie	546
Débats au RU	547
Études et rapports récents	548
Administration	556
Coûts	556
Statistiques	558
LA SUÈDE	560
Stratégie nationale	562
Cadre législatif	566
Le débat en Suède	568
Rapports récents	569
Coûts	571
Administration	572
Statistiques	572
LA SUISSE	575
Une politique de réduction des risques	575
Évolution du régime juridique	583
Un projet de dépenalisation du cannabis	585
Administration de la politique suisse en matière de drogue	587
Statistiques sur l’usage de stupéfiants et les infractions à la LStup	589
L’AUSTRALIE	592
Stratégie nationale sur les drogues	592
Le cadre législatif	597
Décriminalisation du cannabis	601
Administration	603
Statistiques	605
LES ÉTATS-UNIS	607
Le cadre législatif de l’administration fédérale et des États	607
La législation actuelle et son application	610
Buts et objectifs de la politique fédérale de lutte contre les stupéfiants	619
Administration de la politique	622
Sujets d’actualité et débats	624
Statistiques	626

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 21 – OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE	631
L'INEFFICACITÉ DES POLITIQUES PÉNALES	633
Des impacts sur la consommation ?	634
Des impacts sur l'offre ?	640
Conclusion	640
ÉCONOMIE GÉNÉRALE D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE SUR LE CANNABIS	641
COMPOSANTES D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE	644
Un centre de responsabilité fort	644
Interconnexion	645
Élaboration en commun d'objectifs partagés	645
Des outils de connaissance	645
OPTIONS LÉGISLATIVES	646
Clarifications terminologiques	646
Critères pour une politique juridique sur le cannabis	654

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS **659**

IL Y A TRENTE ANS, LE DAIN	659
L'INEFFICACITÉ DES PRATIQUES ACTUELLES	661
UNE POLITIQUE PUBLIQUE BASÉE SUR DES PRINCIPES DIRECTEURS	663
UNE STRATÉGIE FÉDÉRALE CLAIRE ET COHÉRENTE	664
UNE STRATÉGIE NATIONALE SOUTENUE PAR DES MOYENS ET DES OUTILS	665
UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	667
UNE APPROCHE RÉGLEMENTAIRE SUR LE CANNABIS	670
UNE APPROCHE DE COMPASSION POUR LES USAGES THÉRAPEUTIQUES	671
DISPOSITIONS SUR LA CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DU CANNABIS	672
POUR SUIVRE LA RECHERCHE	673
POSITIONNEMENT INTERNATIONAL DU CANADA	674

**PROPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉGLEMENTATION
DU CANNABIS AUX FINS THÉRAPEUTIQUES ET RÉCRÉATIONNELLES** **676**

BIBLIOGRAPHIE **681**

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

Abus

Terme vague qui reçoit une grande variété de significations, selon les contextes sociaux, médicaux, et juridiques. Selon certains, tout usage de drogues illicites est un abus : ainsi, les conventions internationales considèrent l'usage de toute substance prohibée pour des fins autres que médicales ou scientifiques comme un abus. Le Manuel diagnostique de l'Association américaine de psychiatrie définit l'abus comme un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, et suggère 4 critères (voir le chapitre 7 du rapport). Nous lui préférons le concept d'usage excessif (ou usage nocif).

Accoutumance (de l'anglais addiction)

Terme général renvoyant aux phénomènes de tolérance et de pharmacodépendance. Le terme accoutumance est rarement utilisé en français qui utilise plutôt le terme toxicomanie.

Addiction

Certains auteurs utilisent ce terme issu de l'anglais pour désigner le processus par lequel un comportement, pouvant permettre une production de plaisir et d'écarter une sensation de malaise interne, est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ces auteurs le préfèrent au concept de dépendance, celui-ci ne permettant pas de travailler sur la période qui précède la dépendance. Nous lui préférons le terme dépendance.

Agoniste

Se dit entre autres d'une substance qui agit sur un récepteur pour produire certaines réponses.

Anandamide

Neurotransmetteur agoniste du système cannabinoïde endogène. Bien que les rôles spécifiques de ces neurotransmetteurs ne soient pas encore définis, ils semblent agir comme des neuromodulateurs ; en effet, le THC augmente la libération de dopamine du noyau accumbens et du cortex préfrontal.

Cannabinoïdes

Récepteurs endogènes des molécules actives du cannabis, notamment le THC. Deux récepteurs endogènes ont été identifiés : CB₁ existent en grande densité dans l'hippocampe, le ganglion basal, les corps cérébelleux, et le cortex cérébral et CB₂, ils sont particulièrement abondants dans le système immunitaire. Les effets centraux du cannabis semblent être exclusivement reliés aux récepteurs CB₁.

Cannabis

Il existe trois variétés de plantes de cannabis, le *cannabis sativa*, le *cannabis indica*, et le *cannabis ruderalis*. La plante de la variété *cannabis sativa* est la plus répandue poussant dans presque tous les sols. La plante de cannabis est connue en Chine depuis environ 6000 ans. À partir des sommités florifères de la plante de cannabis, mais aussi parfois des feuilles, on obtient le tabac à fumer. Sous cette forme, l'appellation la plus courante est le pot, mais on le désigne aussi sous le nom de mari, herbe, dope, ganja. La résine extraite de la plante sert à fabriquer le haschich.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Généralement classifié sous les psychotropes, le cannabis est un perturbateur du système nerveux central. Le cannabis contient plus de 460 produits chimiques connus, dont plus de 60 sont désignés sous le nom de cannabinoïdes. Le principal ingrédient actif du cannabis est le delta-9-tétrahydrocannabinol, communément appelé THC. D'autres cannabinoïdes présents incluent le delta-8-tétrahydrocannabinol, le cannabinoïde et le cannabidiol mais ils sont présents en faibles quantités et n'exercent pas d'effets significatifs sur le comportement des individus, comparativement au THC. Ils peuvent cependant contribuer à moduler l'effet global du produit. Dans le rapport, nous utilisons le terme cannabis pour désigner l'ensemble des produits, et n'utilisons marijuana ou haschich que lorsque nous désignons ces dérivés spécifiquement.

Commission sur les drogues (CND)

La Commission sur les narcotiques a été créée en 1946 par le Conseil économique et social des Nations Unies. La Commission est le principal organisme d'élaboration de politiques sur les drogues au sein du système onusien. Elle examine la situation mondiale relativement à l'abus de drogues et fait des propositions pour renforcer le contrôle international des drogues.

Conduite (ou usage) à risque

Comportement d'usage qui met la personne à risque de développer des problèmes de dépendance à la substance. La conduite à risque se compose de l'interaction complexe entre au moins quatre facteurs : le contexte d'usage, la quantité consommée, la fréquence de la consommation et la durée et l'intensité de la consommation. (Nous proposons des critères à la conclusion du rapport).

Conventions internationales

Sous l'égide de la Société des Nations en 1908 puis des Nations Unies, diverses conventions internationales réglementent la possession, l'usage, la fabrication, la distribution, le commerce, etc., des substances psychotropes. Les trois principales conventions sont celles de 1961, 1971 et 1988. Le Canada a ratifié ces trois conventions. Ces conventions, dont l'application est assujettie aux lois constitutionnelles des signataires, établissent un système de réglementation où seuls les usages aux fins médicales et scientifiques sont permis. Ce système est axé sur la prohibition des plantes source (coca, opium et cannabis) et sur le contrôle des dérivés synthétiques fabriqués par les compagnies pharmaceutiques.

Décriminalisation

Opération consistant à retirer un comportement de la «compétence» du système de justice criminelle. On distingue habituellement entre *décriminalisation de droit (ou de jure)* impliquant une modification *législative* du Code criminel (ou de toute loi de nature criminelle) et *décriminalisation de fait (ou de facto)* où il s'agit d'une décision administrative de ne pas poursuivre le comportement qui demeure cependant illégal. La décriminalisation ne concerne que le Code criminel (ou toute loi de nature criminelle), et ne signifie pas que l'on retire la compétence du système juridique dans son ensemble. D'autres lois non criminelles peuvent réguler et contrôler le comportement qui a été décriminalisé (infractions civiles, réglementaires, etc.).

Déjudiciarisation

Réfère aux mesures alternatives à la poursuite ou à la condamnation pénale d'un acte qui demeure par ailleurs prohibé. La déjudiciarisation peut se faire avant la mise en accusation, par exemple si la personne inculpée consent à suivre un traitement. Elle peut aussi se faire au moment de la sanction, et prend alors la forme de sanctions de travail communautaire ou de traitement.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Demi-vie

Temps requis pour la diminution de moitié de la concentration d'une drogue dans le sang. La demi-vie d'élimination du THC est en moyenne de 4,3 jours. Suite au phénomène de tolérance métabolique, les consommateurs réguliers métabolisent et excrètent le produit plus rapidement que les usagers occasionnels. D'autre part, à cause de sa très grande liposolubilité, l'administration répétée du THC provoque son accumulation dans les graisses. Du fait de ce stockage graisseux, la demi-vie d'élimination tissulaire du THC peut atteindre 7 à 12 jours chez les consommateurs réguliers. La consommation prolongée du cannabis se traduit donc par une période d'élimination plus longue du THC. Ainsi, même après une semaine, 20 à 30 % du THC administré et ses métabolites demeurent dans l'organisme. Le THC et ses métabolites sont graduellement excrétés dans l'urine (environ un tiers) et dans les matières fécales (environ deux tiers). Des traces de THC ou de ses métabolites peuvent être détectées dans l'urine jusqu'à 30 jours après sa consommation

Dépénalisation

Opération consistant à modifier les peines (sanctions) associées à un acte dans le Code criminel. La dépénalisation signifie la plupart du temps le fait d'abroger les dispositions permettant une sanction d'incarcération.

Dépendance

État où l'utilisateur de drogue continue de consommer même si l'usage entraîne des problèmes qui peuvent être d'ordre physique, psychologique, relationnel, familial, ou social. La dépendance est un phénomène complexe qui peut avoir des composantes génétiques. La dépendance psychologique renvoie aux effets psychiques caractérisés par le désir insistant et persistant de consommer la drogue. La dépendance physique renvoie aux mécanismes d'adaptation de l'organisme à la consommation prolongée et peut s'accompagner d'une tolérance acquise. L'Association psychiatrique américaine propose 7 critères (voir chapitre 7).

Dopamine

Neuromédiateur impliqué notamment dans les mécanismes de perception du plaisir.

Drogue

Terme qui renvoie généralement aux substances illicites par opposition à d'autres substances telles l'alcool, la nicotine ou des médicaments psychotropes. En pharmacologie, le terme réfère à tout agent chimique qui modifie les processus biochimiques ou physiologiques des tissus ou de l'organisme. En ce sens, le terme drogue s'applique à toute substance qui est consommée principalement pour ses effets psychoactifs.

Effets aigus

Se dit des effets résultant de l'action ponctuelle d'un médicament et généralement des effets à court terme. Ces effets peuvent être centraux (sur les fonctions cérébrales) ou périphériques (sur le système nerveux).

Effets chroniques

Se dit des effets qui se développent avec le temps, à la suite de la prise ou de l'administration régulière d'une substance. Dans le rapport, nous avons préféré parler des conséquences de l'usage prolongé plutôt que d'effets chroniques.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Escalade (théorie de)

Théorie qui suggère une séquence progressive dans l'utilisation des drogues, nicotine, alcool, cannabis, puis les drogues « dures ». Elle repose sur une association statistique entre l'usage de drogues dures et le fait que ces personnes aient d'abord consommé du cannabis. Cette théorie n'a reçu aucune validation empirique et est tombée en désuétude.

Haschich

Résine issue de la plante de cannabis et transformée en pâte.

Intoxication

Perturbations qu'exerce une substance sur l'organisme. On distingue généralement quatre niveaux d'intoxication : légère, modérée, grave et mortelle.

Joint

Cigarette de marijuana, avec ou sans tabac. Le fait que deux cigarettes ne soient jamais identiques rend difficile l'analyse scientifique des effets du principe actif, notamment pour les études sur le cannabis thérapeutique.

Légalisation

Système de réglementation permettant la culture, production, fabrication, commercialisation, vente et usage de substances. Un système de légalisation peut être avec (réglementation) ou sans (libre marché) contrôles de l'État.

Liposolubilité

Propriété biophysique d'une substance de se répandre et se dissoudre plus ou moins facilement dans les graisses de l'organisme. Le THC est très liposoluble.

Marijuana

Nom mexicain qui désigne initialement une cigarette de mauvaise qualité. Par extension est devenu un équivalent pour désigner le cannabis.

Narcotique

Substance provoquant un état de torpeur ou un sommeil artificiel.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

L'OEDT a été créé en 1993 pour apporter à la Communauté européenne et à ses États membres "des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences". Les informations statistiques, documentaires et techniques traitées ou produites par l'Observatoire fournissent à son audience une image d'ensemble sur le phénomène des drogues en Europe. L'Observatoire travaille uniquement dans le domaine de l'information. Il est composé d'un réseau de correspondants nationaux dans chacun des pays de l'Union.

Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS ou Organe) est un organisme de contrôle indépendant et quasi-judiciaire chargé de l'application des conventions des Nations Unies sur les drogues; il a été créé en 1968 par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Il a eu des prédécesseurs créés par les précédentes conventions sur les drogues, dès l'époque de la Société des Nations. L'organe est maintenant chargé de faire des recommandations à la

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Commission sur les narcotiques relativement aux substances à placer dans les annexes des conventions.

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Créée en 1948, l'OMS est l'agence des Nations Unies spécialisée dans les questions de santé. Son mandat est de favoriser le plus haut degré de santé possible. La santé est définie comme un état global de bien-être physique, psychologique et social et non seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité.

Office of national drug control policy (ONDCP) USA

Office national sur la politique de contrôle des drogues. Créé en 1984 sous la présidence Reagan, l'Office relève de la Maison Blanche. L'Office coordonne la politique américaine sur les drogues et gère un budget d'environ 18 milliards \$ US par année.

Opiacé

Substance contenant de l'opium ou exerçant une action comparable à celle de l'opium.

Pharmacodépendance

Voir dépendance.

Porte d'entrée (théorie de la)

Aussi nommée théorie de l'introduction. Semblable à la théorie de l'escalade mais renvoie plus spécifiquement au fait que les personnes qui se procurent du cannabis viennent en contact avec des milieux potentiellement criminogènes du fait que le cannabis soit illégal.

Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID)

Mieux connu sous l'acronyme anglais UNDCP. Fondé en 1991, le Programme a pour objectif d'informer le monde sur les dangers de l'abus de drogues. Le programme vise à renforcer l'action internationale contre la production, le trafic et la criminalité liée aux drogues en proposant des programmes de développement alternatif, de monitoring des cultures et de lutte au blanchiment d'argent. Le programme d'évaluation globale veut aussi fournir des données fiables et le programme d'assistance juridique aide les pays à rédiger des lois adéquates ainsi qu'à former le personnel du système de justice. Le PNUCID relève du Bureau des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime.

Prohibition

Terme issu historiquement de la prohibition de l'alcool aux États-Unis entre 1919 et 1933. Par extension, ce terme renvoie aux politiques poursuivies par les États et par les Nations Unies qui visent une société sans drogue. La prohibition est un système fondé sur l'interdiction de la fabrication et de l'usage de drogues à l'exception des usages scientifiques et médicaux.

Psychotrope

Substance qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement mental, entraînant des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques et organiques. De manière spécifique réfère aux médicaments utilisés dans le traitement de troubles mentaux, tels les neuroleptiques, les anxiolytiques, etc. Renvoie aux médicaments couverts par la Convention de 1971.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Réglementation

Système de contrôle qui précise les conditions sous lesquelles il est permis de fabriquer, produire, commercialiser, prescrire, vendre ou acheter une substance. La réglementation peut être axée sur la prohibition (comme c'est le cas actuellement pour les drogues illicites) ou sur l'accès contrôlé (comme pour les médicaments psychotropes et l'alcool). Notre proposition de régime d'exemption sous conditions repose sur une approche réglementaire.

Société des Nations (SDN)

Prédécesseur de l'ONU, la SDN était l'organisation internationale des états jusqu'en 1938.

Stupéfiant

Se dit souvent des substances dont les effets psychoactifs peuvent entraîner des effets de tolérance et de dépendance. Plus correctement, ce terme ne devrait s'utiliser que pour désigner les dépresseurs du système nerveux central tels les opiacés.

Substance psychoactive

Substance qui modifie les processus mentaux tels la pensée ou les émotions. Terme plus neutre que drogue, et qui ne distingue pas les substances selon leur statut juridique (licites, illicites) c'est celui que nous préférons utiliser dans le rapport.

Tétrahydrocannabinol (D9-THC)

Principal composant actif du cannabis, le Δ 9-THC est très liposoluble, a une demi-vie d'élimination très longue, et ses effets psychoactifs sont modulés par les autres cannabinoïdes du cannabis. À l'état naturel, le cannabis contient entre 0,5 % et 5 % de concentration en THC. Les modes de culture sophistiqués, la sélection des plants, le choix entre des plants femelles, permettent d'atteindre des concentrations plus élevées, pouvant dans certains cas aller jusqu'à 30 %.

Tolérance

État induit par la consommation chronique d'une substance menant à une diminution de la réponse de l'organisme et une capacité plus grande de supporter ses effets.

Toxicité

Qualité spécifique à une substance d'entraîner l'intoxication. Le cannabis a une toxicité très faible et ne présente à peu près aucun risque de surdose.

Toxicomanie

Terme le plus fréquemment utilisé en langue française pour désigner les phénomènes que l'anglais désigne sous le terme *addiction*. Usage répété d'une ou plusieurs substances de telle sorte que l'usager (alors désigné sous le terme «toxicomane») est en état régulier ou chronique d'intoxication, ressent le besoin de consommer, a de la difficulté à cesser la prise, et cherche à se procurer la substance. Cet état est généralement caractérisé par la tolérance et la dépendance à la substance ainsi que par un usage compulsif. Malgré son usage répandu, l'OMS a recommandé dès 1960 d'en abandonner l'usage pour cause d'imprécision, et de lui préférer le terme de dépendance.

PARTIE IV

OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 19

LE CONTEXTE JURIDIQUE INTERNATIONAL

Ce chapitre pourrait commencer et se terminer sur une phrase : l'architecture des conventions internationales sur les drogues est un carcan qui, en ce qui concerne du moins le cannabis, est tout à fait irrationnel et n'a rien à voir avec des considérations scientifiques ni de santé publique.

Un carcan fort utile par ailleurs pour poursuivre une politique de prohibition, car lorsqu'à bout d'arguments scientifiques et de santé publique, les tenants de l'approche prohibitionniste ont beau jeu de s'en remettre aux conventions que le Canada a signées. Plus que signées en fait puisque grâce à certains hommes, policiers et fonctionnaires fédéraux, il en a été l'un des principaux protagonistes.

Il existe actuellement trois conventions qui régissent toutes les phases de la vie des drogues, depuis la culture des plantes jusqu'à la consommation personnelle. Ce sont la *Convention unique sur les stupéfiants de 1961* (Convention unique)¹, la *Convention sur les substances psychotropes* de 1971 (Convention sur les psychotropes)², et la *Convention contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes* de 1988³ (Convention sur le trafic illicite). En plus de créer un droit international sur les drogues, elles créent aussi des organes et des modes de contrôle, soit politique soit bureaucratique.

Mais ces conventions ont une histoire qui a commencé bien avant la Convention unique. Histoire qui permet de mieux saisir les enjeux qui ont présidé à leur élaboration et de saisir le sens de ce qu'elles sont aujourd'hui ; c'est l'objet de la première section. Ces conventions créent des obligations, comme le suggère la deuxième section, des obligations détaillées mais qui n'en sont pas moins des obligations morales plutôt que des obligations en droit interne. Et ces conventions sont un patchwork de compromis laissant aux États une certaine marge de manœuvre que nous explorons à la troisième section.

¹ Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (RTC 1964/30), modifiée par le Protocole portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (RTC 1976/48). La Convention unique est entrée en vigueur au Canada en 1964 et le Protocole en 1976.

² Convention sur les substances psychotropes, RTC 1988/35. Cette Convention est entrée en vigueur au Canada en 1988.

³ Convention contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes, RTC 1990/42, entrée en vigueur au Canada en 1990.

ÉLÉMENTS DE GÉNÉALOGIE

L'architecture des conventions internationales qui régissent la production et le commerce des drogues est fascinante et unique. Tout commence au milieu du XIX^e siècle alors que Royaume-Uni et la Chine se sont livrées deux guerres, rapidement gagnées par les Britanniques, au sujet du commerce de l'opium. Et dans cette partie de l'histoire, les rôles sont inversés : les Britanniques qui détiennent le monopole de l'opium de la Compagnie des Indes refusent d'abandonner ce commerce lucratif, alors que la Chine tente, depuis plusieurs décennies, de mettre fin à l'usage de l'opium, non pas tant pour des raisons sanitaires que pour des raisons économiques car ce trafic lui coûte cher.

[Traduction] « *La Chine avait longtemps dominé les relations commerciales avec l'Occident, exportant soieries, poteries fines, thés et autres produits, tandis qu'elle attendait peu de l'extérieur. (...) L'exportation d'opium vers la Chine devenait ainsi, pour les gouvernements coloniaux, une manière de résoudre leur déficit commercial avec la Chine. La production d'opium était un gagne-pain pour de nombreux paysans, marchands, banquiers et fonctionnaires de l'état. Les exportations vers la Chine étaient une source de monnaie forte, réduisant ainsi les flux sorties de capitaux.* »⁴

Alors que Royaume-Uni regimbe à instaurer des mécanismes de contrôle qui la priveraient de cette rentrée de devises fortes, les États-Unis comprennent, au début du siècle, qu'il s'agit là d'une occasion rêvée pour s'imposer sur la scène internationale.

À ces éléments de géopolitique des drogues avant l'heure, se mélangent en un savant cocktail des attitudes racistes, des intérêts économiques et des intérêts de politique intérieure bien compris. Nous avons déjà fait mention, aux chapitres 10 et 12 de certains aspects du racisme antichinois qui ont marqué le début du siècle au Canada. La même chose se vérifiait aux États-Unis.

« *Les États-Unis ont plusieurs raisons de donner suite à cette proposition. La raison officielle est d'ordre moral : à une époque où les ligues de tempérance et les églises réclament la Prohibition, l'Amérique puritaine décide de prendre la tête de la croisade mondiale de la civilisation. Elle prétend protéger les races non civilisées des méfaits de l'opium et des boissons alcooliques. Mais elle a également d'autres raisons moins avouables. Sous la pression des syndicats qui redoutent la concurrence de la main-d'œuvre d'origine chinoise, elle vote les Exclusion Laws, textes ouvertement xénophobes, destinés à contenir le péril jaune. Elle répand alors le mythe de « l'immonde opiomane chinois », adonné à son vice et prêt à contaminer la jeunesse américaine.* »⁵

Le gouvernement chinois a évidemment protesté fortement contre ces lois, mais l'Empire du Milieu, victime de ses conflits et de sa désorganisation interne, avait peu de moyens de s'imposer sur la scène internationale. Tout en continuant sa lutte contre la

⁴ McAllister, W.B., (1999) *Drug Diplomacy in the Twentieth Century. An international history.* Pages 10-11.

⁵ Caballero, F. et Y. Bisiou (2000) *Droit de la drogue.* Paris : Dalloz, 2^e édition, page 36.

consommation d'opium sur son territoire, la Chine s'est donc mise elle-même à favoriser la production locale du pavot.

Par ailleurs, l'industrie pharmaceutique, qui était en pleine croissance depuis le milieu du XIXe siècle, pouvait produire de plus en plus de médicaments à faible prix, dont plusieurs contenaient des extraits de coca ou d'opium.

[Traduction] « *Au milieu des années 1880, la réaction euphorique à la découverte de la cocaïne fit boule de neige. Les compagnies pharmaceutiques s'empressèrent de passer des commandes, mais comme la quantité de feuilles de coca fraîches était insuffisante, les prix ont explosé. Pour satisfaire à la demande et participer à la manne, certaines puissances impériales augmentèrent leurs efforts afin de développer le commerce de la coca. (...) En quelques années, la production augmenta significativement, la production de pâte de coca se répandait, tandis que les feuilles de coca étaient une marchandise négociée sur les places financières et que les compagnies pharmaceutiques se faisaient la lutte pour les meilleurs prix, la disponibilité et la qualité du produit. Encore peu disponible en 1885, la cocaïne devint bientôt l'emblème de l'économie politique internationale, moderne et technologique. (...) Au début du XXe siècle, la cocaïne était en troisième place en terme de valeur parmi toutes les drogues, la popularité encore plus grande de la morphine et de la quinine résultant de la même constellation de facteurs – un complexe pharmaceutico-industriel en pleine expansion.* » ⁶

Troisième élément, la professionnalisation et le pouvoir social croissants du corps médical. Il s'agissait en quelque sorte de lutter contre une médecine populaire, réputée génératrice d'abus et de charlatanisme, mais surtout exercée en marge des corporations de médecins et donc moins contrôlée par « l'autorité » médicale savante. Sûr de sa science, le puissant lobby médical allait rapidement s'imposer pour demander une réglementation des drogues et le pouvoir unique de diagnostic et de prescription.

Enfin, quatrième élément et non le moindre, s'ajoutent les considérations morales. Les mouvements de tempérance luttant contre les « vices » moraux et sociaux que représentaient l'alcool et les drogues étaient en pleine expansion et portaient un pouvoir politique important que les prohibitionnistes ont su utiliser brillamment.

Le coup de pouce final viendra de la décision, en 1906, du nouveau gouvernement britannique libéral de s'opposer au commerce de l'opium imposé entre l'Inde et la Chine, si bien que le gouvernement chinois a pu amorcer une vaste campagne contre la consommation et la production de l'opium. La Grande-Bretagne a convenu, en 1907, de réduire de 10 % par année les exportations d'opium indien vers la Chine, tant que cette dernière permettrait une vérification indépendante des réductions apportées à sa propre production. L'accord s'est avéré plus efficace que ne l'avaient prévu les deux pays, jusqu'à la chute de la dynastie Manchu (Ch'ing) en 1911, après laquelle les seigneurs de guerre chinois ont commencé à encourager la production de l'opium sur une grande échelle en vue de financer leurs dépenses militaires. Néanmoins, les futurs tenants de la prohibition devaient considérer l'« accord de dix ans » de 1907 comme le premier « traité » de l'opium couronné de succès ; pendant les 60 prochaines années, cet

⁶ McAllister, *op. cit.*, pages 15-16.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

accord allait donner le ton aux négociations relatives au contrôle international des stupéfiants⁷. La table était mise pour la première d'une longue suite de conférences internationales et de traités et conventions qui en ressortiraient, comme le démontre le tableau suivant.⁸

Accords multilatéraux sur les stupéfiants et les substances psychotropes⁹

<i>Date et lieu de la signature</i>	<i>Titre de l'accord</i>	<i>Date d'entrée en vigueur</i>
26 février 1909 Shanghai, Chine	Résolutions finales de la Commission internationale de l'opium ¹	Sans objet
23 janvier 1912 La Haye, Pays Bas	Convention internationale de l'opium	11 février 1915 / 28 juin 1919 ²
11 février 1925 Genève, Suisse	Accord concernant la fabrication, le commerce intérieur et l'usage de l'opium préparé	28 juillet 1926
19 février 1925 Genève, Suisse	Convention internationale de l'opium	25 septembre 1928
13 juillet 1931 Genève, Suisse	Convention pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants ³	9 juillet 1933
27 novembre 1931 Bangkok, Thaïlande	Accord sur le contrôle de la consommation d'opium dans l'Extrême-Orient	22 avril 1937
26 juin 1936 Genève, Suisse	Convention pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles	26 octobre 1939
11 décembre 1946 Lake Success, New York, É.-U.	Protocole portant amendement aux Accords, Conventions et Protocoles sur les stupéfiants, conclus à La Haye le 23 janvier 1912, à Genève le 11 février 1925, le 19 février 1925 et le 13 juillet 1931, à Bangkok le 27 novembre 1931, et à Genève le 26 juin 1936	11 décembre 1946
19 novembre 1948 Paris, France	Protocole plaçant sous contrôle international certaines drogues non visées par la Convention du 13 juillet 1931 pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants, amendé par le Protocole signé à Lake Success, New York, le 11 décembre 1946	1 ^{er} décembre 1949
23 juin 1953 New York, É.-U.	Protocole visant à limiter et à réglementer la culture du pavot, ainsi que la production, le commerce international, le commerce de gros et l'emploi de l'opium	8 mars 1963
30 mars 1961	Convention unique sur les stupéfiants de 1961	13 décembre 1964

⁷ McAllister, *op. cit.*, pages 24-27.

⁸ Ce tableau, ainsi que le texte de cette section sont le fruit de l'excellent rapport préparé à la demande du Comité par la Bibliothèque du Parlement : Sinha, J. (2001) *L'histoire et l'évolution des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement, Direction de la recherche parlementaire, disponible sur le site Internet du Comité à www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

⁹ Sources : Recueil des traités du Canada; Kettil Bruun, Lynn Pan et Ingemar Rexed, (1975) *The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol*, Chicago : University of Chicago Press; États-Unis, (1972) *International Narcotics Control: A Source Book of Conventions, Protocols, and Multilateral Agreements, 1909-1971*, Washington (D.C.), Bureau of Narcotics & Dangerous Drugs.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

New York, É.-U.		
21 février 1971 Vienne, Autriche	Convention sur les substances psychotropes	16 août 1976
25 mars 1972 Genève, Suisse	Protocole portant amendement à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961	8 août 1975
20 décembre 1988 Vienne, Autriche	Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes	11 novembre 1990

¹ Il s'agit de l'unique document du Tableau qui n'est pas un traité multilatéral exécutoire. Nous l'avons inclus parce qu'il marque le début d'une importante collaboration internationale en matière de contrôle de stupéfiants.

² La Chine, les Pays Bas et les États-Unis ont mis en application la Convention en 1915 (le Honduras et la Norvège ont emboîté le pas la même année). C'est uniquement à l'intégration de la Convention dans le Traité de Versailles en 1919 qu'elle est entrée en vigueur à l'échelle mondiale.

³ Modifiée par le Protocole signé à Lake Success, New York, le 11 décembre 1946.

La Conférence de Shanghai (1909)

L'intérêt des États-Unis à l'égard du contrôle international des stupéfiants s'est considérablement accru à la suite de la Guerre hispano-américaine, qui a mené à l'acquisition des Philippines par l'Amérique en 1898.¹⁰ Avec cette acquisition, l'administration américaine héritait en effet d'une situation qui, à ses yeux, constituait un problème sérieux : un monopole étatique de l'approvisionnement en opium. Sous la direction du nouvel évêque épiscopal des Philippines, Charles Henry Brent, le monopole a été aboli, mais la contrebande continuait ; Brent, qui percevait le problème de l'opium comme une question morale et l'usage de stupéfiants comme un « *vice social... un crime* » a convaincu le président Theodore Roosevelt d'appuyer l'organisation d'une réunion internationale à Shanghai afin de corriger ce qui était manifestement un problème régional.¹¹

En février 1909, la Commission internationale de l'opium¹² s'est réunie à Shanghai, et Brent en était le président. Toutefois, parce que les participants ne disposaient pas des pouvoirs plénipotentiaires requis pour conclure un traité, le résultat de la réunion a été simplement une compilation de faits et un ensemble de recommandations non contraignantes. Durant les discussions au sujet du mandat de la Commission, on s'est demandé si cette dernière devait tenir compte de questions de nature médicale associées aux drogues, telles que la toxicomanie et son traitement ; la proposition a été rejetée (par une majorité d'une voix) parce qu'on croyait que la représentation de l'expertise médicale était inadéquate à la réunion.¹³ Il s'agissait d'un

¹⁰ Lowes, P.D., (1966) *The Genesis of International narcotics Control*. Genève : Droz, page 102.

¹¹ Bewley-Taylor, D.R., (1999) *The United States and International Drug Control.*, page 19.

¹² La Commission réunissait toutes les puissances coloniales de la région – la Grande-Bretagne, la France, l'Allemagne, le Japon, les Pays-Bas, le Portugal et la Russie – ainsi que la Chine, le Siam [aujourd'hui la Thaïlande], la Perse [aujourd'hui l'Iran], l'Italie et l'Autriche-Hongrie (McAllister (2000)) *op. cit.*, page 28).

¹³ Bruun *et coll.*, (1975), *op. cit.*, page 11; Lowes (1966), *op. cit.*, page 187-188.

précédent lourd de conséquences : à la plupart des réunions futures, il y aurait surtout des diplomates et des fonctionnaires, et une contribution peu importante des experts en médecine.

Les négociations menées durant les réunions de la Commission ont préparé le terrain pour les conférences subséquentes. Les États-Unis, représentés de manière agressive par Hamilton Wright, ont tenté de convaincre les puissances coloniales d'appuyer une définition étroite de l'« usage légitime » de l'opium, selon laquelle tout usage non médical ou non scientifique – à la lumière des normes médicales et scientifiques occidentales – serait jugé illicite. Les puissances coloniales ont défendu une approche moins rigoureuse, qui permettrait un « usage quasi-médical ». Dans la formulation finale de la Résolution 3, la Commission concluait que [Traduction] « *l'usage de l'opium à toute fin autre que des fins médicales est considéré par presque tous les pays participants comme étant sujet à la prohibition ou à une réglementation prudente ; et chaque pays, dans le cadre de l'administration de son système ou de sa réglementation, vise dans la mesure du possible une rigueur de plus en plus grande* » [soulignés dans le texte original].

La Commission était, dans les faits, très peu « internationale ». On a ciblé principalement les problèmes liés à l'opium en Chine – cinq des neuf résolutions désignaient la Chine explicitement – et les États-Unis et la Grande-Bretagne ont dominé les discussions. Les États-Unis voulaient imposer la prohibition et estimaient que la Chine avait besoin d'aide pour venir à bout des problèmes liés à l'opium à l'intérieur de ses frontières. La Grande-Bretagne tentait de protéger son lucratif commerce d'opium indien, avançant que l'interruption de ce commerce serait inutile tant que la Chine ne maîtriserait pas sa production nationale.¹⁴

Il convient de signaler les objectifs politiques et économiques nationaux qui sous-tendaient la position rigoureuse de la délégation américaine à la réunion de Shanghai et qui devaient avoir une incidence sur les négociations ultérieures. On présomait que si les autres pays réglementaient leur production et leurs exportations d'opium, les États-Unis n'auraient pas à assumer cette tâche, puisque le pavot et la feuille de coca n'avaient jamais poussé en quantités importantes en Amérique du Nord. De plus, les accords internationaux poussant les pays à adopter des mesures internes drastiques renforçaient la position de Brent et de Wright, qui pressaient le gouvernement américain d'élaborer des lois rigoureuses en matière de contrôle des stupéfiants.¹⁵

¹⁴ Walker III, W. O., (1991) *Opium and Foreign Policy: The Anglo-American Search for Order in Asia, 1912-1954*, Chapel Hill (C. du N.) : University of North Carolina Press, pages 16-17; Lowes (1966), *op. cit.*, pages 152-153.

¹⁵ Musto, D.F., (1999) *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. 3^e édition, Oxford : Oxford University Press, pages 36-37.

La Convention internationale de l'opium de 1912 (La Haye)

À la réunion de Shanghai, les Américains avaient proposé la tenue d'une conférence pour élaborer un traité de contrôle international des stupéfiants qui inclurait les résolutions de Shanghai, mais dans une formulation élargie et plus rigoureuse. D'autres pays ont contesté cette proposition, si bien qu'elle est restée lettre morte. Cependant, au cours des années suivantes, les États-Unis ont fait campagne continuellement et vigoureusement partout dans le monde en vue d'une nouvelle conférence. S'attaquer au problème de l'opium directement, publiquement et à l'échelle internationale était pour les États-Unis un moyen de réaliser leurs objectifs nationaux en matière de contrôle des stupéfiants, soit mettre un terme au lucratif commerce de stupéfiants dominé par les puissances coloniales et, gagnant la faveur des Chinois, améliorer ainsi les relations économiques sino-américaines.¹⁶

Douze pays ont accepté de se réunir à La Haye, le 1^{er} décembre 1911, afin d'élaborer un traité.¹⁷ Encore une fois, Brent présidait la réunion et Wright dirigeait la délégation américaine. La plupart des pays avaient exigé des modifications au programme proposé par les États-Unis, qui visait principalement un contrôle rigoureux de la production, de la fabrication et de la distribution de l'opium en Asie. Par exemple, la Grande-Bretagne insistait pour que les drogues de synthèse – telles que la morphine, l'héroïne et la cocaïne – soient incluses dans les débats. Il s'agissait d'une tentative de diluer le programme axé sur l'opium et de détourner l'attention de la production d'opium indien. La Grande-Bretagne espérait aussi qu'un traité équitable entraînerait des règles de jeu uniformes permettant aux sociétés pharmaceutiques britanniques de rivaliser avec l'industrie allemande, qui dominait alors le secteur des drogues de synthèse.¹⁸

Les chapitres I et II de la *Convention internationale de l'opium de 1912*¹⁹ (Convention de La Haye de 1912) visaient l'opium brut et traité. Par exemple, l'article 1 exigeait que les parties [Traduction] « adoptent des lois et règlements efficaces visant à contrôler la production et la distribution de l'opium brut », à moins que de telles lois ne soient déjà en vigueur. La Convention reconnaissait aussi le principe (proposé par la délégation américaine) que l'usage de l'opium soit restreint aux fins médicales et scientifiques. Le chapitre IV visait à réduire le trafic de stupéfiants en Chine.

La chapitre III portait sur le contrôle de l'autorisation, de la fabrication et de la distribution des drogues de synthèse, mais l'Allemagne a veillé à ce que les dispositions soient faibles et vagues. L'article 10 permettait aux pays de déployer leurs « meilleurs efforts » en vue de mettre en oeuvre ces contrôles. De plus, l'Allemagne a refusé de

¹⁶ McAllister, W.B., (1992) «Conflicts of Interest in the International Drug Control System », dans Walker III, W.O., (ed.) *Drug Control Policy: Essays in Historical and Comparative Perspective*, University Park (Pennsylvanie) : Pennsylvania State University Press, page 145.

¹⁷ Ces pays étaient l'Allemagne, la Chine, les États-Unis, la France, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, l'Italie, le Japon, la Perse [aujourd'hui l'Iran], le Portugal, la Russie et le Siam [aujourd'hui la Thaïlande].

¹⁸ McAllister (2000), *op. cit.*, pages 32-33; Bruun *et coll.*, (1975), *op. cit.*, pages 11-12.

¹⁹ Conclue le 23 janvier 1912, entrée en vigueur le 28 juin 1919.

signer le traité avant qu'on ne convienne que tous les pays devaient ratifier²⁰ la Convention pour qu'elle entre en vigueur. Il s'agissait d'une tactique efficace pour retarder les mesures de contrôle, puisqu'il a fallu près d'une décennie avant que tous les pays aient ratifié le traité – l'Allemagne elle-même a procédé à la ratification uniquement parce qu'il s'agissait d'une des conditions du Traité de Versailles de 1919 mettant un terme à la Première Guerre mondiale.²¹

Wright s'est servi de la Convention de La Haye de 1912 dans sa campagne en faveur d'une loi antidrogue américaine : selon lui, il fallait une loi fédérale pour que les États-Unis s'acquittent de leurs obligations dans le cadre de la Convention. En 1916, la Cour suprême des États-Unis a tranché dans le sens contraire, mais entre-temps la *Harrison Narcotics Act of 1914* était devenue la première loi fédérale sur le contrôle des stupéfiants aux États-Unis ; elle allait demeurer un pilier de la politique américaine en matière de lutte antidrogue pour les décennies à venir.²²

La création de la Société des Nations (SDN) en 1919, à la suite de la Première Guerre mondiale, dotait la collectivité internationale d'un organisme central pour l'administration du contrôle des stupéfiants. En 1920, la SDN a mis sur pied le Comité consultatif sur le trafic de l'opium et d'autres drogues nuisibles – connu sous le nom du Comité consultatif de l'opium (CCO), le précurseur de la Commission des stupéfiants des Nations Unies. L'Organisation d'hygiène de la Société des Nations – précurseur de l'Organisation mondiale de la santé des Nations Unies – a également été créée. L'administration de la Convention de La Haye de 1912 relevait initialement des Pays-Bas, mais a été transférée à la Commission de contrôle de l'opium par le CCO. La mise en application de la Convention était peu étendue, car les pays siégeant à la Commission de contrôle de l'opium étaient ceux qui profitaient le plus du commerce des stupéfiants.²³

La SDN s'est mise à examiner les questions sociomédicales (les enjeux liés à la « demande »), telles que les raisons qui poussent les gens à consommer de la drogue, les comportements qui constituent un usage abusif et les facteurs sociaux qui ont une incidence sur l'usage abusif. Cependant, la prohibition et les enjeux liés à l'« offre » ont rapidement repris la préséance, avec les préparatifs et les pourparlers – encore une fois lancés par les États-Unis – en vue d'un nouveau traité au milieu des années 1920. De manière générale, le régime international tendait à séparer l'étude des problèmes

²⁰ La ratification est le processus par lequel chaque pays promulgue une loi nationale de mise en oeuvre – à moins que des lois internes répondent déjà aux nouvelles obligations internationales – et, ainsi, consent à l'application du traité à l'intérieur de son territoire.

²¹ McAllister (2000), *op. cit.*, pages 36-37; Bruun *et coll.*, (1975), *op. cit.*, page 12; Lowes (1966), *op. cit.*, pages 182-186

²² Musto (1999), *op. cit.*, pages 59-63. Étant donné que la constitution américaine ne permettait pas un rôle fédéral direct dans la criminalisation de l'usage de drogues, Wright a élaboré la *Harrison Act* sous la forme d'un règlement fiscal – les médecins, pharmaciens, grossistes et détaillants devaient obtenir un timbre-taxe pour distribuer des drogues – et la mise en application de ce règlement relevait du ministère du Trésor. Ainsi, on a limité l'usage en restreignant l'accès. (McAllister (2000), *op. cit.*, page 35).

²³ McAllister (1992), *op. cit.*, pages 145-146.

médicaux et sociaux associés aux drogues – y compris les questions étiologiques – des problèmes associés au contrôle antidrogue.²⁴

Les Conventions de l'opium de Genève (1925)

Même si les États-Unis avaient choisi de ne pas se joindre à la SDN, l'influence américaine sur les questions relatives au contrôle international des stupéfiants ne s'est pas estompée. Inquiets de l'effet limité de la Convention de La Haye de 1912 sur la contrebande de l'opium et, de plus en plus, sur celle des drogues fabriquées dans l'Asie de l'Est, les États-Unis ont pressé la SDN de convoquer une nouvelle conférence. La SDN craignait que si elle n'obtempérait pas, les États-Unis pourraient intervenir indépendamment.²⁵

Entre novembre 1924 et février 1925, deux conférences ont été tenues successivement et deux traités distincts ont été conclus. La première Convention de Genève²⁶ visait les nations productrices d'opium ; les signataires pouvaient vendre de l'opium uniquement par l'entremise de monopoles gouvernementaux et étaient tenus de mettre fin au commerce entièrement dans un délai de 15 ans.

La deuxième Convention de Genève, la *Convention internationale de l'opium*²⁷ (Convention de Genève de 1925), avait pour but d'assujettir à des contrôles mondiaux une gamme élargie de drogues, **y compris, pour la première fois, le cannabis** – désigné sous le nom de « Indian hemp » (marijuana) à l'article 11 de la Convention. Les articles 21 à 23 exigeaient que les parties soumettent des données statistiques annuelles sur : les stocks et la consommation de drogues, la production d'opium et de coca brut, ainsi que la fabrication et la distribution d'héroïne, de morphine et de cocaïne. Le chapitre VI substituait à la Commission de contrôle de l'opium un Comité central permanent de l'opium (CCPO)²⁸ comportant huit membres. Le chapitre V de la seconde Convention établissait un régime de certification des importations, supervisé par le CCPO, afin de contrôler le commerce international de la drogue en limitant les quantités que chaque pays pouvait importer légalement.

Alors que la Convention de La Haye de 1912 avait mis l'accent sur les contrôles nationaux, les Conventions de Genève tentaient d'améliorer le contrôle transnational. Les États-Unis avaient proposé une adhésion stricte au principe de l'usage exclusivement médical et scientifique de la drogue, ainsi que des contrôles rigoureux sur

²⁴ McAllister (2000), *op. cit.*, pages 46-50; Lowes (1966), *op. cit.*, page 188.

²⁵ McAllister (2000), *op. cit.*, pages 50-51.

²⁶ *Accord concernant la fabrication, le commerce intérieur et l'usage de l'opium préparé*, conclu le 11 février 1925, entré en vigueur le 28 juillet 1926.

²⁷ Conclue le 19 février 1925, entrée en vigueur le 25 septembre 1928.

²⁸ Le CCPO devait être impartial et dépourvu de parti pris politique, mais son fonctionnement demeure extrêmement politique encore aujourd'hui (il existe toujours). Depuis sa création, il a toujours compté un représentant de la Grande-Bretagne, des États-Unis et de la France (McAllister (2000), *op. cit.*, page 83).

la production des drogues à la source. Lorsque ces propositions ont essuyé un rejet catégorique à la seconde conférence, la délégation américaine a quitté la conférence et n'a jamais signé les traités. De plus, la délégation chinoise s'est retirée parce qu'aucun accord sur la suppression de la consommation de l'opium n'a pu être conclu.²⁹ Les deux pays se sont plutôt concentrés sur la mise en application de la Convention de La Haye de 1912.

La Convention de Genève pour limiter la fabrication et régler la distribution des stupéfiants (1931) / Accord de Bangkok sur la consommation d'opium (1931)

Le système de contrôle des importations mis en place à la suite de la Convention de Genève de 1925 ne s'est avéré efficace qu'en partie, car il suffisait d'acheminer les drogues par des pays non-signataires. En 1931, la Société des Nations a convoqué une nouvelle conférence à Genève afin d'imposer des limites à la fabrication de la cocaïne, de l'héroïne et de la morphine, et de contrôler leur distribution. Le résultat de cette conférence a été la *Convention pour limiter la fabrication et régler la distribution des stupéfiants*³⁰ (La Convention de limitation de 1931).

À compter de 1931, le Canada – qui s'était contenté de réagir aux efforts en matière de contrôle international des stupéfiants – a commencé à jouer un rôle actif en appuyant les efforts américains visant à élargir le contrôle à la source. Le colonel Charles Henry Ludovic Sharman, chef de la Division des stupéfiants – au sein du ministère des Pensions et de la Santé nationale – est devenu le maître d'oeuvre de la politique nationale et internationale du Canada en matière de drogues jusqu'aux années 1960. Le Canada, par l'entremise de Sharman, a grandement contribué aux négociations menant à la Convention de limitation de 1931.³¹

Il y avait aussi un nouvel acteur au sein de la délégation américaine : Harry J. Anslinger, premier Commissaire du nouveau *Federal Bureau of Narcotics* – il occuperait ce poste pendant 33 ans. Entièrement dévoué à la prohibition et au contrôle des stupéfiants à la source, Anslinger figure, de l'avis de nombreux observateurs, parmi ceux qui ont le plus grandement influencé l'élaboration de la politique américaine en matière de lutte antidrogues et, par conséquent, le contrôle international des stupéfiants jusqu'au début des années 1970.³²

L'élément central de la Convention de limitation de 1931 était le régime de limitation de la fabrication exposé dans les chapitres II et III. Les parties étaient tenues

²⁹ Bruun *et coll.*, (1975), *op. cit.*, page 14.

³⁰ Conclue le 13 juillet 1931, entrée en vigueur le 9 juillet 1933.

³¹ Giffen *et coll.*, (2000), *Panic and Indifference. The Politics of Canada's Drug Laws*. Ottawa : Centre canadien du lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, page 483.

³² Voir, par exemple, McAllister (2000), *op. cit.*, pages 89-90; Bewley-Taylor (1999), *op. cit.*, pages 102-164; Bruun *et coll.*, (1975) *op. cit.*, pages 137-141; Inglis, B. (1975) *The Forbidden Game: A Social History of Drugs*. Londres : Hodder & Stoughton, pages 181-190. Voir aussi Harry J. Anslinger et Will Oursler, « The War against the Murderers », dans Walker III, W.O. (1996) (ed.), *Drugs in the Western Hemisphere: An Odyssey of Cultures in Conflict*, Wilmington (Delaware), Scholarly Resources Inc., 1996.

de soumettre au CCPO des estimations de leurs besoins nationaux en matière de drogues à des fins médicales et scientifiques ; à la lumière de ces estimations, le CCPO devait calculer les plafonds de fabrication pour chacun des pays signataires. Un Organe de contrôle des stupéfiants (OCS) a été mis sur pied pour administrer le régime. L'article 26 réduisait considérablement l'efficacité de la Convention : les États n'assumaient aucune responsabilité découlant de la Convention en ce qui a trait à leurs colonies. L'article 15 obligeait les États à mettre sur pied une « administration spéciale » de contrôle national des stupéfiants, modelée dans une certaine mesure sur l'appareil de contrôle national américain.³³

La Convention est entrée en vigueur rapidement parce que plusieurs pays et la SDN croyaient qu'elle pourrait servir de modèle aux négociations sur le contrôle des armements. La SDN a même préparé un rapport visant à expliquer comment les principes établis dans la Convention de Genève de 1925 et la Convention de limitation pouvaient s'appliquer aux questions de désarmement.³⁴

À la fin de 1931, une nouvelle conférence a été organisée au sujet de la consommation d'opium en Extrême-Orient. Le traité³⁵ conclu était faible, principalement parce que les États-Unis ont assisté à la conférence à titre d'observateur et que les puissances coloniales européennes n'étaient pas disposées à mettre en place des moyens efficaces pour contrôler l'usage de l'opium pendant une période où la surproduction et la contrebande étaient importantes. Le fait que la stratégie américaine axée sur la prohibition totale avait peu d'effet sur la contrebande et la consommation d'opium dans les Philippines ne facilitait pas la tâche des États-Unis, qui proposaient l'élimination de la culture du pavot. La principale conséquence de la conférence de Bangkok a été de convaincre les États-Unis de la nécessité d'une approche plus ferme pour lutter contre la production des matières premières et la contrebande de drogues illicites.³⁶

La Convention pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles (Genève, 1936)

Prenant appui sur des initiatives menées par la Commission internationale de police criminelle – le précurseur de l'Organisation internationale de police criminelle (INTERPOL) – on a amorcé des négociations en 1930 en vue d'élaborer un traité pour

³³ Par la suite, Anslinger a régulièrement eu recours à cette disposition pour protéger sa position et éviter que le Federal Bureau of Narcotics soit modifié au moyen d'une réorganisation (McAllister (2000), *op. cit.*, pages 98 et 108-109).

³⁴ *Ibid.*, pages 110-111.

³⁵ Accord sur le contrôle de la consommation d'opium dans l'Extrême-Orient, conclu le 27 novembre 1931, entré en vigueur le 22 avril 1937.

³⁶ Taylor, A.C., (1969) *American Diplomacy and the Narcotics Traffic, 1900-1939: A Study in International Humanitarian Reform* Durham (N.C.) : Duke University Press, pages 275-279; McAllister (2000), *op. cit.*, page 106.

contrer le trafic illicite de drogues et punir sévèrement les trafiquants au moyen de sanctions criminelles.³⁷

En 1936, on a conclu la *Convention pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles*³⁸ (Convention pour la répression du trafic de 1936) à Genève. Les États-Unis, menés par Anslinger, avaient tenté d'inclure dans le traité la criminalisation de toutes les activités – la culture, la production, la fabrication et la distribution – liées à l'usage de l'opium, du coca (et de ses dérivés) et du cannabis à des fins autres que médicales et scientifiques. De nombreux pays se sont opposés à cette proposition et le trafic illicite est demeuré au cœur des débats.³⁹ L'article 2 de la Convention encourageait les pays signataires à utiliser leur système national de droit criminel afin de réprimer [Traduction] « sévèrement », « en particulier au moyen de l'incarcération ou d'autres sanctions de privation de la liberté », les actes directement liés au trafic de stupéfiants.

Les États-Unis ont refusé de signer la version finale de la Convention, qu'ils jugeaient trop faible, particulièrement en ce qui a trait à l'extradition, à l'extraterritorialité et à la confiscation des recettes du trafic. Les Américains craignaient aussi que, en signant le traité, ils aient à assouplir leur régime national de contrôle criminel afin de se conformer à la Convention. En fait, la Convention n'a jamais bénéficié d'une acceptation générale, puisque la plupart des pays intéressés à cibler les trafiquants ont conclu leurs propres traités bilatéraux.

Malgré la faiblesse de son impact général, la Convention pour la répression du trafic de 1936 marquait un point tournant : tous les traités antérieurs avaient porté sur la réglementation d'activités « licites » liées aux drogues, tandis que la Convention pour la répression du trafic de 1936 faisait de ces activités un crime international passible de sanctions pénales.

La Deuxième Guerre mondiale

À la fin des années 1930, le Comité consultatif de l'Opium (CCO) de la SDN a commencé à remettre en question le fait que le régime de contrôle international des stupéfiants soit axé sur la prohibition et la répression criminelle. Certains pays proposaient de contrer la toxicomanie au moyen d'approches liées à la santé publique, notamment le traitement psychologique, les centres de santé et les programmes de sensibilisation. Faisant valoir l'opinion américaine que seule l'institutionnalisation permettait de guérir les toxicomanes, Anslinger, appuyé par Sharman, a réussi à bloquer tous les efforts du CCO visant à envisager des approches sociales et étiologiques aux problèmes causés par la drogue. Sur l'insistance d'Anslinger, on a plutôt continué de mettre l'accent sur l'élaboration d'un nouveau traité pour imposer la prohibition et le contrôle de l'approvisionnement à l'échelle mondiale.⁴⁰

³⁷ Taylor (1969) *op. cit.*, pages 288-298

³⁸ Conclue le 26 juin 1936, entrée en vigueur le 26 octobre 1939

³⁹ Taylor (1969) *op. cit.*, pages 293-295.

⁴⁰ McAllister (2000), *op. cit.*, pages 126-127.

Ironiquement, en prévision de la guerre, de nombreux pays (en particulier les États-Unis) ont amassé des réserves d'opium et de produits de l'opium destinés à un usage médical.⁴¹ La Deuxième Guerre mondiale a mis en veilleuse le développement plus poussé de l'appareil de contrôle international des stupéfiants.

Le Protocole de Lake Success (1946)

Après la guerre, on a intégré les organismes et fonctions de contrôle des stupéfiants de la SDN au sein de la nouvelle Organisation des Nations Unies.⁴² Le Conseil économique et social des Nations Unies a assumé la principale responsabilité, par l'entremise de sa Commission des stupéfiants, qui remplaçait le CCO. Sous la direction de la Commission des stupéfiants, la Division des stupéfiants était chargée des travaux préparatoires aux conférences. Le CCPO et l'OCS ont poursuivi leurs activités sous la Commission des stupéfiants, assumant leurs rôles respectifs de compilation de statistiques pour les estimations nationales et d'administration des traités antérieurs. Le Canadien Sharman est devenu le premier président de la Commission des stupéfiants et il a siégé à l'OCS.

Tous ces changements sur le plan des responsabilités et de l'organisation nécessitaient des amendements aux traités de contrôle international des stupéfiants. On a convenu de ces amendements dans un Protocole⁴³ signé à Lake Success, New York, le 11 décembre 1946.

Le Protocole de Paris (1948)

Anslinger et Sharman ont déployé de nombreux efforts pour faire en sorte que la Commission des stupéfiants relève directement du Conseil économique et social, à titre d'organisation indépendante. Ils craignaient que, si le principal appareil de contrôle des stupéfiants était une plus vaste organisation chargée de la santé ou des enjeux sociaux – telle que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) – les questions liées à l'étiologie et au traitement puissent l'emporter sur la prohibition. En particulier, ils voulaient s'assurer que les gouvernements seraient représentés par des agents

⁴¹ La possibilité d'une guerre a accentué l'hypocrisie et le caractère opportuniste de la position américaine en matière de prohibition. En 1939, Anslinger [Traduction] « *tentait simultanément de réaliser un traité sous l'égide de la Société des Nations visant à réduire la production agricole dans les pays lointains, un accord régional qui lui permettrait de commencer la culture du pavot aux États-Unis, ainsi qu'un programme mondial d'acquisition qui a amassé la plus grande réserve d'opium licite jamais rassemblée* » (McAllister (2000), *op. cit.*, page 133).

⁴² Voir Bewley-Taylor (1999), *op. cit.*, pages 54-59; Bruun *et al.* (1975) *op. cit.*, pages 54-65

⁴³ Protocole portant amendement aux Accords, Conventions et Protocoles sur les stupéfiants conclus à La Haye le 23 janvier 1912, à Genève le 11 février 1925 et le 19 février 1925 et le 13 juillet 1931, à Bangkok le 27 novembre 1931, et à Genève le 26 juin 1936, conclu le 11 décembre 1946, entré en vigueur le 1^{er} décembre 1946.

responsables de l'application des lois, plutôt que par des médecins ou d'autres intervenants des domaines de la sociologie ou de la santé publique. De plus, l'URSS disait vouloir considérer les facteurs sociaux qui sous-tendent l'abus des drogues. Pour les puissances occidentales, être d'accord avec l'Union soviétique aurait miné leur position inébranlable à l'égard de Moscou et du communisme dans le cadre de la Guerre froide qui se dessinait.

Bien que le Conseil économique et social ait conservé la responsabilité principale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – et en particulier son comité d'experts des drogues engendrant la toxicomanie – a été chargée de déterminer quelles substances devaient être soumises à la réglementation.⁴⁴ Ce pouvoir a été attribué à l'OMS dans un Protocole international⁴⁵ signé à Paris en 1948. L'article premier prévoyait que si l'OMS constatait qu'une drogue [Traduction] « *est apte à engendrer la toxicomanie ou peut être convertie en un produit apte à engendrer la toxicomanie* », l'OMS déterminerait sa classification au sein de la structure de contrôle international des stupéfiants. Le Protocole plaçait également sous contrôle international certains opiacés synthétiques qui n'étaient pas visés par les traités antérieurs.

Le Protocole de l'opium de New York (1953)

À la fin des années 1940, il était clair que le nombre élevé de traités, comportant différents types et niveaux de contrôle, était une source de confusion et de complexité. Anslinger, Sharman et leurs alliés ont veillé à ce que la Commission des stupéfiants recommande au Conseil économique et social de réunir tous les traités existants en un seul document – ce qui serait également l'occasion de mettre en place des contrôles prohibitionnistes plus rigoureux.⁴⁶ Il a fallu mettre ce plan en veilleuse pendant une décennie lorsque le directeur de la Division des stupéfiants, Leon Steinig, a proposé la création d'un « monopole international de l'opium » en vue de mettre fin au trafic illicite et de garantir un approvisionnement de gros en opium licite.

Au long des années 1950, les tensions de la Guerre froide ont poussé Anslinger à reconstituer la réserve américaine d'opium et de dérivés de l'opium, souvent en effectuant des achats importants auprès de l'Iran par l'entremise d'entreprises pharmaceutiques américaines. De nombreux pays européens se constituaient aussi une réserve. Les entreprises pharmaceutiques multinationales dans ces pays et aux États-Unis craignaient qu'un monopole similaire à celui que proposait Steinig entraîne des

⁴⁴ Bruun *et al.* (1975), *op. cit.*, page 70.

⁴⁵ Protocole plaçant sous contrôle international certaines drogues non visées par la Convention du 13 juillet 1931 pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants, amendé par le Protocole signé à Lake Success, le 11 décembre 1946, conclu le 19 novembre 1948, entré en vigueur le 1^{er} décembre 1949

⁴⁶ Le Conseil économique et social (ECOSOC) a approuvé la recommandation au moyen de deux résolutions : 159 II D (VII) du 3 août 1948, et 246 D (IX) du 6 juillet 1949. Voir aussi McAllister (2000), *op. cit.*, page 172; Bewley-Taylor (1999) *op. cit.*, page 137.

restrictions et une hausse des prix. Anslinger et Sharman ainsi que les Britanniques, les Hollandais et les Français, ont mis fin aux discussions sur le monopole au sein de la Commission des stupéfiants. Le représentant français auprès de la Commission des stupéfiants, Charles Vaile, a suggéré un nouveau protocole de l'opium à titre de solution provisoire, en attendant le regroupement des traités. Le Conseil économique et social a approuvé une conférence de plénipotentiaires et Anslinger s'est servi de l'établissement de ce nouveau protocole pour imposer des contrôles mondiaux sévères de la production d'opium.⁴⁷

On a mis la dernière main au Protocole⁴⁸ (Protocole de l'opium de 1953) à New York en 1953. L'article 2 disposait carrément que les parties étaient tenues de « restreindre l'emploi de l'opium exclusivement aux besoins médicaux et scientifiques ». Le Protocole comportait diverses dispositions visant la culture du pavot, de même que la production et la distribution de l'opium. L'article 6 limitait la production de l'opium à sept pays, et les parties pouvaient importer ou exporter seulement l'opium produit dans un de ces pays.⁴⁹ Le Protocole de l'opium de 1953 comportait les dispositions de contrôle international les plus rigoureuses de l'histoire, mais n'a jamais obtenu le soutien qu'Anslinger avait souhaité. Ce n'est qu'en 1963 qu'il a atteint le nombre de ratifications requis pour sa mise en œuvre ; toutefois, à cette date, la Convention unique de 1961 avait déjà remplacé le Protocole.

LES TROIS CONVENTIONS ACTUELLES

La Convention unique sur les stupéfiants de 1961

La Convention unique a joué un rôle central dans la création du système moderne de contrôle international des stupéfiants axé sur la prohibition. Il s'agit d'un prolongement et d'un élargissement de l'infrastructure juridique élaboré entre 1909 et 1953.

Le regroupement des traités sur le contrôle international des stupéfiants en un seul instrument s'est amorcé en 1948, mais ce n'est qu'en 1961 qu'on a disposé d'une troisième version préliminaire acceptable qu'on pouvait présenter à une conférence de plénipotentiaires.⁵⁰ La conférence a débuté le 24 janvier 1961 à New York et 73 pays y

⁴⁷ McAllister (2000) *op. cit.*, pages 172-179.

⁴⁸ Protocole visant à limiter et à réglementer la culture du pavot, ainsi que la production, le commerce international, le commerce de gros et l'emploi de l'opium, conclu le 23 juin 1953, entré en vigueur le 8 mars 1963.

⁴⁹ Les sept pays producteurs étaient : la Bulgarie, la Grèce, l'Inde, l'Iran, la Turquie, l'URSS et la Yougoslavie.

⁵⁰ Délégué canadien auprès de la Commission des stupéfiants, Robert Curran, un agent du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, a joué le rôle le plus important dans la formulation d'un

étaient représentés, chacun ayant [Traduction] « *un programme fondé sur ses propres priorités nationales* », ⁵¹

William B. McAllister a réparti les États participants en cinq catégories distinctes, selon leur position et leurs objectifs en matière de contrôle des stupéfiants :

- *Groupe des États producteurs de matière première : À titre de producteurs de la matière première organique pour la plus grande partie de l'approvisionnement mondial en drogues, ces pays avaient été le point de mire traditionnel des efforts de contrôle international des stupéfiants. Ils étaient disposés à accepter un usage socioculturel de la drogue, puisqu'ils avaient connu un tel usage durant des siècles. Bien que l'Inde, la Turquie, le Pakistan et la Birmanie en aient été les chefs de file, le groupe comptait aussi les États producteurs de coca de l'Indonésie et de la région andine de l'Amérique du Sud, les pays producteurs d'opium et de cannabis de l'Asie du Sud et du Sud-Est, ainsi que les États producteurs de cannabis de la Corne de l'Afrique. Ils étaient en faveur de contrôles souples parce que les restrictions existantes à la production et à l'exportation avaient directement touché d'importantes sections de leur population et de leur industrie nationale. Ils appuyaient des efforts de contrôle nationaux tenant compte de leur situation nationale et se méfiaient des puissants organismes de contrôle international sous l'égide des Nations Unies. Bien qu'essentiellement impuissants à s'opposer à la philosophie prohibitionniste, ils ont, de fait, imposé un compromis en se concertant pour diluer la formulation du traité au moyen d'exceptions, d'échappatoires et de reports. Ils ont également demandé des aides au développement pour contrebalancer les pertes causées par les contrôles rigoureux.*
- *Groupes des États fabricants : Ce groupe comptait principalement des pays industrialisés occidentaux, dont les intervenants clés étaient les États-Unis, la Grande-Bretagne, le Canada, la Suisse, les Pays-Bas, l'Allemagne de l'Ouest et le Japon. Sans affinité culturelle à l'égard de la consommation des drogues d'origine végétale et confrontés aux effets de la toxicomanie chez leurs citoyens, ils préconisaient un contrôle très rigoureux de la production des matières premières brutes et du trafic illicite. En tant que principaux fabricants des psychotropes synthétiques (et appuyés par un lobby industriel déterminé), ils se sont fortement opposés aux restrictions injustifiées à la recherche médicale ou à la production et à la distribution des drogues de synthèse. Ces pays étaient en faveur de puissants organismes de contrôle supranational dans la mesure où ils conserveraient la direction de facto de ces organismes. Leur stratégie consistait essentiellement à [Traduction] « déplacer dans la mesure du possible le fardeau réglementaire vers les États producteurs des matières premières, tout en conservant la plus grande liberté possible dans leurs activités ».*
- *Groupe du contrôle rigoureux : Il s'agissait essentiellement des pays non-producteurs et non-fabricants qui n'avaient aucun intérêt économique dans le commerce de la drogue. Les principaux*

document qui serait acceptable pour tous les pays à titre de point de départ des négociations (McAllister (2000) *op. cit.*, page 205). Pour une analyse de cette troisième version préliminaire, voir Leland M. Goodrich, (1960) « New Trends in Narcotics Control », *International Conciliation*, n° 530, novembre.

⁵¹ McAllister (1992) *op. cit.*, page 148.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

intervenants étaient la France, la Suède, le Brésil et la Chine nationaliste. La plupart des États de ce groupe s'opposaient pour des raisons culturelles à l'usage de stupéfiants et souffraient de problèmes de toxicomanie. Ils étaient en faveur d'un usage exclusivement médical et scientifique, et étaient disposés à sacrifier une certaine mesure de leur souveraineté nationale pour garantir l'efficacité des organismes de contrôle supranational. Ils ont dû atténuer leurs exigences pour obtenir l'accord le plus général possible.

- *Groupe du contrôle faible : Ce groupe était mené par l'Union soviétique et comptait souvent ses alliés en Europe, en Asie et en Afrique. Ces pays considéraient le contrôle des stupéfiants comme une question purement interne et ils s'opposaient de manière véhémente à toute ingérence dans la souveraineté nationale, telle que les inspections indépendantes. Ayant peu d'intérêts dans le commerce de la drogue et souffrant peu de problèmes de toxicomanie, ils refusaient d'accorder à tout organisme supranational des pouvoirs excessifs, particulièrement des pouvoirs sur la prise de décisions interne.*
- *Groupe neutre : Ce groupe diversifié comptait la plupart des pays africains, l'Amérique centrale, l'Amérique du Sud subandine, le Luxembourg et le Vatican. La question ne comportait aucun intérêt important pour eux, sauf l'accès garanti à un approvisionnement suffisant en médicaments. Certains ont voté en se ralliant à des blocs politiques, d'autres étaient prêts à échanger leurs votes, et d'autres encore étaient véritablement neutres, si bien que leurs votes dépendaient de la force persuasive des arguments présentés. En général, ils appuyaient le compromis visant à obtenir l'accord maximal.*

Le résultat de tous ces intérêts rivaux a été un document qui symbolisait le compromis : la Convention unique maintenait et élargissait clairement les contrôles existants et, compte tenu de sa portée, constituait le document le plus prohibitionniste jamais adopté, même si elle était moins rigoureuse qu'elle aurait pu l'être. Elle omettait les aspects coûteux du Protocole de l'opium de 1953, tels que la disposition limitant la production de l'opium aux sept pays énumérés. Sharman ne négociait plus pour le Canada et Anslinger avait joué un rôle mineur à la conférence en raison de conflits avec le *State Department* des États-Unis. Ce dernier était satisfait de la Convention puisque l'influence américaine était garantie au sein des organismes de supervision des Nations Unies et que le cadre de prohibition avait été élargi de manière à inclure des contrôles serrés sur le coca et le cannabis. Étant donné que la Convention unique était une initiative lancée par les États-Unis, les Américains auraient perdu du respect au sein de l'ONU s'ils s'étaient retirés de la conférence et auraient en outre donné une impression de faiblesse devant l'Union soviétique durant une période tendue de la Guerre froide.⁵²

⁵² Anslinger était extrêmement déçu de la Convention unique parce qu'il croyait que les dispositions sur le contrôle de l'opium n'étaient pas suffisamment rigoureuses (p. ex. l'article 25 permettait encore à tout pays de produire jusqu'à cinq tonnes d'opium annuellement, bien que cette production soit assujettie à des mesures de contrôle strictes). Il a tenté de faire dérailler la Convention en pressant des pays de ratifier le Protocole de l'opium de 1953, espérant ainsi obtenir le nombre requis pour assurer

Les principaux fondements des traités antérieurs sont demeurés en place dans la Convention unique.⁵³ Les parties étaient encore tenues de soumettre des estimations de leurs besoins en drogues et de fournir des rapports statistiques sur la production, la fabrication, l'usage, la consommation, l'importation, l'exportation et la constitution de réserves de drogues.⁵⁴ On maintenait le régime de certification des importations créé dans le cadre de la Convention de Genève de 1925, les parties devaient attribuer des permis à tous les fabricants, commerçants et distributeurs, et toutes les transactions relatives aux drogues devaient être documentées.⁵⁵ La Convention unique maintenait la tendance à exiger des parties qu'elles élaborent des lois criminelles de plus en plus punitives. Sous réserve de leurs restrictions constitutionnelles, les parties devaient adopter des infractions criminelles distinctes (punissables préférablement au moyen de l'incarcération) pour chacune des activités suivantes liées aux drogues et contrevenant à la Convention : la culture, la production, la fabrication, l'extraction, la préparation, la détention, l'offre, la mise en vente, la distribution, l'achat, la vente, la livraison (quelles qu'en soient les modalités), la facilitation de transactions, l'expédition, l'expédition en transit, le transport, l'importation et l'exportation.⁵⁶ De plus, l'approbation de l'extradition était jugée « souhaitable ».⁵⁷

La Convention classait les substances dans quatre tableaux, selon le niveau de contrôle. Les tableaux I et IV comptaient les substances soumises au contrôle le plus rigoureux, principalement les matières organiques brutes (l'opium, le coca, le cannabis) et leurs dérivés, tels que l'héroïne et la cocaïne. Les tableaux II et III comptaient les substances soumises à des contrôles plus souples, principalement les drogues de synthèse à base de codéine. Sur l'insistance des États-Unis, on a placé le cannabis sous le régime de contrôle le plus sévère, celui du tableau IV. Ce régime englobait des drogues comme l'héroïne (selon l'OMS, toute application médicale de l'héroïne était « désuète »). L'argument justifiant l'insertion du cannabis dans cette catégorie était son usage répandu. L'OMS a découvert plus tard que le cannabis pouvait avoir des applications médicales, mais la structure était déjà en place et aucune mesure internationale n'a été prise pour corriger cette anomalie.

Les États-Unis étaient satisfaits de la Convention unique, qui élargissait le contrôle de la culture du pavot d'opium, du coca et du chanvre, même si ce contrôle était moins sévère que les mesures négociées par Anslinger dans le cadre du Protocole

son entrée en vigueur. Il n'a pas réussi et, par la suite, son influence s'est atténuée (Bewley-Taylor (1999) *op. cit.*, page 136-161).

⁵³ Seule la Convention pour la répression du trafic (1936) n'a pas été incluse dans la Convention unique et est demeurée en vigueur de manière autonome parce qu'on n'a pu s'entendre sur les dispositions à inclure dans la Convention unique (McAllister (2000) *op. cit.*, pages 207-208). L'article 35 de la Convention unique encourageait simplement la coopération entre les pays pour contrer le trafic illicite.

⁵⁴ Convention unique, articles 19 et 20.

⁵⁵ *Ibid.*, articles 21, 29-32

⁵⁶ *Ibid.*, article 36

⁵⁷ *Ibid.*, paragraphe 36(2).

de l'opium de 1953.⁵⁸ Les articles 23 et 24 de la Convention établissaient des monopoles d'opium nationaux et imposaient des restrictions très strictes au commerce international de l'opium.

L'article 49 de la Convention exigeait que les parties abolissent entièrement, dans un délai maximal de 25 ans après l'entrée en vigueur de la Convention, tous les usages quasi-médicaux de l'opium,⁵⁹ la consommation d'opium, la mastication de la feuille de coca et l'usage non médical du cannabis. Toute production ou fabrication de ces drogues devait également être abolie à l'intérieur du même délai. Seules les parties pour lesquelles de tels usages étaient « traditionnels » pouvaient se prévaloir de la mise en oeuvre reportée ; pour les autres, la prohibition entrainait en vigueur immédiatement. Puisque le délai maximal s'est écoulé en 1989, ces pratiques sont aujourd'hui entièrement interdites et les drogues peuvent servir uniquement à des fins médicales et scientifiques réglementées.

En plus de consolider les traités antérieurs et d'élargir les dispositions de contrôle, la Convention unique rationalisait les organismes des Nations Unies chargés de la lutte antidrogues. Le CCOP et l'OCS furent combinés en un nouvel organe, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), responsable de surveiller l'application de la Convention et d'administrer le régime des estimations et des rapports statistiques soumis annuellement par les parties.⁶⁰ L'OICS devait compter onze membres, trois désignés par l'OMS et huit par les parties à la Convention et les membres de l'ONU. L'efficacité du lobby des fabricants durant les négociations était reflétée dans les connaissances requises des candidats de l'OMS : [Traduction] « *une expérience de la médecine, de la pharmacologie ou de la pharmacie* ». ⁶¹ L'OICS détenait un pouvoir limité de décréter des embargos qui lui permettait de recommander aux parties d'interrompre le commerce international de drogues avec tout État signataire qui ne se conformait pas aux dispositions de la Convention. ⁶²

Le peu d'attention consacrée aux problèmes de la toxicomanie reflétait à quel point la Convention était axée sur la prohibition. Seul l'article 38 abordait l'aspect social (l'élément « demande ») du problème, en exigeant que les parties [Traduction] « *accordent une attention spéciale à la mise en place d'établissements pour le traitement médical, les soins et la réadaptation des toxicomanes* ». De plus, on jugeait « souhaitable » que les parties [Traduction] « *mettent sur pied des installations adéquates pour le traitement efficace des toxicomanes* », mais seulement si le pays était aux prises avec [Traduction] « *un problème sérieux de toxicomanie et si ses ressources économiques le permett[ai]ent* ». La reconnaissance inadéquate des approches visant à réduire la demande et les effets nocifs, telles que la prévention au moyen de la sensibilisation, est un des principaux reproches faits à la

⁵⁸ Convention unique, articles 22-28.

⁵⁹ La limite était de 15 ans pour les usages quasi-médicaux de l'opium.

⁶⁰ Convention unique, articles 5, 9-16.

⁶¹ *Ibid.*, alinéa 9(1)a).

⁶² *Ibid.*, paragraphe 14(2).

Convention unique et, de manière générale, aux traités sur le contrôle international des stupéfiants.⁶³

La Convention unique regroupait efficacement divers mécanismes de contrôle des stupéfiants, élaborés sur plusieurs décennies, en un seul document central administré par une organisation centrale – les Nations Unies.

Convention sur les substances psychotropes

Au cours des années 1960, après la signature de la Convention unique, il y a eu explosion de la consommation de drogues et de la toxicomanie partout dans le monde, notamment dans les pays occidentaux industrialisés.⁶⁴ Cette croissance se reflétait particulièrement dans l'usage et la disponibilité très répandus de substances psychotropes synthétiques créées depuis la Deuxième Guerre mondiale, telles que les amphétamines, les barbituriques et le LSD. La plupart de ces drogues n'étaient pas assujetties au contrôle international et, comme les systèmes de réglementation nationaux variaient énormément, le trafic et la contrebande prospéraient.⁶⁵

Tout le long des années 1960, la Commission des stupéfiants et l'OMS ont discuté du contrôle des drogues psychotropes à leurs réunions régulières et ont présenté diverses recommandations aux pays membres concernant le contrôle national de substances précises, notamment les stimulants, les sédatifs et le LSD. En janvier 1970, la Commission des stupéfiants a discuté d'un traité préliminaire sur le contrôle international des drogues psychotropes, préparé par la Division des stupéfiants des Nations Unies. À la suite de quelques modifications apportées par la Commission des stupéfiants, ce document a servi de point de départ aux négociations de la conférence des plénipotentiaires qui a eu lieu à Vienne le 11 juillet 1971 – la conférence qui a mené à la Convention sur les psychotropes.⁶⁶

La Convention unique de 1961 avait servi de modèle à la version préliminaire de la Convention sur les psychotropes, si bien que de nombreuses caractéristiques de la première se retrouvent dans la seconde : l'autorité administrative de la Commission des

⁶³ Voir, par exemple, *Report of the International Working Group on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1983, pages 10-11; recommandations 4, 5, 15, 19, 20.

⁶⁴ Voir, par exemple, Kušević, V., (1977) « Drug Abuse Control and International Treaties », *Journal of Drug Issues*, vol. 7, n° 1, pages 35-53. Voir aussi McAllister (2000) *op. cit.*, pages 218-220; Musto (1999) *op. cit.*, ch. 11; McAllister (1992) *op. cit.*, pages 153-162; Bruun *et coll.*, (1975) *op. cit.*, ch. 16; Inglis (1975) *op. cit.*, ch. 13.

⁶⁵ Les États-Unis ont tenté de réglementer les substances psychotropes par l'entremise du Bureau of Drug Abuse Control, créé par la *Drug Abuse Control Act of 1965*. Cette loi marquait aussi un virage sur le plan du fondement constitutionnel de la lutte antidrogues : on passait du pouvoir de taxation aux pouvoirs inter-états et commerciaux – un changement qui a entraîné l'abolition du Federal Bureau of Narcotics d'Anslinger et la création du Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs (BNDD), relevant du ministère fédéral de la Justice (Musto (1999) *op. cit.*, pages 239-240).

⁶⁶ Kušević (1975) *op. cit.*, page 38.

stupéfiants/OICS, les tableaux établissant les différents niveaux de contrôle imposés aux différentes drogues, la documentation et la réglementation (au moyen de permis) obligatoires des transactions, un régime de contrôle des importations/exportations, ainsi que des dispositions touchant le trafic illicite et les sanctions criminelles. Une lecture superficielle pourrait laisser croire qu'il y a peu de différences entre les deux Conventions, mais elles sont en fait extrêmement différentes. La Convention sur les psychotropes impose des contrôles beaucoup plus souples. La raison de cet assouplissement devient évidente lorsqu'on prend connaissance des positions des intervenants négociateurs et qu'on compare attentivement certaines sections des deux traités.⁶⁷ L'influence dominante de l'industrie pharmaceutique multinationale sur la Convention des psychotropes était particulièrement perceptible.⁶⁸

Alors que cinq groupes de négociation avaient été recensés par McAllister à la Convention unique, il y avait à la conférence de Vienne deux groupes distincts prônant des positions contraires. Le premier comptait surtout des pays industrialisés possédant de puissantes industries pharmaceutiques et des marchés actifs pour les substances psychotropes – il correspondait essentiellement au « groupe des fabricants ». Le second groupe était constitué de pays en voie de développement, appuyés par les pays socialistes, possédant peu d'usines de fabrication de substances psychotropes – il s'agissait dans une large mesure du « groupe des producteurs de la matière première organique ». Toutefois, aux négociations de 1971, les positions de ces deux groupes étaient *entièrement inversées*. Le groupe des fabricants a adopté les arguments traditionnels du groupe des producteurs organiques : des contrôles souples ; des contrôles nationaux (plutôt qu'internationaux) ; la préséance de la souveraineté nationale sur un organe supranational des Nations Unies. On justifiait ces positions en avançant que des contrôles stricts seraient difficiles à appliquer et entraîneraient des pertes financières. De son côté, le groupe des producteurs de matières premières organiques exerçait de fortes pressions en faveur de l'adoption de contrôles semblables à ceux qu'il avait dû accepter dans le cadre de la Convention unique.⁶⁹

⁶⁷ McAllister (1992) *op. cit.*, pages 154-162; Kušević (1975) *op. cit.*, pages 38-41. La comparaison de McAllister est très détaillée et nous la recommandons; Kušević ajoute une mise en contexte et des commentaires utiles. Voir aussi S.K. Chatterjee, (1988) *A Guide to the International Drugs Conventions*, Londres, Commonwealth Secretariat, p. 15-33, pour une comparaison plus technique et de base des deux Conventions.

⁶⁸ L'auteur principal de la version préliminaire, Arthur Lande, avait mis fin à sa carrière à l'ONU peu avant la conférence de Vienne. Il a assisté à la conférence à titre de représentant de la Pharmaceutical Manufacturer's Association des États-Unis, un des nombreux observateurs associés à l'industrie. Voici un autre exemple de l'influence non équivoque de l'industrie : un groupe de six petits pays de l'Amérique latine ont appuyé, contrairement à leurs positions habituelles, l'affaiblissement du traité; ces pays étaient tous représentés par un Suisse qui maîtrisait mal l'espagnol et n'était ni agent gouvernemental, ni diplomate, ni spécialiste technique des stupéfiants. Il était au service du géant pharmaceutique européen Hoffmann-LaRoche (McAllister (2000) *op. cit.*, page 232; Kušević (1975) *op. cit.*, page 39).

⁶⁹ McAllister (1992) *op. cit.*, page 154; Kušević (1975) *op. cit.*, page 39.

Une comparaison des préambules des deux conventions est révélatrice. Bien que le préambule ne comporte pas de mesures exécutoires, il donne un aperçu de l'esprit du traité. Dans la Convention unique, la toxicomanie est décrite comme [Traduction] « *un fléau pour l'individu [...] un danger économique et social pour l'humanité* ». On reconnaît toutefois que [Traduction] « *l'usage de stupéfiants à des fins médicales demeure indispensable pour soulager la douleur et que les mesures voulues doivent être prises pour faire en sorte que les stupéfiants soient disponibles à cette fin* ». Par contraste, la Convention sur les psychotropes n'évoque pas « le fléau » de la toxicomanie, mais signale plutôt [Traduction] « *avec préoccupation les problèmes sociaux et de santé publique découlant de l'abus de certaines substances psychotropes* ». De plus, on reconnaît que [Traduction] « *l'usage de substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques est indispensable et leur disponibilité à ces fins ne devrait pas faire l'objet d'une restriction injustifiée* ». Le ton général du préambule de la Convention sur les psychotropes est moins dur et laisse sous-entendre que l'abus de certains psychotropes (mais pas tous) n'est pas un problème aussi sérieux que l'accoutumance aux stupéfiants en général.

Il y a également des différences entre les deux conventions dans l'approche de la classification des drogues (qui se fait au moyen de tableaux associés à des niveaux de contrôle). Durant les négociations de la Convention unique de 1961, s'il y avait un désaccord relativement au placement d'une drogue dans un tableau particulier, cette drogue figurait presque toujours dans le tableau contesté par le groupe des producteurs des matières premières – par exemple, le placement du cannabis dans le tableau IV. Pour imposer ces assignations, le groupe des fabricants s'appuyait sur le principe suivant : il faut supposer qu'un stupéfiant est dangereux jusqu'à preuve du contraire. Toutefois, ce même principe ne s'appliquait pas lorsque les intérêts économiques des États-Unis étaient en jeu : en 1971, la délégation américaine a fait valoir avec force (et souvent avec succès) que les matières premières organiques devaient être assignées aux tableaux comportant les contrôles les plus sévères, tandis que leurs dérivés de synthèse devaient être placés dans les tableaux à réglementation souple.

La Convention sur les psychotropes comporte aussi quatre tableaux de contrôle, mais ils diffèrent considérablement des tableaux de la Convention unique en ce qui a trait à leur nature et à leur organisation. Par exemple, dans la Convention unique, le tableau comportant les contrôles les plus rigoureux est le tableau IV,⁷⁰ qui est équivalent au tableau I⁷¹ de la Convention des psychotropes. Dans les deux cas, l'usage des drogues visées est restreint à des personnes autorisées au sein d'établissements médicaux ou scientifiques gouvernementaux, et leur fabrication, leur importation et leur exportation sont strictement contrôlées. Dans la Convention sur les psychotropes, le tableau comportant les contrôles les plus faibles est le tableau IV, qui comprend les tranquillisants. Certains États fabricants ont tenté d'abolir le tableau IV, en faisant valoir que les contrôles nationaux assuraient une réglementation adéquate de ces drogues, si bien que le contrôle international était inutile. En fin de compte, le

⁷⁰ Qui inclut le cannabis et l'héroïne, par exemple.

⁷¹ Qui inclut les hallucinogènes, tels que le LSD.

tableau IV a été maintenu, mais avec une liste de drogues beaucoup plus courte ; le principe fondamental utilisé en 1961 pour assigner les drogues aux tableaux avait été complètement inversé, particulièrement chez les Américains : [Traduction] « à moins de preuves convaincantes qu'une substance était nocive, elle ne devait être pas soumise à la réglementation ». ⁷²

Une comparaison attentive des tableaux met en lumière une autre différence centrale entre les deux conventions. Les traités antérieurs, y compris la Convention unique, ne consignaient pas seulement les substances de base, mais élargissaient le contrôle de manière à inclure aussi leurs sels, leurs esters, leurs éthers et leurs isomères – autrement dit, leurs dérivés. Cependant, les dérivés sont *complètement absents* des tableaux de la Convention sur les psychotropes. Par conséquent, chaque substance visée par le régime de contrôle du traité doit être nommée explicitement. Sur le plan pratique, une telle énumération est impossible, car de nouveaux dérivés sont créés régulièrement et ils représentent 95 % des substances créées par les entreprises pharmaceutiques. Une inclusion générale des dérivés aurait eu pour effet d'inclure automatiquement les nouvelles substances. Il semble que cette omission était le fruit d'une entente entre les représentants politiques, à un moment où les spécialistes techniques étaient absents – il fallait sacrifier les dérivés pour que les pays fabricants acceptent de signer le traité. ⁷³

L'article 19 de la Convention unique établit le système des estimations. Ce système oblige les parties à soumettre à l'OICS un rapport annuel signalant la quantité de chaque substance réglementée dont elles auront besoin au cours de l'année à venir. Ce système est un des piliers du régime de contrôle international des stupéfiants et remonte à la deuxième conférence de Genève, qui a mené à la *Convention internationale de l'opium* de 1925. Ce système a été *complètement exclu* de la Convention sur les psychotropes. Comme le souligne McAllister : [Traduction] « cette omission était nettement avantageuse pour les pays fabricants, puisqu'en l'absence de prévisions des besoins, il est impossible de déterminer si on fabrique une quantité supérieure aux applications prévues ». ⁷⁴ Cela a permis aux multinationales de produire des quantités illimitées de substances psychotropes sans avoir à tenir compte de limites de production annuelles fondées sur les besoins licites.

Au cours des années 1970 et 1980, la Division des stupéfiants et l'OICS ont dans une large mesure corrigé les omissions touchant les dérivés et les estimations, en ayant recours discrètement au droit international coutumier. La Division des stupéfiants et l'OICS ont demandé aux parties de soumettre de l'information et des statistiques dont la divulgation n'était pas requise par la Convention. Les réponses positives reçues des pays producteurs de matières premières organiques ont servi à convaincre les autres pays d'emboîter le pas. De même, la Commission des stupéfiants et l'OMS ont simplement annoncé que les dérivés seraient inclus dans les tableaux. Certains

⁷² McAllister (1992) *op. cit.*, page 158.

⁷³ McAllister (2000) *op. cit.*, page 233.

⁷⁴ McAllister (1992) *op. cit.*, page 157.

gouvernements se sont conformés à la mesure et les autres, en raison de la pression internationale, ont dû s'y plier à leur tour.

En vertu de l'article 3 de la Convention unique, il incombe principalement à l'OMS de déterminer si, à la lumière d'une analyse médicale ou scientifique, une nouvelle drogue devrait être ajoutée à un tableau et, par conséquent, soumise au contrôle international. La recommandation de l'OMS est présentée à la Commission des stupéfiants, qui prend la décision finale. Toutefois, toute partie peut porter en appel la décision de la Commission des stupéfiants auprès du Conseil économique et social dans un délai de 90 jours. La décision du Conseil économique et social est finale. Pendant qu'une décision est portée en appel, la Commission des stupéfiants peut tout de même imposer des mesures de contrôle relatives à la substance concernée.

En vertu de la Convention sur les psychotropes, l'OMS formule encore des recommandations en se fondant sur des critères médicaux et scientifiques. Toutefois, le paragraphe 2(5) demande explicitement à la Commission des stupéfiants de garder à l'esprit les facteurs économiques, sociaux, juridiques, administratifs et autres qu'elle pourrait juger pertinents en prenant une décision. De plus, le paragraphe 17(2) dispose que la décision de la Commission des stupéfiants est assujettie à l'approbation d'une majorité des deux tiers de ses membres.⁷⁵ Il est encore possible de porter la décision de la Commission en appel auprès du Conseil économique et social, et les parties disposent d'un délai de 180 jours pour déposer l'appel. En outre, la décision du Conseil économique et social n'est pas nécessairement finale – il y a la possibilité d'appels continus. Enfin, pendant qu'une décision est portée en appel, le paragraphe 2(7) permet à une partie d'adopter une « mesure exceptionnelle » et de s'exempter de certaines mesures de contrôle imposées par la Commission des stupéfiants, en attendant le résultat de l'appel. L'effet cumulatif de tous ces ajouts à la Convention sur les psychotropes est qu'il peut être beaucoup plus difficile pour l'OMS d'assujettir une nouvelle drogue psychotrope au système de contrôle que d'ajouter un nouveau stupéfiant à la Convention unique.

Les deux conventions divergent aussi pour ce qui est des critères régissant l'inscription d'une nouvelle drogue au régime de contrôle. Selon l'article 3 de la Convention unique, un stupéfiant est soumis au régime de contrôle s'il est [Traduction] « susceptible de donner lieu à des abus analogues et de produire des effets nocifs analogues à ceux des stupéfiants » des tableaux pertinents. Les critères requis en vertu du paragraphe 2(4) de la Convention sur les psychotropes sont considérablement plus rigoureux. L'OMS doit constater :

[Traduction]

- (a) que la substance est apte à engendrer :
 - (i) (1) un état de dépendance,

⁷⁵ Les États-Unis ont tenté d'augmenter cette majorité aux trois quarts (McAllister, (2000) *op. cit.*, page 161).

- (2) *et une stimulation ou une dépression du système nerveux central, entraînant des hallucinations ou des perturbations de la fonction motrice ou de la réflexion ou du comportement ou de la perception ou de l'humeur,*
- (ii) *ou un abus analogue ou des effets nocifs analogues à ceux d'une substance inscrite au Tableau I, II, III ou IV,*
- et qu'il y a suffisamment de preuves que la substance fait l'objet d'un abus ou fera probablement l'objet d'un abus, au point de constituer un problème social ou de santé publique justifiant que la substance soit placée sous contrôle international.*

Assumant un rôle de premier plan pour le groupe des fabricants sur ce point, les États-Unis et la Grande-Bretagne ont été les plus ardents défenseurs de ces critères très restrictifs.⁷⁶

En ce qui concerne l'élément «demande» des problèmes liés aux drogues, la Convention sur les psychotropes devance nettement la Convention unique, qui abordait la question de manière superficielle (l'article 38 décrit ci-dessus). L'article 20 du traité de 1971 marque un tournant puisqu'il introduit le principe de la sensibilisation publique et de la prévention de la toxicomanie dans l'infrastructure juridique du contrôle international des stupéfiants. En particulier, on demande aux parties [Traduction] « *de mettre en place toutes les mesures pratiques possibles pour la prévention de l'abus des substances psychotropes et pour le dépistage précoce, le traitement, la sensibilisation, l'aide postpénale, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes concernées, et de coordonner leurs efforts à ces fins* ». On exige de favoriser «dans la mesure du possible» la formation du personnel chargé de mener à bien ces tâches et on encourage également l'étude des questions étiologiques liées à la toxicomanie et la sensibilisation publique à ces questions. Bien que ces dispositions accordent une grande marge de manœuvre aux pays qui voudraient éviter de telles mesures, elles constituent une nette amélioration par rapport à la Convention unique.

Les dispositions pénales exposées à l'article 22 de la Convention sur les psychotropes permettent aux États de recourir au traitement, à la sensibilisation, à l'aide postpénale, à la réadaptation et à la réintégration sociale au lieu de s'en tenir uniquement à la condamnation ou à la punition à l'endroit des toxicomanes qui commettent des infractions à la Convention. Bien que la reconnaissance du traitement et de la réadaptation soit une amélioration par rapport aux dispositions strictement pénales des traités antérieurs, il s'agit avant tout de mesures complémentaires – et non de solutions de rechange – à l'incarcération.⁷⁷

Dans l'ensemble, les négociations de 1971 ont mené à un traité considérablement plus faible que la Convention unique. De plus, un réexamen des dispositions de la

⁷⁶ *Ibid.*, page 159.

⁷⁷ Nations Unies, *Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, Done at Vienna on 20 December 1988, New York, Nations Unies, 1976, pages 353-354.

Convention sur les psychotropes n'était pas réaliste au début des années 1970, car un nouveau chapitre la « *war on drugs* » – la lutte antidrogues américaine – s'amorçait.⁷⁸

Protocole portant amendement à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961

Au début des années 1970, le président américain Richard Nixon a déclaré officiellement une « guerre contre les drogues » en réaction à l'ampleur de l'abus des drogues aux États-Unis et aux dommages sociaux qui en découlaient. Cette annonce a eu des répercussions mondiales.⁷⁹

En 1971, dans le cadre de la campagne internationale de l'administration Nixon contre les stupéfiants, les représentants américains ont suggéré la création d'un fonds, administré par l'ONU et financé par les gouvernements, pour lutter contre l'abus des drogues.⁸⁰ Le Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues (FNULAD) a vu le jour en 1971, grâce à un don de 2 millions \$ des États-Unis ; les autres gouvernements hésitaient à contribuer à leur tour, en raison des motifs qui sous-tendaient la création du Fonds. Leur réticence s'est avérée fondée, car le FNULAD est devenu essentiellement un outil américain. L'accent était mis sur la répression criminelle et la substitution des récoltes – plutôt que sur la toxicomanie et les stratégies axées sur la demande. L'argent était attribué avant tout aux projets auxquels participaient les alliés américains et qui ciblaient des pays où les États-Unis n'avaient pas réussi à arrêter la production d'opium.⁸¹

⁷⁸ On considère que la lutte antidrogues américaine a commencé avec l'adoption d'une loi antidrogues fédérale, la *Harrison Narcotics Act of 1914*, et qu'elle s'est poursuivie jusqu'à ce jour, à divers degrés d'intensité. Parmi les plus récents adeptes de cette lutte, mentionnons le président Nixon à la fin des années 1960 et au début des années 1970, le président Ronald Reagan durant les années 1980, le président George Bush à la fin des années 1980 et au début des années 1990, le président Bill Clinton durant les années 1990, et maintenant le président George W. Bush. La documentation sur la « *war on drugs* » est volumineuse. Voir, par exemple, Belenko, S.R. (éd.) (2000) *Drugs and Drug Policy in America: A Documentary History*, Westport (Connecticut) : Greenwood Press; Friman, H.R. (1996) *NarcoDiplomacy: Exporting the U.S. War on Drugs*, Ithaca (N.Y.) : Cornell University Press; Inciardi, J.A. (1986) *The War on Drugs: Heroin, Cocaine, Crime, and Public Policy*, Palo Alto (Californie) : Mayfield Publishing Company; Meier, K.J. (1994) *The Politics of Sin: Drugs, Alcohol and Public Policy*, Armonk (New York) : M.E. Sharpe; Musto (1999) *op. cit.*; Walker III, W.O. (1989) *Drug Control in the Americas*, édition révisée, Albuquerque (Nouveau-Mexique) : University of New Mexico Press; Wisotsky, S., (1990) *Beyond the War on Drugs: Overcoming a Failed Public Policy*, Buffalo (New York) : Prometheus Books.

⁷⁹ Musto (1999) *op. cit.*, pages 248-259; Bruun *et coll.*, (1975) *op. cit.*, ch. 10.

⁸⁰ La campagne américaine comportait un financement international massif pour la substitution des cultures, l'aide technique pour améliorer l'administration et l'application des lois, des initiatives anticontrebande, ainsi que la coordination des programmes d'éducation. Toutefois, de nombreux pays en voie de développement se méfiaient des fonds américains auxquels des conditions étaient rattachées. Aux yeux des Américains, le Fonds était un moyen de contourner cette réticence (McAllister (2000) *op. cit.*, pages 236-237).

⁸¹ *Ibid.*, page 238.

Le Fonds a également fait l'objet de sérieuses critiques pour avoir succombé à l'inefficacité de la machinerie bureaucratique des Nations Unies : [Traduction] « *Une grande proportion des sommes allouées aux divers programmes du Fonds sert en fait à soutenir la bureaucratie en croissance permanente chargée d'administrer les programmes. De nombreux programmes semblent avoir pour unique fin de donner de l'ouvrage aux secrétariats élargis* ». ⁸² On a également avancé qu'il fallait transférer le FNULAD à des organes de contrôle des stupéfiants relevant du Conseil économique et social au Programme de développement des Nations Unies – un organisme mieux en mesure d'évaluer les besoins en matière de développement et d'aide des pays bénéficiaires. ⁸³

Une autre initiative clé de l'administration Nixon a été de renforcer la Convention unique. Un lobbying pressant des États-Unis a mené à la convocation d'une conférence de plénipotentiaires en mars 1972 en vue de modifier la Convention. ⁸⁴ Le résultat de cette conférence a été le Protocole sur la Convention unique. L'objectif principal des modifications était d'élargir le rôle de l'OICS pour ce qui est du contrôle de la production licite et illicite d'opium et du trafic illicite des drogues en général. Les États-Unis voulaient remettre en place certains aspects du Protocole de l'opium de 1953 en tentant de réduire la production licite de l'opium. Toutefois, en 1972, la production licite répondait de manière assez juste à la demande licite, si bien que peu de pays étaient disposés à risquer une pénurie mondiale de l'opium destiné à des fins médicales. ⁸⁵ Ainsi, on a considérablement atténué les propositions américaines.

Les dispositions centrales du Protocole sur la Convention unique sont celles qui augmentent les pouvoirs de l'OICS, particulièrement en ce qui a trait au trafic illicite. À l'article 2 de la Convention unique, la définition des fonctions de l'OICS comporte maintenant un renvoi explicite à la prévention de [Traduction] « *la culture, la production et la fabrication illicites ainsi que du trafic et de l'usage illicites de drogues* ». L'article 35 encourage les parties à soumettre à l'OICS et à la Commission des stupéfiants de l'information sur les activités liées aux drogues illicites à l'intérieur de leur territoire ; de plus, l'OICS est autorisé à conseiller les parties au sujet de leurs efforts en matière de réduction du trafic illicite de drogues. Lorsque les parties concluent des traités d'extradition entre elles, on considère que ces accords incluent automatiquement les infractions liées aux drogues – notamment le trafic – exposées dans la Convention unique. ⁸⁶ Au paragraphe 22(2) de la Convention sur les psychotropes, il est seulement « souhaitable » que de telles infractions deviennent passibles d'extradition.

⁸² Bruun *et coll.*, (1975) *op. cit.*, page 281.

⁸³ *Ibid.*, p. 282; Kušević (1975) *op. cit.*, page 51

⁸⁴ Le choix des ambassadeurs américains s'est fait en fonction de la mission de se rendre dans les pays signataires pour convaincre leurs dirigeants d'appuyer les modifications proposées par les États-Unis. De l'avis général, la conférence était dans une large mesure un instrument dont Nixon prévoyait se servir dans les prochaines élections présidentielles (Kušević (1975) *op. cit.*, page 47).

⁸⁵ Kušević (1975) *op. cit.*, page 48. Selon Kušević, il aurait été plus utile de chercher à réduire le détournement de la demande licite vers le marché illicite.

⁸⁶ Convention unique, article 36, modifié par le Protocole sur la Convention unique, article 14.

Le Protocole modifie les dispositions de la Convention unique portant sur la prévention de la toxicomanie, de manière à ce qu'elles reflètent les dispositions à l'article 20 de la Convention sur les psychotropes.⁸⁷ La version modifiée de la Convention unique reflète aussi la Convention sur les psychotropes en ce qu'elle permet désormais aux pays d'utiliser [Traduction] « *le traitement, la sensibilisation, l'aide postpénale, la réadaptation et la réintégration sociale* », soit à titre de solutions de rechange, soit à titre de mesures complémentaires à la condamnation ou à la punition.⁸⁸

Bien que moins rigoureux qu'initialement prévu par les États-Unis, le Protocole sur la Convention unique maintenait la tradition prohibitionniste du régime de contrôle international des stupéfiants – particulièrement en ce qui a trait à l'opium – et intensifiait une fois de plus la lutte contre le trafic illicite.

Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes

De nombreuses initiatives nationales et régionales de contrôle des stupéfiants ont débuté au cours des années 1970 et 1980.⁸⁹ En Europe, on a mis sur pied le Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants, connu sous le nom de « Groupe Pompidou », qui était chargé de faciliter les discussions entre pays. De plus, les chefs d'organismes nationaux de répression des toxicomanies se sont réunis au palier régional – en Asie et dans le Pacifique, dans les années 1970, puis en Afrique, en Amérique latine et en Europe, dans les années 1980 – afin d'améliorer la coopération en matière de services policiers et de contrôle antidrogue aux douanes. INTERPOL a élargi ses activités et est devenue [Traduction] « *un important centre d'échange d'information et un parrain des réunions locales, régionales et mondiales consacrées à la lutte antidrogue* ». ⁹⁰

Pendant ce temps, au sein de l'ONU et chez ses principaux membres partisans du contrôle, on craignait que les efforts du régime de contrôle international des stupéfiants en vue de combattre le trafic illicite soient compromis du fait que certains États n'avaient pas adhéré aux Conventions ou n'avaient pas de système national de répression criminelle leur permettant de combattre adéquatement le trafic illicite des drogues.⁹¹ En 1984, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la

⁸⁷ *Ibid.*, article 38, modifié par le Protocole sur la Convention unique, article 15

⁸⁸ *Ibid.*, article 36, modifié par le Protocole sur la Convention unique, article 14

⁸⁹ Aux États-Unis, la lutte antidrogue a perdu de son intensité dans les années 1970 durant les mandats des présidents Gerald Ford et Jimmy Carter. Onze États américains ont décriminalisé certains aspects de la réglementation visant la marijuana ; ils ont obtenu l'appui d'organisations bien connues, notamment la American Medical Association, la American Bar Association, la American Public Health Association et le National Council of Churches. Le président Ronald Reagan a renversé cette tendance au début des années 1980 (Wisotsky (1990), *op. cit.*, page xviii).

⁹⁰ McAllister (2000) *op. cit.*, pages 242-243.

⁹¹ Bewley-Taylor (1999) *op. cit.*, page 167; Stewart, D.P., (1990) « Internationalizing The War on Drugs: The UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances », *Denver Journal of International Law and Policy*, vol. 18, n° 3, printemps, pages 387-404.

résolution 39/141, appelant le Conseil économique et social à demander à la Commission des stupéfiants de préparer « à titre de priorité » une convention préliminaire envisageant [Traduction] « *les diverses facettes du problème [du trafic illicite des drogues] dans sa totalité et, en particulier, les facettes qui ne sont pas abordées dans les instruments internationaux existants* ». Ainsi, l'objectif était d'ajouter une dimension additionnelle, propre à la lutte contre le trafic, au régime de contrôle des stupéfiants, de manière à compléter les deux conventions existantes.

On a mis la dernière main au traité préliminaire durant la Conférence de 1987 des Nations Unies sur l'abus et le trafic illicite de drogue. Durant cette conférence, on a également adopté un Schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre l'abus des drogues⁹² (SMC), afin d'encourager les États à respecter leurs obligations en vertu des traités existants. Le SMC ciblait quatre secteurs : (1) la prévention et la réduction de la demande illicite ; (2) le contrôle de l'offre ; (3) la suppression du trafic illicite ; et (4) le traitement et la réadaptation. Bon nombre des objectifs exposés dans le SMC ont été repris dans le traité préliminaire. Entre le 25 novembre et le 20 décembre 1988, les représentants de 106 États se sont réunis à Vienne pour négocier un texte final. Le résultat a été la Convention contre le trafic illicite.

La Convention contre le trafic illicite est essentiellement un instrument de droit criminel international. Elle a pour objectif d'harmoniser les lois criminelles et les mesures de répression criminelle à l'échelle mondiale afin de réduire le trafic illicite de drogues grâce au recours à la criminalisation et aux sanctions. En vertu de la Convention, les parties sont tenues de créer et de mettre en oeuvre des lois criminelles très précises visant à supprimer le trafic illicite. Ces lois abordent des aspects du problème tels que le blanchiment de fonds, la confiscation de biens, l'extradition, l'assistance judiciaire réciproque, la culture illicite ainsi que le commerce des produits chimiques, matériaux et équipements servant à la fabrication de substances réglementées. Comme dans le cas des autres conventions, la Division des stupéfiants et l'OICS sont chargés de l'administration de la Convention. De plus, la Convention sur le trafic illicite permet l'utilisation de mesures associées à la « demande » – pour les infractions mineures – à titre de solution de rechange à la condamnation ou aux sanctions.⁹³

Le préambule décrit le trafic illicite comme [Traduction] « *une activité criminelle internationale* » et souligne « *les liens entre le trafic illicite et d'autres activités criminelles organisées connexes qui minent les économies légitimes et menacent la stabilité, la sécurité et la souveraineté des*

⁹² Déclaration de la Conférence sur l'abus et le trafic illicite de drogues et Schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre les drogues, doc. de l'ONU ST/NAR/14, 1988.

⁹³ Pour une description détaillée des dispositions de la Convention contre le trafic illicite, voir Gilmore, W. (1990) *Combating International Drugs Trafficking: The 1988 United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, Londres : Secrétariat du Commonwealth; Stewart (1990) *op. cit.*. Étant donné que Stewart était membre de la délégation américaine qui a participé aux négociations, son article présente la perspective américaine sur le traité.

États ». Il met l'accent sur [Traduction] « l'importance de renforcer et d'améliorer les moyens juridiques de coopération internationale dans le domaine criminel, en vue de réprimer les activités criminelles internationales liées au trafic illicite ». Même l'unique renvoi à l'intérieur du préambule aux questions associées à la « demande » est formulé en termes propres au droit criminel : [Traduction] « Désirant éliminer les causes profondes du problème de l'abus des stupéfiants et des substances psychotropes, y compris la demande illicite de ces stupéfiants et substances de même que les profits énormes découlant du trafic illicite. » Par implication, les usagers de drogue doivent aussi être perçus comme des criminels. Le préambule reflète clairement ses racines prohibitionnistes – et même de manière explicite lorsqu'on y confirme [Traduction] « les principes directeurs des traités existants visant les stupéfiants et les substances psychotropes, ainsi que le système de contrôle que ces traités concrétisent ».

Ainsi, la pierre d'angle de la Convention contre le trafic illicite est l'article 3 : « Infractions et sanctions ». Ici, le traité innove en exigeant que les parties [Traduction] « légifèrent, s'il y a lieu, en vue de mettre en place un code moderne d'infractions criminelles se rapportant aux diverses facettes du trafic illicite et d'assurer que de telles activités illicites seront traitées comme des infractions sérieuses par les autorités judiciaires ». ⁹⁴ Le paragraphe 3(1) expose les infractions obligatoires, notamment :

- La production, la fabrication, la distribution ou la vente de tout stupéfiant ou de toute substance psychotrope, en violation des dispositions de la Convention unique ou de la Convention sur les psychotropes ;
- La culture du pavot à opium, du coca ou du chanvre, en violation des Conventions ci-dessus ;
- La possession ou l'achat de tout stupéfiant ou de toute substance psychotrope pour le trafic illicite ;
- La fabrication, le transport ou la distribution de matériaux, d'équipement et de substances pour la culture, la production ou la fabrication illicites de stupéfiants ou de substances psychotropes ;
- L'organisation, la gestion ou le financement d'une des infractions ci-dessus. ⁹⁵

De plus, le paragraphe 3(2) de la Convention sur le trafic illicite exige que chaque partie – sous réserve de ses principes constitutionnels et des principes fondamentaux de son système juridique – crée des infractions criminelles pour la possession, l'achat ou la culture de drogues pour la consommation personnelle.

UNE MARGE DE MANŒUVRE ?

Posons d'abord quelques constats sur la substance des conventions en vigueur.

⁹⁴ Nations Unies, *Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, Done at Vienna on 20 December 1988, New York, Nations Unies, 1976, page 48.

⁹⁵ Voir Stewart (1990) *op. cit.*, page 392; Gilmore (1991) *op. cit.*, page 5.

Le premier a trait à l'absence de définitions. Les termes drogues, stupéfiants, ou psychotropes ne sont pas définis sinon que par des listes de produits classés en tableaux. Il s'ensuit que « *est stupéfiant au sens du droit international, toute substance naturelle ou synthétique figurant sur la liste des stupéfiants* », de même que « *la notion de psychotrope est définie en droit international par l'appartenance à la liste des psychotropes* ». ⁹⁶ La seule chose que nous révèle la Convention de 1961 des substances visées c'est qu'elles peuvent faire l'objet d'abus. La Convention de 1971 sur les psychotropes, dont on se souviendra qu'elle avait inversé les rôles puisque les pays fabricants des drogues synthétiques voulaient des critères moins englobant, indique que les substances visées peuvent provoquer la dépendance, la stimulation ou la dépression du système nerveux central, et qu'elles peuvent donner lieu à des abus « *tels qu'elle(s) constitue(nt) un problème de santé publique ou un problème social justifiant qu'elle(s) soi(en)t placé(es) sous contrôle international* ».

Le second, découlant du premier, souligne l'arbitraire des classifications. Stupéfiant figurant, en compagnie de l'héroïne et de la cocaïne, aux Tableaux I et IV – qui appellent les contrôles les plus sévères – de la Convention de 1961, le cannabis ne figure pas en soi à la Convention de 1971 mais le THC est un psychotrope qui figure au Tableau I en compagnie de la mescaline, du LSD, etc. Le seul critère apparent de distinction est celui de l'usage médical et scientifique, expliquant pourquoi les barbituriques se retrouvent au Tableau III de la Convention de 1971, soumis à des contrôles moins sévères que les hallucinogènes naturels... Non seulement ces classifications sont-elles arbitraires, mais de surcroît elles ne reflètent ni les classifications pharmacologiques des substances ni leur dangerosité sociale.

Troisième constat, si l'on s'était préoccupé des questions de santé publique en fonction de la dangerosité des « drogues », on doit se demander pourquoi le tabac et l'alcool ne figurent pas parmi les substances contrôlées.

De ces constats, nous émettons l'observation que le régime international de contrôle des substances psychoactives, au delà les fondements moraux et parfois racistes qui ont pu l'animer à ses débuts, **est surtout un système reflétant la géopolitique des relations Nord-Sud au cours du XXe siècle** : ce sont en effet les substances organiques – coca, pavot et cannabis – faisant souvent partie des traditions ancestrales des pays d'où originent ces plantes, qui ont fait l'objet des contrôles les plus sévères, tandis que les productions culturelles du Nord, tabac et alcool, ne s'y retrouvaient pas et que les substances synthétiques produites par les industries pharmaceutiques du Nord étaient, elles, l'objet d'un régime réglementaire et non d'un régime d'interdiction. Il faut bien comprendre en ce sens l'exigence du Mexique, au nom d'un groupe de pays latino-américains, à faire interdire l'usage lors des négociations de la Convention de 1988, exigence qui permettait de rétablir un certain équilibre, les pays du Sud ayant dû porter, depuis les débuts de la prohibition, tout le poids des contrôles et de leurs effets sur **leurs** populations. Le résultat est peut-être malheureux, puisqu'il renforce un régime prohibitionniste dont le XXe siècle a

⁹⁶ Caballero et Bisiou, *op. cit.*, : page 26.

amplement démontré l'échec ; mais c'était peut-être le seul moyen, tenant compte de l'État d'esprit des principales puissances occidentales, de démontrer à plus long terme l'irrationalité de tout le système. En tout état de cause, il n'y aurait qu'un pas à faire pour interroger la légitimité d'instruments qui contribuent à entretenir les inégalités Nord-Sud sans pour autant avoir réussi – loin de là – à réduire ni l'offre ni la demande de drogues.

Au delà de ce questionnement de fond, quelle est, à l'intérieur des conventions en place actuellement, la marge de manœuvre des pays pour adopter des politiques moins prohibitionnistes ?

Plusieurs États ont adapté leurs systèmes de répression criminelle de manière à permettre la possession *de facto* de faibles quantités de certaines drogues mineures – telles que le cannabis et ses dérivés – pour la consommation personnelle, tout en respectant les limites juridiques des conventions.⁹⁷ Bien que les conventions ne permettent pas la légalisation ou même la décriminalisation d'une telle possession, ces pays ont contourné les restrictions en criminalisant la possession (comme l'exigent les traités) mais en n'appliquant pas la loi de manière rigoureuse, ou encore ils ont « dépenalisé » les infractions en les exemptant des sanctions.⁹⁸

Selon certains observateurs, de telles approches vont à l'encontre de l'esprit des conventions, particulièrement la Convention contre le trafic illicite, qui semble utiliser le terme « trafic » dans un sens très large englobant les activités liées à la « demande » à l'intérieur d'un régime de contrôle axé sur l'offre. Pourtant, il y a un fondement juridique sur lequel les approches plus souples pourraient prendre appui, car les traités ne les interdisent pas de manière explicite.

L'approche rigoureuse misant sur le droit criminel adoptée par le régime de contrôle international des stupéfiants a suscité des critiques chez les défenseurs des droits de la personne. Certains avancent que les sanctions d'emprisonnement sont disproportionnées quand il s'agit d'infractions liées aux drogues mineures, telles que la possession d'une faible quantité de cannabis pour la consommation personnelle.⁹⁹ Dans un tel contexte, l'incarcération serait une sanction démesurée par rapport à l'infraction commise et, par conséquent, constituerait une violation de la dignité

⁹⁷ Par exemple, la Belgique, le Danemark, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Pologne, et certains états de l'Australie. La Suisse considère actuellement un projet de « légalisation » du cannabis. Le chapitre suivant présente plus en détail les approches australienne, néerlandaise et suisse notamment.

⁹⁸ Voir Krajewski, K., (1999) « How flexible are the United Nations drug conventions? », *International Journal of Drug Policy*, n° 10, pages 329-338. Krajewski présente un excellent survol des limites juridiques des conventions en ce qui a trait à la légalisation et à la prohibition. Il tire la conclusion que la légalisation ou la décriminalisation nécessiterait probablement la modification du paragraphe 3(2) de la Convention sur le trafic illicite. Voir aussi la discussion au sujet de la légalisation dans Dupras (1998) *op. cit.*, pages 24-33; et Noll, A., (1977) « Drug abuse and penal provisions of the international drug control treaties », *Bulletin on Narcotics*, vol. XXIX, n° 4, octobre/décembre, pages 41-57.

⁹⁹ Voir, par exemple, les pages suivantes du site Web de Human Rights Watch, une organisation non gouvernementale de défense des droits de la personne : <http://www.hrw.org/campaigns/drugs/> et <http://www.hrw.org/worldreport99/special/drugs.html>

inhérente des personnes, du droit de ne pas subir des peines cruelles et dégradantes, et du droit à la liberté, tels qu'exposés dans des instruments internationaux comme la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* et la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels inhumains ou dégradants*.¹⁰⁰ Certains ont aussi avancé que l'usage de drogues est un droit de la personne et qu'il faudrait l'inscrire dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme*.¹⁰¹

La Convention contre le trafic illicite est la seule des trois conventions à aborder les droits de la personne. Le paragraphe 14(2) de la Convention contre le trafic illicite oblige explicitement les parties à « respecter les droits fondamentaux de l'homme » lorsqu'elles adoptent des mesures en vue de prévenir et d'éliminer la culture illicite de plantes contenant des substances narcotiques ou psychotropes, telles que le pavot, le cannabis et le coca. La même disposition oblige les États à tenir compte des usages licites traditionnels – lorsqu'il existe des preuves historiques de tels usages – et de la protection de l'environnement.

Soulignons trois éléments qui donnent aux États, au Canada inclus, une certaine marge de manœuvre. Le premier est que les conventions reconnaissent la primauté des systèmes juridiques nationaux. En fait, les conventions internationales sur les stupéfiants n'ont pas d'application directe en droit national. Pour leur donner force sur le territoire national, l'État doit adopter une loi, au Canada la Loi sur les drogues et autres substances contrôlées. Spécifiquement, les conventions stipulent diversement que les mesures proposées de pénalisation sont faites « sous réserves des dispositions constitutionnelles » ou « compte tenu des régimes constitutionnel, juridique et administratif » des parties. Au Canada, les dispositions de la *Charte canadienne des droits et libertés* ainsi que les interprétations qu'en donne la Cour suprême sont des pièces maîtresses à l'intérieur desquelles le pays peut interpréter les conventions internationales sur les drogues.

Le second élément, un peu plus technique, suggère que la pénalisation de la détention se limite à la détention en vue du trafic, notamment en vertu du fait que cette disposition figure entre deux articles portant sur le trafic et en raison d'une formulation antérieure de cette disposition.¹⁰² La non pénalisation de la détention (possession) aux fins d'usage personnel ne serait donc pas, stricto sensu, interdite. C'est là notamment l'avis juridique d'un expert préparé à la demande de l'Office fédéral de la Santé publique de Suisse à l'occasion de son projet de loi sur la « légalisation » du cannabis : « une dépenalisation générale, prévue par la loi, de la consommation et de la culture à petite

¹⁰⁰ Le texte intégral de ces instruments internationaux est disponible à la page suivante du site Web du Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme :

<http://www.unhcr.ch/html/intlinst.htm>

¹⁰¹ Voir Van Ree, E., (1999) « Drugs as a Human Right », *International Journal of Drug Policy*, vol. 10, pages 89-98. Van Ree propose un nouvel article 31 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* : « Chacun a le droit d'utiliser les substances psychotropes de son choix ».

¹⁰² Là dessus, voir Dupras, D., (1998) *op. cit.*

échelle de cannabis serait compatible avec les conventions »¹⁰³. En ce qui concerne le commerce et l'approvisionnement, l'auteur écrit : « *Même si une réglementation du commerce du cannabis avec un régime de licences ne semble pas exclue pour autant, des problèmes d'ordre pratique demeurent : d'une part à cause des mécanismes de contrôle exigés par la Convention de 1961 et, d'autre part, parce que la communauté internationale interprète la convention de 1988 comme une obligation de punir le commerce.* »¹⁰⁴

Enfin, le troisième élément est que ces conventions imposent des obligations morales aux États, non des obligations juridiques ou moins encore assorties de pénalités ou de sanctions en cas de contravention, et qu'elles prévoient aussi des mécanismes de demande de révision ou de modification.

CONCLUSIONS

Le cannabis, dont nous avons vu aux chapitres 5, 6, et 7 qu'il est largement consommé par les populations de par le monde, qu'il n'a pas les effets nocifs qu'on lui prête, et qu'il présente peu de risques pour la santé publique, ne mérite certainement pas de figurer aux tableaux des conventions avec les substances dites les plus dangereuses. Le cannabis présente même des applications thérapeutiques que les tribunaux canadiens ont reconnues. C'est pourquoi **nous recommandons que le Canada informe la communauté internationale d'une demande de déclassement du cannabis dans le cadre d'une approche de santé publique et qui s'accompagnerait de mesures rigoureuses de suivi et d'évaluation**.

Conclusions du chapitre 19

- **Les conventions internationales élaborées depuis 1912 n'ont pas permis de réduire l'offre de drogues alors qu'elles étaient soi-disant conçues dans cet esprit.**
- **Les conventions internationales constituent un régime à deux vitesses réglementant les produits synthétiques produits par les pays du Nord et prohibant les substances organiques produites dans les pays du Sud, sans aucune considération pour les dangers réels que présentent ces substances pour la santé publique.**
- **Le cannabis a été inclus dans les conventions internationales en 1925 sans aucune connaissance de**

¹⁰³ Peith, M., (2001) « Compatibilité de différents modèles de dépénalisation partielle du cannabis avec les conventions internationales sur les stupéfiants. » Avis juridique soumis à la demande de l'Office fédéral de la santé publique de la Confédération helvétique, page 14.

¹⁰⁴ *Ibid.*, page 15.

ses effets.

- **Les classifications internationales des drogues sont arbitraires et ne reflètent pas la dangerosité des substances pour la santé ni pour la société**
- **Le Canada devrait informer la communauté internationale des conclusions de notre rapport et demander officiellement le déclassement du cannabis et de ses dérivés.**

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 20

POLITIQUES PUBLIQUES DANS D'AUTRES PAYS

Nous venons de voir que les conventions internationales encadrent les approches de politiques pénales que les États signataires peuvent adopter. Nous avons aussi vu que les interprétations varient quant à la nature de ces obligations, spécifiquement quant à la consommation et donc à la détention aux fins personnelles. Certaines interprétations vont jusqu'à suggérer que, en ce qui concerne le cannabis, certaines formes de réglementation de la culture pourraient être possibles sans par ailleurs contrevenir aux dispositions des conventions, pour autant que l'État prendrait les moyens nécessaires pour pénaliser les trafics illégaux.

La vaste majorité des Canadiens ont entendu parler de la « guerre à la drogue » que mènent les USA et de son approche prohibitionniste, mais plusieurs seront étonnés de constater les variations importantes entre états, voire entre villes, de la fédération. Moins nombreux sont ceux qui savent que la Suède suit une politique d'interdiction au moins aussi rigoureuse mais par d'autres moyens. Beaucoup d'entre nous avons déjà entendu parler, d'une manière ou d'une autre, de l'approche « libérale » implantée aux Pays-Bas depuis déjà 1976. Moins auront entendu parler des approches espagnole, italienne, luxembourgeoise, ou suisse qui sont, à certains égards, encore plus libérales. Plus récemment, les Canadiens ont pris connaissance de la décision du ministre de l'Intérieur du Royaume-Uni de « déclasser » le cannabis au tableau C ; mais il n'est pas certain que nous sachions bien ce que cela signifie. Tenant compte des préconceptions que l'on se fait de la France par rapport au vin, plusieurs pourront être étonnés d'apprendre que sa politique en matière de cannabis semble plus « conservatrice » que ne le serait celle, par exemple, de son voisin belge.

On voit qu'une fois posé le cadre global du casse-tête par la communauté internationale, les manières d'en agencer les morceaux varient largement entre les États parfois entre les régions d'un même État. C'est pourquoi, afin d'apprendre des expériences et approches des autres pays, le Comité a commandé un certain nombre de rapports de recherche sur la situation dans d'autres pays¹, et a souhaité entendre directement des représentants d'un certain nombre d'entre eux.²

¹ Ces rapports, préparés par les recherchistes de la Bibliothèque du Parlement, portent sur l'Australie, les États-Unis, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse. On en trouvera les références exactes à l'annexe 3.

² Nous avons entendu des représentants des États-Unis, de la France, des Pays-Bas et de la Suisse.

Évidemment, nous avons dû faire des choix. Nous nous sommes limités aux pays occidentaux du Nord ; c'est une faiblesse, nous en convenons, mais nos ressources étaient limitées. De surcroît, voulant mettre les politiques publiques en relation avec des données sur les tendances d'usage et les pratiques judiciaires, nous étions contraints de choisir des pays disposant d'une base d'informations. Quant aux audiences de représentants des pays, nous étions limités surtout par le temps.

Ce chapitre décrit la situation dans cinq pays européens soit en France, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède et en Suisse, ainsi qu'en Australie et aux USA.

FRANCE³

Des logiques distinctives

La « rupture » introduite par loi de 1970⁴, en vigueur actuellement, qui pénalise l'usage de drogues, est à certains égards plus apparente que réelle. La politique publique *interne* avait en effet commencé à changer dès la fin du XIXe siècle menant à l'adoption de la grande loi sur les stupéfiants de 1916 qui pénalisait l'importation, le commerce, la détention et l'usage. Cette loi, d'application particulièrement sévère pour l'époque (jusqu'à 3 ans d'emprisonnement pour délits reliés aux stupéfiants) instituait le délit « d'usage en société ». Son adoption avait été précédée par une intense « campagne de salubrité publique » où les stupéfiants étaient « accusés par leurs détracteurs d'être à l'origine de la plupart des maux de la société, c'est-à-dire de favoriser en bloc la dépopulation, la décadence des mœurs ou bien encore les actes violents et criminels. »⁵

Cette loi sera complétée par la loi de 1922 et le décret loi de 1939 qui aggravent et renforcent ses prescriptions. La loi de 1922 imposait aux juges de prononcer l'interdiction de séjour contre les personnes convaincues de trafic ou de facilitation d'usage et la seconde augmentait les peines jusqu'à cinq ans. La loi de 1922 autorisait aussi la police à visiter des domiciles sans autorisation judiciaire préalable. De l'avis de Charras, « ces différentes prescriptions firent de la législation française l'une des plus draconiennes d'Europe. »⁶

Autre élément de tension dans la loi de 1970, l'injonction thérapeutique, considérée parfois comme le cœur même de la législation sur les drogues. Selon cette

³ Pour cette section, nous avons bénéficié du rapport d'étude préparé par la Bibliothèque du Parlement : Collin, C., (2001) *Politique nationale en matière de drogues : France*. Ottawa: Bibliothèque du Parlement, rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.

⁴ Loi no 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression de trafic et de l'usage des substances vénéneuses.

⁵ Charras, I., (1998) « L'État et les « stupéfiants » : archéologie d'une politique publique répressive. » in *Drogue. Du bon usage des politiques publiques. Les cahiers de la sécurité intérieure*, page 13.

⁶ Charras, I., *op. cit.*, pages 15-16.

disposition, « une obligation de soins peut être imposée à l'usager de stupéfiants à trois moments du processus pénal :

- A l'entrée dans la partie judiciaire, le parquet peut proposer une alternative aux poursuites pénales ;
- En cours de procédure, le juge d'instruction ou le juge des enfants peut imposer la surveillance médicale ;
- Lors du prononcé du jugement, le tribunal peut imposer une mesure de soins, soit parce que l'usager l'a refusée auparavant, soit au contraire pour la prolonger si elle a démarré au titre de l'article précédent. »⁷

« Contrepoids humaniste d'une politique répressive »⁸, l'injonction thérapeutique a souvent été caractérisée par divers observateurs français comme un compromis boiteux entre les pouvoirs policier d'un côté et médical de l'autre.⁹

Mais à caractériser le système français entre la répression de l'usager comme « délinquant » et son traitement comme « malade », il y a risque de gommer toute une autre partie de l'approche française en matière de drogues au moins jusqu'aux années 1970, sa politique *extérieure et la logique fiscale*.

*« La prohibition des drogues est récente. Si on excepte la Chine qui cherche à prohiber l'usage de l'opium dès le XVIIIe siècle, il faut attendre le XXe siècle pour que la prohibition soit discutée en Europe. Encore ne devient-elle effective qu'après les années 50. Quant à la volonté de prendre en charge médicalement les usagers, elle n'est vraiment construite que depuis une vingtaine d'années. Avant d'être réprimé ou prescrit, l'usage de stupéfiants était taxé par le biais de monopoles fiscaux de l'opium ou du cannabis. »*¹⁰

Bisiou identifie cinq monopoles connus dans l'histoire de la France coloniale : ceux de l'Inde, de 1864 à 1954 ; ceux de l'Indochine de 1864 jusqu'en 1975 au Laos ; en Océanie de 1877 à 1922 ; et deux monopoles du cannabis exploités concurremment avec les monopoles du tabac, un en Tunisie entre 1881 et 1954, l'autre au Maroc, entre 1914 et 1952. Un autre, dont l'existence n'a pas été confirmée, aurait existé au Liban.¹¹

Ces monopoles présentent divers avantages, notamment fiscaux et politiques. Au plan fiscal, ils constituent une rentrée importante de devises permettant de financer

⁷ Simmat-Durand, L., (1999) « Les obligations de soins en France. » in Faugeron, C., (ed.) *Les drogues en France. Politiques, marchés, usages*. Paris : Georg éditeur, page 111.

⁸ Setbon, M., (2000) *L'injonction thérapeutique. Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, page 11.

⁹ Voir entre autres Simmat Durand, L., (2000) *La lutte contre la toxicomanie. De la législation à la réglementation*. Paris : L'Harmattan ; Bernat de Celis, J., (1996) *Drogues : Consommation interdite*. Paris : L'Harmattan ; et Bergeron, H., (1996) *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action*. Paris : L'Harmattan.

¹⁰ Bisiou, Y., (1999) « Histoire des politiques criminelles. Le cas des régies françaises des stupéfiants. » in Faugeron, C., (ed.) *Les drogues en France. Politiques, marchés, usages*. Paris : Georg éditeur, page 89.

¹¹ Bisiou, *op. cit.*, page 90.

l'entreprise coloniale ; au plan politique, ils sont bien acceptés par les colonies dans la mesure où ils préexistaient l'implantation française et étaient déjà bien acceptés par les populations locales. De manière intéressante, c'est le caractère moral des « substances vicieuses » qui justifie ce régime de taxation de produits de luxe dont on ne veut pas encourager la consommation. Abolie à la décolonisation, marquée par certaines contradictions internes entre des impératifs économiques de rentabilité et des objectifs sanitaires, cette politique avait aussi, à partir des années 30, fait l'objet de nombreuses critiques de la communauté internationale, dont les orientations étaient, on l'a vu, de plus en plus prohibitionnistes. N'empêche que l'histoire des monopoles d'État sur les drogues a marqué l'histoire française (comme la néerlandaise, la britannique et la portugaise d'ailleurs), et qu'elle constitue un autre pôle à côté de la politique intérieure.

Ainsi, ce n'est pas *une* politique publique qui a animé la France en matière de drogues au cours du XXe siècle, mais bien trois logiques souvent en concurrence les unes avec les autres. Il faut attendre le renforcement de la Mission interministérielle de lutte à la drogue et à la toxicomanie (MILDT) au milieu des années 1990 pour voir naître les vellétés d'une politique d'ensemble plus intégrée, plus cohérente aussi.

Une politique publique intégrée

La MILDT avait été créée au début des années 80 sous le premier septennat Mitterrand. Mais au cours des ans, soit elle manquait de leadership, soit ses moyens n'étaient pas à la hauteur de ses ambitions. Il faut attendre la nomination de Nicole Maestracci en 1995, sous le gouvernement socialiste de Jospin, pour que la MILDT s'engage sur une trajectoire de visibilité et d'action publique forte. Son action a été aiguillée notamment par les controverses et manifestations virulentes d'intervenants de divers ordres (médecins hospitaliers préoccupés par le sida, membres d'ONG, toxicomanes, spécialistes, etc.) qui critiquaient les fondements scientifiques des principaux objectifs de la politique française en matière de drogues. Au centre de ce débat : la nécessité d'une approche de réduction des méfaits, ancrée sur la réduction de la transmission du sida par les usagers de drogues par intraveineuse et le traitement à la méthadone administré aux toxicomanes.¹²

En février 1994, seul un petit groupe de 77 toxicomanes avait accès à un traitement à la méthadone alors que la France comptait, à la même époque, 160 000 héroïnomanes. En 1998, des traitements de substitution de médicaments ont été offerts, en France, à un groupe pouvant atteindre 70 000 toxicomanes dont la grande majorité recevaient du Subutex et les autres de la méthadone.¹³ Ce virage indique clairement que les pouvoirs publics considèrent maintenant la réduction des

¹² Voir Mme Nicole Maestracci, présidente de la Mission interministérielle de lutte à la drogue et à la toxicomanie, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 1^{er} octobre 2001, fascicule no 7, pages 9-10.

¹³ Michel Kokoreff, « Politique des drogues en France, entre loi pénale et réduction des risques », présentation au Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, 2001.

méfais de la drogue comme un élément fondamental de la politique française en la matière.¹⁴

Le 16 juin 1999, le gouvernement français a présenté un plan triennal qui reflète clairement ce changement de paradigme puisque les mesures palliatives et préventives devenaient des buts légitimes dans le cadre de la politique française. En ce qui a trait à la politique pénale, le cadre législatif principal – la Loi de 1970 – n’a pas été modifié et la consommation de drogue est toujours tenue pour une infraction. Néanmoins, une circulaire du ministre de la Justice a invité les procureurs à éviter l’incarcération et à promouvoir le traitement dans les cas de consommation de drogue.

Le plan est fondé sur des données européennes et internationales autant que sur de récents rapports, des consultations interministérielles, et des études scientifiques fournissant un certain nombre d’observations fondamentales à propos de la politique en matière de drogues et de la toxicomanie en France. L’émergence de nouveaux profils de consommation tels que l’utilisation de drogues multiples (licites et illicites), l’augmentation de la consommation de cannabis et d’alcool chez les jeunes, et la disponibilité accrue de drogues de synthèse étaient au cœur des préoccupations exprimées. Les systèmes et les bases de connaissance ont également fait l’objet de diverses critiques :

- Le manque de coordination entre les programmes de prévention et leur accessibilité limitée (p. ex. les programmes de prévention scolaire en matière de drogue ne sont offerts qu’à moins de 40 % des élèves et, en ce qui concerne l’alcool et le tabac, à moins de 20 %) ;
- Le manque d’appui social et professionnel ;
- Le fait qu’il n’y ait pas de terrain d’entente culturel entre les divers intervenants (application des lois, bien-être social, éducation et santé publique) ;
- L’importance excessive accordée aux héroïnomanes dans l’administration des traitements spécialisés au moment même où la consommation, parmi les membres de ce groupe de toxicomanes, vient de se stabiliser ;
- La difficulté de concilier la mise en application de la loi avec une stratégie de santé publique.¹⁵

L’application de la loi pénale à l’égard des usagers a été constamment marquée par la difficulté à concilier action répressive et impératifs de santé publique. Le nombre d’usagers interpellés a doublé en cinq ans, sans que la procédure judiciaire permette suffisamment une rencontre utile avec médecins ou travailleurs sociaux.¹⁶

¹⁴ Henri Bergeron, « Comment soigner les toxicomanes? », *Sociétal*, juin-juillet 1998, pages 45 à 49.

¹⁵ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001)*. Document disponible en ligne à l’adresse : http://www.drogues.gouv.fr/uk/what_you_need/whatyouneed_intro.html.

¹⁶ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), « Livret de connaissances, Synthèse du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

En outre, les représentants élus et le grand public, constatant la diminution du nombre d'arrestations pour trafic au niveau local depuis 1996, trouvent ce fait difficile à comprendre tenant compte de l'importance qu'il faudrait accorder, à leurs yeux, au contrôle de l'approvisionnement en drogues. Enfin, le manque d'indicateurs fiables a empêché toute évaluation approfondie, voire compréhensible, des programmes existants.

À partir de ces constats, le gouvernement a élaboré un plan triennal définissant les priorités d'action, les objectifs et les mesures à prendre. Au cœur de ce dispositif, deux mots clés : intégration et connaissance. Intégration vue sous au moins deux angles : pour la première fois, la France aura une politique intégrée sur l'ensemble des substances psychoactives, drogues, médicaments, alcool et tabac.

« Le fait qu'on ait parlé de l'alcool, du tabac, et des médicaments et ce, en même temps qu'on parlait de drogues, a fait sans doute que chacun s'en est senti plus proche puisque chacun avait l'expérience de la consommation d'un produit qu'il soit licite ou illicite. C'était un élément important qui ne nous conduisait pas à dire que tous les produits allaient avoir le même régime législatif mais (cela permettait, quel que soit le produit), de distinguer des usages occasionnels et des usages problématiques. »¹⁷

L'autre aspect de l'intégration est celui d'une interministérialité renforcée entre les 19 ministères qui forment la MILDT sous la présidence du Premier ministre.

Le second mot clef au cœur du dispositif français est celui de la connaissance. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, un certain nombre d'observateurs avaient noté les faiblesses de l'appareillage de connaissance, dont des rapports commandés par diverses instances (discutés infra). Dans la foulée de l'impulsion donnée par la présidence de François Mitterrand à la création de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, la France crée, en 1993, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Organisme « autonome », l'Observatoire a pour mission « de développer le réseau sentinelle afin d'observer les tendances récentes de consommation, de conduire des enquêtes épidémiologiques régulières en population et de mettre en place un cadre global d'évaluation des politiques publiques. »¹⁸ Pour ce faire, il organise ses travaux sur trois axes principaux : la veille et l'amélioration des indicateurs ; la surveillance des tendances récentes et l'évaluation des politiques. L'observatoire dispose d'un personnel de 25 personnes et d'un budget de 18 millions FF (environ 3,5 millions \$). Il est aussi le point de correspondance national au réseau de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

dépendances 1999-2000-2001 », *Drogues : savoir plus, risquer moins*, MILDT, décembre 1999, page 7. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html>.

¹⁷ Nicole Maestracci, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, page 13.

¹⁸ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (2002) *Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002*. Paris : auteur, page 291.

Cadre législatif

La loi française qui régit les drogues illicites est tirée de nombreuses sources, notamment de quatre codes : le Code de la santé publique, le Code pénal, le Code de procédures pénales et le Code des douanes. Le cadre législatif principal est la loi du 31 décembre 1970, qui a amendé le Code de la santé publique et créé un cadre législatif fondé sur l'application de diverses mesures répressives et de dispositions relatives à la santé. La Loi de 1970 avait pour objet de réprimer sévèrement le trafic, d'interdire l'usage des stupéfiants tout en proposant une solution de rechange thérapeutique à la répression de l'usage, de même que d'assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter.¹⁹ Il convient de noter que la plupart des articles de la Loi de 1970 (inscrits à l'origine dans le Code de la santé publique) ont été depuis intégrés au nouveau Code pénal entré en vigueur en 1994, à l'exception des infractions liées à la consommation des drogues, qui sont toujours sanctionnées par le Code de la santé publique. La loi française est également régie par la législation internationale depuis que la France a ratifié par voie législative les conventions des Nations Unies sur les stupéfiants.

Classes de drogues

La loi française ne distingue pas entre les types de drogues illicites ; par conséquent, une infraction telle que la consommation de drogue fait l'objet de poursuites et d'un jugement qui ne varient pas en fonction de la nature du produit consommé. Néanmoins, les autorités judiciaires peuvent tenir compte de la nature et de la quantité du produit, ainsi que de l'existence d'un casier judiciaire, dans leur décision d'intenter des poursuites, de réduire les accusations ou de ne pas inculper un délinquant. Les drogues illicites sont répertoriées dans des annexes de l'Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants :

- Annexe I : Stupéfiants tels que l'héroïne, la cocaïne, le cannabis, la méthadone, l'opium, etc.;
- Annexe II : Les substances telles que la codéine, le propiram, etc.;
- Annexe III : Les substances psychotropes telles que les amphétamines, l'ecstasy, le LSD, etc.;
- Annexe IV : Les drogues synthétiques : le MBDB, la 4MTA, la kétamine, le nabilone, THC, etc.²⁰

¹⁹ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, Édition de 1999, page 20. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html>.

²⁰ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)/European Legal Database on Drugs (ELDD), *France Country Profile, French Drug Legislation*. Extrait du site http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_national_reviews.cfm?country=FR.

Infractions et peines

L'usage public ou privé de drogue est interdit en France et criminalisé par la Loi de 1970 (article L3421-1 du Code de la santé publique). La peine maximale infligée pour l'usage d'une drogue illicite est un emprisonnement d'un an ou une amende de 25 000 FF, ou encore le renvoi à un programme thérapeutique sur ordonnance du tribunal (injonction thérapeutique). Cet article du Code de la santé publique s'applique à tous les usagers sans distinction quant à la nature de la substance illicite consommée.

Le Code de la santé publique assure également la surveillance des toxicomanes par les services de santé (article L3411-1). Il se peut que les procureurs de la République n'intentent pas de poursuites judiciaires contre un délinquant qui peut, sur la foi d'un certificat médical, prouver qu'il s'est engagé dans une forme quelconque de thérapie ou s'est soumis à une surveillance médicale depuis la perpétration de l'infraction. Toutefois, si une personne ayant fait usage d'une drogue illicite ne fournit pas de certificat médical à cet effet, les procureurs peuvent l'enjoindre de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale (article L3423-1). La participation à un programme ordonné par un tribunal suspend les poursuites judiciaires et celles-ci seront abandonnées si la personne en cause suit le programme de désintoxication en entier.²¹ Il n'est pas rare pour un récidiviste de se voir imposer plus d'un traitement par un tribunal puisqu'on fait rarement appel à des mesures plus répressives pour un simple usage de drogue, particulièrement s'il s'agit de cannabis.

Une directive du ministère de la Justice de juin 1999 a demandé aux procureurs de préférer le traitement à l'incarcération pour les petits délinquants et les toxicomanes qui causent problème. La pratique a démontré que la solution thérapeutique est utilisée principalement pour les délinquants qui ne font que consommer ; dans la plupart de ces cas, le délinquant reçoit un avertissement et est tenu de s'adresser à un service social ou à un dispensaire. Lorsque des poursuites judiciaires sont intentées, le magistrat peut également imposer – et non simplement ordonner – à l'accusé de s'inscrire à un programme de désintoxication ; dans un tel cas, ce sont les autorités judiciaires qui se saisissent du cas au lieu qu'il soit confié aux services de santé. Si l'utilisateur termine le traitement, on peut ne lui infliger aucune peine, mais le recours à de telles mesures est extrêmement rare.²² De la même façon, une intervention de désintoxication peut être une des conditions associées à une peine de prison avec sursis, à une mise en liberté conditionnelle ou à un régime de surveillance judiciaire. En France, le toxicomane est donc vu comme une personne malade à qui il convient d'offrir une thérapie.²³

En ce qui a trait au trafic de stupéfiants, la Loi de 1970 a été modifiée à diverses reprises, créant de nouvelles infractions telles que la cession ou l'offre illicites de drogues pour usage personnel (17 janvier 1986), le blanchiment de l'argent de la drogue (31 décembre 1987), ou la promulgation de nouvelles procédures telles que la

²¹ Comité consultatif national d'éthique, *Rapports sur les toxicomanies*, rapport no 43, le 23 novembre 1994, page 19. Voir : <http://www.ccne-ethique.org/français/start.htm>

²² OEDT/ELDD, France Country Profile, 2001.

²³ Comité consultatif national d'éthique, 1994.

confiscation des profits du trafic des stupéfiants (14 novembre 1990) en vue de se conformer à l'article 5 de la Convention des Nations Unies (19 décembre 1988).²⁴ Actuellement, les infractions de trafic comprennent la cession ou l'offre illicites de stupéfiants à une personne pour consommation personnelle et elles sont assorties d'une peine pouvant aller jusqu'à cinq ans d'incarcération et une amende maximale de 500 000 FF (articles 222-39 du Code pénal) ; et une infraction qui criminalise le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants et qui est assortie d'une peine pouvant aller jusqu'à dix ans d'incarcération et d'une amende maximale de 50 millions FF (article 222-37). L'importation et l'exportation illicites de stupéfiants sont également punissables de dix ans d'incarcération et d'une amende pouvant aller jusqu'à 50 millions FF, mais quand cette même infraction est commise par une organisation criminelle, la peine peut aller jusqu'à 30 ans d'emprisonnement (article 222-36). En outre, le trafic des stupéfiants peut également être considéré comme une infraction douanière (contrebande et infractions similaires) entraînant une peine maximale de trois ans d'incarcération et des amendes pouvant représenter jusqu'à deux fois et demie la valeur de la marchandise illicite. Les poursuites intentées en vertu du Code des douanes n'excluent pas les poursuites au pénal et les sanctions pour les infractions à la réglementation douanière peuvent s'ajouter aux sanctions pénales.²⁵

On peut citer, parmi les autres infractions, la production ou la fabrication illicites de stupéfiants, punissable de 20 ans d'emprisonnement et d'une amende de 50 millions FF. Ici encore, lorsqu'un membre d'une organisation criminelle commet l'infraction, la peine peut aller jusqu'à 30 ans d'incarcération (article 222-35). Le blanchiment d'argent ayant un rapport avec la drogue, défini comme « faciliter, par tout moyen, la justification mensongère de l'origine des liens ou des revenus de l'auteur d'une infraction à la loi sur les stupéfiants », est punissable d'une peine de 10 ans d'emprisonnement et d'une amende de 5 000 000 FF (article 222-38). La provocation à l'usage de drogue ou à la perpétration des infractions prévues par les articles 222-34 à 222-39 du code pénal ou le fait de présenter ces infractions sous un jour favorable est punissable de cinq ans d'incarcération et d'une amende de 500 000 FF (article L3421-4 du Code de la santé publique). Cette infraction vise les médias et les œuvres littéraires ou artistiques. Le fait de provoquer un mineur à faire usage illicite de stupéfiants est punissable de cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 700 000 FF, et, dans le cas d'un mineur de moins de 15 ans ou si l'infraction est commise à l'intérieur ou à

²⁴ Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, 19 décembre 1988 : article 5, Confiscation. 1. Chaque partie adopte les mesures qui se révèlent nécessaires pour permettre la confiscation : a) des produits tirés d'infractions établies conformément au paragraphe 1 de l'article 3 ou des biens dont la valeur correspond à celle desdits produits; b) des stupéfiants, substances psychotropes, matériels et équipements ou autres instruments utilisés ou destinés à être utilisés de quelque manière que ce soit pour les infractions établies conformément au paragraphe 1 de l'article 3.

²⁵ OEDT/ELDD, *France Country Profile*, 2001.

proximité d'un établissement d'enseignement, la peine peut être portée à sept ans d'emprisonnement et une amende de 1 000 000 FF (article 227-18). Enfin, le fait de diriger ou d'organiser un groupe engagé dans la production, la fabrication, l'importation et l'exportation, le transport, la détention, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants peut entraîner une condamnation à perpétuité avec une amende de 50 000 000 FF (article 222-34).

Quelques rapports clés

Le rapport « Pelletier »

Le premier examen de la Loi de 1970 et des politiques françaises en matière de drogues et de toxicomanie a été réalisé en 1978 par une commission présidée par Monique Pelletier, qui a étudié la question à la demande du président Giscard d'Estaing.²⁶

Selon le rapport Pelletier, les difficultés de mise en œuvre de la Loi de 1970 résultaient des inégalités de traitement des toxicomanes en raison, partiellement du fait que la loi n'établissait pas de catégorie intermédiaire entre un usager et un trafiquant de drogue. Le rapport attribuait également les problèmes de mise en application au manque de collaboration entre les responsables des questions juridiques et des questions de santé.²⁷ Les médecins étaient particulièrement sceptiques sur le principe de l'injonction thérapeutique et l'obligation des contrevenants de subir un traitement. Les membres de la Commission Pelletier ont également noté que l'on faisait plus souvent appel aux sanctions pénales qu'aux diverses formes de traitement. Ils ont estimé néanmoins que la Loi de 1970 méritait qu'on lui accorde une deuxième chance, suggérant qu'elle pourrait profiter de la diffusion de lignes directrices claires en matière d'application (circulaires) et de l'apport de ressources structurelles et financières visant à assurer la réussite des options thérapeutiques, sur le plan tant judiciaire que médical. Le rapport proposait, entre autres, que les toxicomanes soient différenciés d'après le type de substance illicite dont ils font usage.²⁸

La loi n'établit encore aucune distinction officielle aujourd'hui entre les différentes substances illicites mais, dans la pratique, de nombreuses circulaires ont invité les procureurs et les juges, au cours des 20 dernières années, à distinguer l'usage du cannabis et la consommation d'autres drogues telles que l'héroïne et la cocaïne. Par exemple, selon une circulaire en date du 7 mai 1978, les usagers du cannabis ne devraient pas être considérés comme de « vrais » toxicomanes, les traitements de désintoxication pourraient ne pas convenir à ce type d'usagers et ceux-ci devraient faire

²⁶ Pelletier, M. (1978) *Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*, Paris : La Documentation française.

²⁷ Centre d'aide et d'accueil en toxicomanie (CAAT), *La mise en application de la loi*. Voir : http://caat.multimania.com/info/app_loi.htm.

²⁸ OFDT, 1999, p. 25.

l'objet d'un simple avertissement. On y invitait également les juges à encourager les usagers à communiquer avec un centre pour toxicomanes et à ne recourir à l'injonction thérapeutique qu'à l'égard des récidivistes. La circulaire en question a été perçue par un grand nombre comme une décriminalisation de l'usage du cannabis. Il convient toutefois de faire remarquer que les circulaires expriment les intentions du ministère de la Justice, mais que leur application dépend de la discrétion des procureurs de la République.²⁹

La circulaire de 1978 est restée un outil de référence jusqu'au 12 mai 1987, date à laquelle une circulaire conjointe Justice-Santé a abrogé les circulaires précédentes et introduit une nouvelle distinction fondée sur la fréquence d'utilisation.

« Toutes les interpellations pour usage doivent faire l'objet d'un procès-verbal transmis au parquet et si possible traité par un magistrat spécialisé. Les usagers « occasionnels », s'ils sont bien insérés, doivent faire l'objet d'un simple avertissement. Pour les usagers « d'habitude », la circulaire recommande le recours à l'injonction thérapeutique ou aux poursuites. Les usagers étrangers, en séjour irrégulier en France, doivent être jugés en comparution immédiate et faire l'objet d'une interdiction de territoire. Enfin, les usagers trafiquants ou usagers délinquants doivent être prioritairement poursuivis du chef d'accusation de trafic ou de l'atteinte aux personnes ou aux biens. Cette circulaire marque également la volonté de relancer l'injonction thérapeutique et en précise les conditions d'application. »³⁰

Cette circulaire a marqué un tournant vers l'adoption de mesures plus répressives pour les consommateurs d'habitude et pour les usagers trafiquants³¹ et elle a orienté la politique pénale entre 1990 et 1995 vers la relance de l'injonction thérapeutique et l'établissement d'une distinction entre usager occasionnel, usager d'habitude et usager-revendeur.³²

Le rapport Trautmann

Le deuxième rapport a été produit en 1989 par Catherine Trautmann, alors présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Déposé en 1990, ce rapport comprenait un examen des données disponibles sur la consommation de drogue et la toxicomanie ainsi qu'une étude des principales difficultés de la lutte antidrogue et des politiques françaises en matière de drogues entre 1978 et 1988.³³

Aucun changement à la Loi de 1970 n'a été recommandé, le rapport mettant plutôt l'accent sur la nécessité d'intervenir de manière plus efficace contre le trafic des stupéfiants en assurant une meilleure coopération entre les trois services de portée nationale participant à la lutte contre ce trafic (la police, la gendarmerie et les douanes,

²⁹ *Ibid.*

³⁰ *Ibid.*, page 26

³¹ CAAT, 2001, page 3

³² OFDT, 1999, pages 26 à 27.

³³ Trautmann, C., (1990) *Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants*. Rapport au Premier ministre. Paris : La Documentation française.

qui ont chacune un champ de compétence particulier : zones urbaines pour la police, zones rurales pour la gendarmerie et régions frontalières pour les douanes) et en renforçant la surveillance de la frontière française. Le rapport suggérait aussi d'insister davantage sur le volet « demande » du problème de la drogue en élaborant des stratégies visant à prévenir l'usage des drogues et la toxicomanie, particulièrement chez les jeunes. Le rapport contenait également des suggestions sur les soins à prodiguer aux toxicomanes, et la question de leur insertion et réinsertion dans la collectivité s'articulait autour de trois axes : améliorer la santé et les services sociaux, tenir compte des problèmes associés au sida et établir un système de gestion financière solide pour appuyer des unités spécialisées offrant des services aux toxicomanes.

Enfin, le rapport Trautmann s'opposait nettement à la décriminalisation ou à la légalisation de l'usage des drogues, en particulier du cannabis. Ses auteurs ont insisté sur la nécessité de prévenir l'usage des drogues et de prendre soin des toxicomanes, et, selon eux, la décriminalisation de l'usage du cannabis banaliserait la toxicomanie et favoriserait la consommation précoce et plus fréquente des drogues dures.³⁴

Le rapport Henrion

La Commission Henrion a produit, en 1995, un troisième rapport sur les drogues en France³⁵ qui en vient aux mêmes conclusions que les deux rapports précédents en ce qui concerne le manque de coordination et de coopération entre les responsables des systèmes judiciaire et sanitaire et les difficultés que pose la mise en œuvre d'une politique fondée à la fois sur des mesures répressives et des mesures d'hygiène publique. La Commission a signalé le recours limité à l'injonction thérapeutique et le nombre croissant d'arrestations pour simple consommation de cannabis. Elle a recommandé avant tout l'élaboration d'une politique d'évaluation permettant de cerner la situation de la drogue en France et a proposé que la politique de la France en matière de drogues mette l'accent sur la prévention. En outre, le rapport a critiqué les incohérences dans l'application de la loi et les inégalités dans le traitement prodigué aux toxicomanes selon les régions, et il a recommandé que les organismes et structures en place chargés de la répression du trafic des stupéfiants soient dotés des ressources financières et humaines leur permettant d'exécuter leur mandat.

Par ailleurs, la Commission Henrion s'est distinguée en proposant une réforme de la Loi de 1970. Sur la question de la décriminalisation du cannabis, ses membres ont exprimé des opinions divergentes, une minorité (8 sur 17) s'y opposant, principalement parce qu'ils pensaient qu'il serait difficile de maintenir l'interdiction morale sans prohibition légale. Une courte majorité de membres (9 sur 17) étaient favorables à la décriminalisation de l'usage et de la possession de petites quantités de cannabis. Ils ont suggéré de procéder graduellement, sans modifier les règles sanctionnant l'offre de cannabis, afin de mieux contrôler et évaluer les conséquences de la décriminalisation de

³⁴ *Ibid.*, Annexe 10, pages 252 et 253.

³⁵ Henrion, R., (1995) *Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*. Rapport au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Paris : La Documentation française.

l'usage de cette drogue. Ils ont également recommandé que la décriminalisation soit accompagnée par l'édiction de règles limitant l'usage du cannabis à certains endroits et interdisant sa consommation chez les jeunes de moins de 16 ans. La réglementation réprimerait également l'intoxication dans un lieu public, créerait une infraction de conduite sous l'influence du cannabis et interdirait son usage à certains professionnels pour des raisons de sécurité (notamment les contrôleurs aériens, les pilotes, les conducteurs de véhicules de transport public, etc.). Toutes ces mesures devaient être accompagnées d'une campagne de prévention mettant l'accent sur les conséquences négatives possibles de la consommation de cannabis et d'une évaluation continue portant non seulement sur la consommation de cannabis, mais également sur celle des opiacés, de la cocaïne et du crack, ainsi que sur les recherches neurobiologiques établissant les effets de la consommation du cannabis. Enfin, on maintiendrait et continuerait à appliquer les peines prévues pour l'incitation à la consommation de drogue.³⁶

La Commission a laissé entendre que si une telle réforme était retenue et n'entraînait aucune détérioration de la situation au cours des deux années subséquentes, le gouvernement devrait ensuite envisager de réglementer le commerce du cannabis en le plaçant sous le contrôle strict de l'État. Il convient toutefois de noter que certains membres de la Commission étaient persuadés qu'une telle réglementation devait être mise en œuvre parallèlement à la décriminalisation du cannabis et qu'il ne devrait pas y avoir de période d'essai.³⁷ Ces recommandations n'ont pas eu de suites.

La Commission Henrion a également recommandé l'adoption d'une politique de réduction des méfaits de la drogue qui ne se limiterait pas à réduire les risques de la consommation pour la santé, mais serait axée sur la promotion de la santé publique et réprimerait rigoureusement certains comportements négatifs tels que l'abandon des aiguilles usagées dans un lieu public.³⁸

³⁶ *Ibid.*, pages 82-83.

³⁷ *Ibid.*, page 83.

³⁸ *Ibid.*, page 89.

Rapports d'experts

Nous avons amplement discuté aux chapitres 5, 6 et 7, les données scientifiques de trois récents rapports d'experts, les rapports Roques sur la dangerosité des drogues (1995)³⁹, Reynaud et Parquet⁴⁰ sur les pratiques addictives (1999) et l'expertise collective de l'INSERM⁴¹ (2001) sur le cannabis. Ces divers rapports, qui se complètent et se rejoignent largement sur leurs principales conclusions, constituent, au plan international, une des bases d'information scientifique les plus rigoureuses et surtout les moins idéologiques que nous ayons pu consulter. Il est probable que, n'étant pas associés à une commission chargée d'étudier les aspects des politiques publiques, ces diverses commissions avaient la possibilité d'échapper un peu plus à la contamination possible des interprétations téléologiques des données de recherche.

Statistiques sur l'usage et la répression

Usage

Les données suivantes proviennent du rapport 1999 intitulé *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, préparé par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.⁴²

- Forte diminution des décès causés par les surdoses (554 en 1994, 143 en 1998) ainsi que des décès des sidéens liés à la consommation de drogues injectables (1 037 en 1994, 267 en 1997) ;
- Baisse importante de la consommation d'héroïne depuis 1996, que l'on pourrait attribuer à une augmentation du recours aux traitements de substitution ;
- Normalisation de l'usage du cannabis, dont la consommation est de plus en plus répandue, particulièrement chez les jeunes ;
- Croissance du phénomène que constitue la culture du cannabis ;
- Accessibilité croissante des drogues de synthèse, qui ne représentent toutefois qu'un faible pourcentage des drogues consommées ;
- Augmentation de l'usage de la cocaïne ;
- Nouvelles habitudes de consommation de drogues multiples, y compris les substances licites telles que l'alcool, se manifestant surtout chez les jeunes – 54 % des jeunes pris en charge dans des centres de désintoxication consomment au moins deux produits.

³⁹ Roques, B., (1995) *La dangerosité des drogues*. Paris : Odile Jacob.

⁴⁰ Reynaud, M., et coll., (1999) *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Secrétariat d'État à la Santé et aux Affaires Sociales.

⁴¹ INSERM (2001) *Cannabis : Quels effets sur le comportement et la santé ?* Paris : auteur.

⁴² Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, Édition de 1999. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html>.

Les enquêtes menées en 1995 auprès d'un échantillon représentatif d'adultes français ont révélé que presque 25 % du groupe des personnes âgées de 18 à 44 ans ont fait l'expérience de l'usage du cannabis au moins une fois et que 7,7 % ont déclaré en consommer occasionnellement ou régulièrement. Les enquêtes auprès des appelés dans les centres de sélection du service national en 1996 ont démontré également qu'une large tranche (40 %) des jeunes hommes de 18 à 23 ans avaient fait l'expérience du cannabis et que 14,5 % en avaient consommé au cours du mois écoulé.⁴³ On estime qu'au cours de la deuxième moitié des années 90, plus d'un tiers des jeunes de 15 à 19 ans ont fait l'expérience de la drogue, particulièrement du cannabis. Ces enquêtes ont également fait état d'une importante augmentation de la fréquence de consommation du cannabis, puisque la proportion des jeunes en ayant consommé au moins dix fois au cours de l'année a augmenté de plus de 50 % entre 1993 et 1997.⁴⁴ On a en outre établi que les garçons étaient plus susceptibles que les filles de faire usage de substances illicites et présentaient un risque beaucoup plus élevé d'usage répété. Une étude menée en 1998 a indiqué que 33 % des garçons avaient signalé qu'ils avaient fait l'expérience du cannabis, comparativement à 23 % des filles.⁴⁵ Le rapport 2002 de l'OFDT note aussi une augmentation des prises en charge sanitaires ou sociales pour usage de cannabis : environ 15 % des prises en charge seraient pour usage de cannabis. Ces personnes sont généralement plus jeunes que les personnes prises en charge pour usage d'opiacés, plus fréquemment prises en charge pour la première fois, et plus souvent adressées par l'institution judiciaire.⁴⁶

Au cours de la deuxième moitié des années 90, le nombre usagers d'opiacés « à problèmes » (consommation de drogue pouvant entraîner la nécessité d'un traitement prodigué par le système de santé ou le système social ou d'un contact avec les organismes d'application de la loi) se situait dans une fourchette de 142 000 à 176 000 personnes.⁴⁷

Infractions

Le rapport de l'OFDT indique que le nombre d'arrestations pour des infractions en matière de drogue est passé de 45 206 à 90 000 au cours de la période de 1993 à 2000. L'augmentation la plus importante concernait le nombre de personnes arrêtées pour usage de cannabis (79 000 en 2000 comparativement à 30 344 en 1993), alors que le nombre d'arrestations pour consommation d'héroïne était en baisse (14 959 en 1993, 7 469 en 1998 après un sommet de 17 356 en 1995). Le cannabis a motivé 85 % des arrestations en matière de drogues en France en 1998, comparativement à 63 % en 1993. Les personnes interpellées pour usage de cannabis sont les plus jeunes (22 ans en moyenne) des usagers de drogues interpellés. Toutefois, il convient de noter qu'un

⁴³ OFDT, 1999, pages 62 et 63.

⁴⁴ *Ibid.*, page 83

⁴⁵ *Ibid.*, pages 82 à 84.

⁴⁶ OFDT (2002), page 96.

⁴⁷ OFDT, 1999, page 64.

peu moins de la moitié des personnes arrêtées pour usage de drogue (45 %) sont placées en garde à vue et que la grande majorité des usagers simples mis en cause (97,2 %) ont été libérés en 1997.⁴⁸

Les études entreprises en France ont insisté sur le fait que les statistiques sur l'arrestation des usagers de drogues doivent être utilisées avec prudence puisqu'il est difficile d'établir la proportion des changements signalés qui reflète les variations de la population des usagers et de savoir combien de ces changements sont plutôt attribuables aux réformes des services de police et de gendarmerie. Par exemple, les données sur les arrestations pour consommation entre 1993 et 1998 ont indiqué une croissance significative de 30 % des arrestations liées à l'usage des drogues en 1997 et de 9 % en 1998.⁴⁹ De nombreux facteurs peuvent expliquer une telle augmentation, notamment des changements de comportement chez les membres des services de police et de gendarmerie, la réorganisation des départements de police et la « normalisation » de l'usage du cannabis. Parmi ces facteurs, on peut citer une circulaire sur l'injonction thérapeutique diffusée en 1995 par le ministère de la Justice incitant les procureurs à donner des instructions aux membres de la police et de la gendarmerie visant la « systématisation du signalement des usagers ». ⁵⁰ On peut présumer que de telles directives peuvent avoir contribué à une augmentation notable des arrestations liées à la consommation de drogue enregistrées en 1997.

En ce qui concerne le trafic, le nombre d'arrestations a diminué entre 1996 et 1998, pour passer de 8 412 à 5 541. Un peu plus de la moitié des trafiquants arrêtés en 1998 (52 %) étaient des trafiquants de cannabis, 24 % étaient impliqués dans le trafic de l'héroïne et 17 % dans celui de la cocaïne et du crack. Les principales fluctuations ont été observées dans le nombre d'arrestations des trafiquants d'héroïne, qui est passé de 3 395 en 1993 à 1 356 en 1998. Les arrestations pour trafic de cocaïne sont passées de 383 à 972 au cours de la même période, alors que les arrestations liées au trafic de cannabis ont augmenté légèrement pour passer de 2 456 à 2 920⁵¹

Le nombre total de condamnations où l'usage est l'infraction principale est passé de 7 434 en 1992 à 6 530 en 1997. En 1997, 3 368 contrevenants ont été condamnés pour usage seul. Parmi ceux-ci, 14 % ont été condamnés à des peines d'emprisonnement d'une durée moyenne de 2,4 mois, 35 % ont reçu une peine avec sursis (souvent associée à la probation et à l'injonction thérapeutique), 33 % se sont vu infliger des amendes, 7% ont eu d'autres sanctions et 6% ont dû s'inscrire à un programme éducatif. Le nombre de condamnations pour usage et transport est passé de 761 en 1991 (6,6 % des condamnations) à 3 478 en 1997 (22,2 %). Les condamnations pour usage et trafic ont également augmenté pour passer de 475

⁴⁸ *Ibid.*, pages 112 et 113. Il convient de noter que « la remise en liberté recouvre de nombreuses situations et n'implique pas un abandon de poursuite. Certains peuvent être jugés par la suite après convocation au tribunal ».

⁴⁹ *Ibid.*, page 112.

⁵⁰ *Ibid.*, page 114.

⁵¹ *Ibid.*, pages 164 et 165.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

en 1991 à 1501 en 1997 (4,1 % comparativement à 9,6 % des condamnations pour infractions en matière de drogue). Dans 21 % des cas de condamnation pour usage et autres infractions en matière de drogue, une peine de prison a été infligée. Dans 37 % des cas d'usage et de trafic de drogue et 21 % des cas d'usage et de transport de drogue, les personnes condamnées ont écopé de peines mixtes (prison et emprisonnement avec sursis). La durée moyenne d'incarcération était de 16,8 mois en 1997.⁵²

En 1998, le nombre de saisies de cannabis a atteint 40 115, comparativement à 27 320 en 1996. Toutefois, les quantités saisies étaient plus modestes en 1998 qu'en 1996 (55 698 kg comparativement à 66 861 kg).

Coûts

En 1995, le budget public consacré à la mise en œuvre de la politique française en matière de drogues était de 4,7 milliards FF. Par rapport aux dépenses totales (budget particulier et crédits interministériels), environ 1 536,56 millions FF ont été dépensés pour la justice, 1 260,54 millions FF pour les services de police, 469,55 millions FF pour la gendarmerie et 450,25 millions FF pour les douanes. Le montant dépensé pour l'exécution des lois s'est avéré considérablement plus élevé que les dépenses pour la santé (656,3 millions FF) et les affaires sociales (28,58 millions FF).

Des chiffres plus récents sur les crédits interministériels indiquent que, pour 1998, les dépenses pour la santé et les affaires sociales étaient de 47,9 millions FF, celles consacrées à la justice de 18,9 millions FF, celles du ministère de l'Intérieur (police), 18,5 millions FF et celles de la Défense (gendarmerie), de 10,7 millions FF.

⁵² OFDT, 1999, p. 121 à 123.

PAYS-BAS⁵³

Il s'est dit tout et n'importe quoi sur l'approche néerlandaise en matière de drogues. On nous a dit par exemple :

« En Hollande, des études menées au début des années 1990 illustrent l'impact négatif de la tolérance envers les drogues illicites :

- *Le nombre de boutiques (des « cafés ») qui tirent leurs revenus de la vente de haschisch depuis la dépénalisation de 1990 est passé de 20 à 400 à Amsterdam en 1991 à plus de 2 000 dans toute la Hollande;*
- *De 1984 à 1988, le nombre de fumeurs de haschisch de plus de 15 ans a doublé en Hollande; de 1988 à 1992, le nombre de fumeurs de 14 à 17 ans a encore doublé, et celui des consommateurs de 12 et 13 ans a triplé;*
- *Le taux de crimes violents commis en Hollande est le plus élevé d'Europe et il continue de monter. »*⁵⁴

*« Aux Pays-Bas (il faut être prudent parce que d'énormes différences sociales et culturelles empêchent toute comparaison générale entre le Canada et ce pays), la politique antidrogue visant la réduction des méfaits fait une distinction très nette entre le cannabis et les drogues dites « dures ». Depuis l'adoption de la politique, le cannabis semble moins dangereux et son approbation sociale a augmenté, surtout chez les jeunes dont la consommation de cannabis a quadruplé. La consommation de cannabis dans ce pays, comme dans la plupart des pays du continent européen, s'il faut en croire les statistiques mentionnées, reste inférieure à la consommation au Canada. Mais cela signifie tout simplement que nous devons être encore plus vigilants. La propension à avoir une situation problématique et la probabilité que cela arrive semblent plus élevées au pays. »*⁵⁵

Divers témoins ont cité l'article de Larry Collins publié dans la prestigieuse revue *Foreign Affairs*. Pourtant, cet article est truffé d'erreurs de fait.

Tenant compte du climat qui entoure le débat des politiques sur les drogues, il est difficile de décrire l'approche néerlandaise sans donner l'impression de prendre une position. Rappelons d'abord certains constats que nous avons faits au chapitre 6 et sur lesquels nous reviendrons dans l'analyse comparative au chapitre suivant : d'une part les comparaisons internationales sur les tendances d'usage doivent être faites avec prudence en raison des différences de méthodologie entre les enquêtes ; d'autre part, les

⁵³ Cette section s'inspire notamment du rapport de recherche produit par la Bibliothèque du Parlement à la demande du Comité : Dolin, B., (2001) *Politique nationale en matière de drogues : les Pays-Bas*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement. Document produit pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Disponible en ligne à : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

⁵⁴ Association canadienne des policiers et policières, Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, 28 mai 2001.

⁵⁵ Mémoire du Dr Colin Mangham, *Conséquences de la libéralisation de la politique antidrogue du Canada*, 17 septembre 2001

comparaisons internationales tendent à démontrer que «la relation entre les chiffres mesurant le niveau de consommation du cannabis et modèle législatif en vigueur dans un pays n'est pas évidente ni systématique ». ⁵⁶

Comme pour la France, nous commençons par un bref historique de la législation sur les drogues aux Pays-Bas. Nous décrivons ensuite les grandes lignes de sa politique actuelle et de ses outils de mise en œuvre. Nous présentons la législation contemporaine de manière plus précise et les rapports qui l'ont fondée, et fournissons enfin quelques données sur les usages et leur répression.

Le pragmatisme néerlandais ?

Comme les autres puissances coloniales, les Pays-Bas ont entretenu des comptoirs ou régies de production d'opium dans leurs colonies. Ce système permettait des rentrées fiscales significatives : entre 1816 et 1915, on estime que les profits nets tirés de la vente de l'opium représentaient environ 10 % du revenu total des colonies pour le trésor néerlandais. Le pays était aussi le plus important producteur de cocaïne aux fins médicales. Ce n'est qu'à la fin de la Seconde guerre mondiale et l'accession de l'Indonésie à l'indépendance, que les Pays-Bas allaient mettre fin au monopole de l'opium.

[Traduction] « *Des intérêts économiques bien compris dans la production et le commerce des drogues peuvent expliquer les réserves des Pays-Bas à soutenir le système international de contrôle des drogues. Il est clair que les Pays-Bas ont tenté de protéger leurs intérêts commerciaux lors des conférences, et ont réussi, au moins temporairement, à le faire. (...) Notons au passage que les Pays-Bas se sont aussi opposés à l'inclusion du cannabis dans la convention..* » ⁵⁷

Au cours des années 20 et 30, le pays a été l'objet des critiques de la Ligue des Nations et des États-Unis notamment, pour son important commerce de drogues : parmi les principaux producteurs d'héroïne, il était le principal producteur de cocaïne. Mais les négociateurs néerlandais aux conférences internationales sur les diverses conventions, ainsi qu'une partie de la population elle-même, ne croyaient pas à un système basé sur la prohibition et considéraient déjà, au début du siècle, qu'un système de contrôle gouvernemental serait plus efficace.

C'est cette attitude qui a amené plusieurs analystes à présenter l'approche néerlandaise sur les drogues sous l'angle du pragmatisme.

⁵⁶ Martineau, H. et É. Gomart (2000) *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*. Rapport de synthèse. Paris : OFDT, page 44.

⁵⁷ De Kort, M. (1994) « A short history of drugs in the Netherlands. » in Leuw, E. and I. Haen Marshall (eds.) *Between prohibition and legalization. The Dutch experiment in drug policy*. Amsterdam : Kugler, page 11.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

« La société néerlandaise est une société pragmatique. C'est une nation de marchands, et ce, depuis le XVIIe siècle. Or, il n'y a pas plus pragmatique qu'un marchand. Ce pragmatisme néerlandais trouve d'ailleurs sa source dans notre histoire, qui est caractérisée par une lutte constante contre la mer, l'ennemi naturel des Néerlandais depuis le Moyen âge. Les Pays-Bas ont une superficie à peu près comparable à celle de l'Île de Vancouver, et, aujourd'hui, la moitié du territoire de notre pays se situe au niveau de la mer.

Pour protéger notre pays, nous avons érigé un réseau de digues. Il y a des siècles, tous les Néerlandais, depuis les aristocrates jusqu'aux agriculteurs, ont uni leurs efforts pour empêcher la mer d'engloutir leur pays. C'est de là que vient notre pragmatisme. Il est impossible d'enrayer complètement le problème de l'eau. Mieux vaut alors s'en rendre maître en aménageant des canaux. »⁵⁸

Au delà du pragmatisme, d'autres facteurs sont cependant à l'œuvre. Une publication gouvernementale laisse entendre que la nature de la société néerlandaise constitue la raison d'être de son approche :

[Traduction] « Pour apprécier l'approche néerlandaise du problème des drogues, il faut connaître certaines caractéristiques de la société de ce pays. Les Pays-Bas constituent un des pays urbanisés les plus densément peuplés du monde. Leur population de 15,5 millions d'habitants occupe une superficie de 41 526 km² tout au plus. Les Pays-Bas ont toujours été un pays de transit : Rotterdam est le plus important port de mer du monde et le pays possède un secteur de transport très développé. Les Néerlandais croient fermement à la liberté individuelle et ils attendent de l'État qu'il fasse preuve de réserve dans les questions religieuses ou morales. Le débat libre et ouvert sur de telles questions est l'une des caractéristiques de la société néerlandaise. On attache une grande valeur au bien-être de toute la société, comme en témoignent l'important système de sécurité sociale et l'accessibilité pour tous des soins de santé et de l'enseignement. »⁵⁹

Il en découle que par tradition les Néerlandais n'ont pas l'habitude de réagir aux problèmes sociaux en se servant du droit criminel.⁶⁰ De surcroît, c'est un pays de consensus, où la concertation entre les instances locales, régionales et nationale, ainsi qu'entre les divers secteurs de l'administration publique, a une longue tradition.

Quelles qu'en soient les raisons, l'expérience néerlandaise a fait couler beaucoup d'encre, étonnamment beaucoup plus que l'approche espagnole qui est, à maints égards, encore plus libérale. Appelés à la défendre autant en Europe que dans d'autres forums internationaux, les Néerlandais l'ont souvent présentée comme une position de compromis entre celle des « éperviers » de la lutte contre la drogue et celle des

⁵⁸ M. Tim Boekhout van Solinge, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 19 novembre 2001, fascicule 11, pages 53-54.

⁵⁹ « Drug Policy in the Netherlands », Gouvernement des Pays-Bas, Disponible sur Internet : http://www.netherlands-embassy.org/c_hltdru.html

⁶⁰ Boekhout van Solinge, T., (1998) «La Politique de drogue aux Pays-Bas: un essai de changement », *Déviance et Société* Vol. 22, pages 69 à 71.

« colombes » de la légalisation.⁶¹ Il est peu probable qu'il s'agisse là du résultat de facteurs culturels particuliers et que l'expérience néerlandaise ne puisse s'appliquer à d'autres pays. Au contraire, elle semble être plutôt la solution rationnelle apportée par les politiciens à un problème, et on ne peut affirmer qu'il s'agit là d'une caractéristique exclusivement néerlandaise.

Des rapports d'experts fondateurs

Contrairement à la plupart des autres pays où ont été produits, au courant des années 70, des rapports de commissions d'enquête, les Pays-Bas ont été les seuls à mettre en œuvre les recommandations de leur commission.

La Commission Hulsman (1968-1971)

En 1968, la Fédération nationale des organismes de santé mentale⁶² a créé une commission dont le mandat général consistait à « clarifier les facteurs associés à l'usage de drogues et à présenter des propositions pour une politique rationnelle ». ⁶³ Présidée par le professeur de droit criminel Louk Hulsman, la Commission était composée de représentants des services policiers et juridiques, de spécialistes du traitement des alcooliques, de psychiatres, d'un chercheur sur l'usage des drogues et d'un sociologue.

Le rapport final de la Commission, présenté en 1971, présentait une analyse de la consommation de drogues et des mécanismes sociaux sous-jacents aux problèmes liés aux drogues. De nouvelles approches ont été suggérées, notamment :

- Supprimer immédiatement du droit criminel l'usage et la possession de petites quantités de cannabis. La production et la distribution devaient alors rester dans le droit criminel, mais comme infractions mineures ;
- L'usage et la possession d'autres drogues devraient demeurer temporairement dans le droit criminel, comme infractions mineures, mais à long terme il faudrait les décriminaliser ; et
- Les personnes ayant des problèmes liés à la consommation de drogue devraient avoir accès à des centres de traitement adéquats.

⁶¹ Kaplan, C.D., *et coll.*, « Is Dutch Drug Policy an Example to the World? », in Leuw et Marshall (dir.), *op.cit.*

⁶² Aux Pays-Bas, la santé mentale relevait à la fois d'organismes publics et privés organisés en fonction de groupes politiques et de confessions religieuses. La Fédération nationale des organismes de santé mentale était un organisme de coordination.

⁶³ Louk Hulsman, *Ruimte in het drugbeleid*, Boom Meppel, 1971, page 5, mentionné dans Peter Cohen, « The case of the two Dutch drug policy commissions: An exercise in harm reduction 1968-1976 » (1994, révisé en 1996), Article présenté à la 5^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, 7-11 mars 1994, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, Disponible en ligne : www.cedro-uva.org/lib/cohen.case.html.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

En recommandant la décriminalisation graduelle de toutes les drogues, les auteurs du rapport observaient qu'il est possible d'utiliser les drogues illicites de manière limitée et contrôlée et que la marginalisation des sous-cultures de toxicomanes a des répercussions négatives considérables. Plus précisément, en fréquentant le « milieu de la drogue », un usager de cannabis peut se familiariser avec d'autres drogues et d'autres méthodes de consommation. Bien que la Commission n'ait pas trouvé de preuve de la théorie de l'escalade de l'usage de drogue – qu'on désigne comme « porte d'entrée » dans d'autres contextes – elle admet qu'un type de toxicomanes (p. ex. les utilisateurs d'héroïne) puisse contaminer un autre type de toxicomanes (p. ex. les utilisateurs de cannabis) lorsque les deux types d'usagers se trouvent refoulés dans une sous-culture marginale.

La Commission concluait qu'une fois commencée, la répression policière ne pourrait que s'intensifier constamment pour suivre le rythme d'augmentation de l'usage des drogues. La Commission considérait que la lutte contre l'usage de drogues au moyen du droit criminel laissait à désirer, en plus d'être « extrêmement dangereuse » :

« À maintes reprises, le droit criminel a prouvé que les moyens ne correspondent plus aux fins, et les tenants de la répression demanderont une augmentation des mesures de répression, jusqu'à ce qu'elles soient amplifiées de cent fois par rapport à la situation actuelle [...] Cela accentuera la polarisation entre les différentes parties de la société et peut engendrer une violence accrue. »⁶⁴

Même s'il n'a pas eu d'impact immédiat, le rapport Hulsman a néanmoins influencé le rapport gouvernemental de la commission Baan.

La Commission Baan (1968-1972)⁶⁵

Une commission d'État a été constituée en 1968 par le sous-secrétaire à la Santé. Cette commission réunissait certains membres de la Commission Hulsman, des représentants du ministère de la Justice, le chef de la police d'Amsterdam, ainsi que des psychiatres et des sociologues. En 1970, Pieter Baan, l'inspecteur chef de la santé mentale, a assumé la présidence de la Commission, dont le rapport final a été présenté en 1972.

Ce rapport proposait de diviser les drogues selon le risque – acceptable ou inacceptable – qu'elles présentent. Reconnaisant qu'un consensus plus général entre les spécialistes sur la classification des drogues aurait exigé davantage de recherche, le rapport concluait néanmoins que les produits du cannabis étaient relativement bénins et leurs risques pour la santé limités. Même pour les drogues présentant des risques inacceptables, le rapport concluait que le recours au droit criminel n'était pas l'approche qui convient. La Commission proposait, à long terme, la décriminalisation complète, une fois qu'aurait été mis au point un système de traitement efficace. Entre temps, le

⁶⁴ Dans Cohen, « The case of the two Dutch drug policy commissions »; *op. cit.*, page 3.

⁶⁵ *Working Party*, Ministère de la Justice, La Haye, 1972.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

système judiciaire devrait servir uniquement d'outil pour amener les toxicomanes endurcis à suivre un traitement.

Parmi les autres conclusions de la Commission Baan, on note :

- Les caractéristiques particulières à la culture des jeunes constituent des déterminants importants de la consommation de drogues et si un comportement soi-disant déviant est stigmatisé par des mesures répressives, la probabilité de l'intensification de ce comportement constitue un danger grave. Ce sera le début d'une spirale qui rendra de plus en plus difficile le retour de l'individu à un style de vie accepté socialement ;
- Chez les jeunes, la consommation de drogue est souvent une expérience de courte durée ;
- La consommation de cannabis ne mène pas à l'usage d'autres drogues, mais comme le signalait le rapport Hulsman, la criminalisation du cannabis favorise le contact entre les usagers du cannabis et les consommateurs de drogues dures ;
- Les usagers de drogues profitent davantage de l'information et de la prévention que de la répression ;
- Le comportement parfois inhabituel des jeunes consommateurs de cannabis découle davantage des normes et des idéologies d'une sous-culture particulière que de la pharmacologie de la substance ; et
- L'usage de cannabis lorsqu'on conduit ou qu'on fait fonctionner des machines dans une usine n'est pas un comportement responsable; il faudrait restreindre la consommation de cannabis aux heures de loisirs afin de limiter les risques pour l'individu ou la société.

Le rapport Baan est aux fondements de ce qui allait devenir le système de tolérance envers le cannabis aux Pays-Bas, dans une préoccupation de santé publique et de séparation des marchés des drogues.

Le rapport Engelsman (1985)⁶⁶

Constatant les limites d'une politique de santé publique essentiellement centrée sur les jeunes (principaux usagers du cannabis) et l'évolution de la consommation d'héroïne, de même que la dégradation de la condition des usagers, le rapport Engelsman va proposer d'étendre aux autres drogues l'approche de tolérance de la Commission Baan. Il va aussi plus loin que le rapport Baan quant à la nécessité de privilégier l'expérience et la parole des usagers dans la définition des politiques, proposant notamment d'exclure les non-usagers du cercle des experts. Pour Engelsman, les usages et les produits ne sont plus les seuls en cause pour expliquer les problèmes des drogues – dures dans ce cas-ci – mais le sont aussi les effets pervers des

⁶⁶ Groupe de travail interministériel sur les drogues et l'alcool, (1985) La Haye : Ministère de la Justice.

interventions répressives (soins et police) sur les usagers. Les propositions de politique publique doivent donc éviter de donner suite aux réactions de panique de la société, et viser à intégrer les usagers et normaliser leur usage. L'État doit ici arbitrer entre les usagers et les non-usagers en privilégiant la protection des usagers. Le rapport Engelsman, jugé trop radical dans certains milieux, n'a pas eu de suite.

Rapport « Continuité et Changement » – 1995⁶⁷

En 1995, le gouvernement néerlandais a publié un rapport intitulé *Politique en matière de drogue aux Pays-Bas : Continuité et Changement*. Ce document a été parrainé par le ministre de la Justice, le ministre de la Santé, du Bien-être et du Sport et le secrétaire d'État à l'Intérieur. Ce rapport était dans une certaine mesure la réponse néerlandaise aux pressions internationales (provenant des pays limitrophes ainsi que des États-Unis) ainsi qu'une occasion de préciser dans certains cas et de resserrer dans d'autres cas les règles de tolérance envers le cannabis.

Le rapport rappelle que les Pays-Bas ont toujours adopté une approche pragmatique concernant l'usage de drogue, et que les politiques de prohibition suivies un peu partout dans le monde ont surtout servi à démontrer leurs limites. Dans ce contexte, l'objectif modeste des Pays-Bas est de limiter les problèmes de santé et de société que pose l'usage de drogues dangereuses. C'est cette politique de réduction des méfaits qui a amené le gouvernement néerlandais à distinguer entre les « drogues dures » qui présentent un risque inacceptable pour la santé et les « drogues douces » comme les produits du cannabis, qui ne suscitent pas les mêmes inquiétudes, bien qu'ils soient toujours jugés « à risque ». En ce qui concerne le cannabis, l'hypothèse sous-jacente, toujours valable depuis le rapport de la Commission Baan est que la transition aux drogues dures est davantage attribuable à des facteurs sociaux qu'à des facteurs physiologiques. La séparation des marchés pour permettre aux gens d'acheter des drogues douces dans un milieu où ils ne seront pas exposés à la sous-culture criminelle entourant les drogues dures, permet de créer une sorte de « barrière sociale » qui réduit l'usage de drogues plus dangereuses.

Le rapport examine les effets de la politique néerlandaise en matière de drogues, du traitement de la toxicomanie aux Pays-Bas et des mesures d'application de la *Loi sur l'opium* et souligne notamment que :

- La décriminalisation de la possession de drogues douces pour usage personnel et la tolérance à l'égard des ventes dans des circonstances contrôlées n'ont pas suscité d'augmentation inquiétante de la consommation chez les jeunes. L'ampleur et la nature de la consommation de drogues douces ne diffèrent pas du profil des autres pays de l'Ouest. Pour ce qui est des drogues dures, le nombre de toxicomanes est faible si on le compare au reste de

⁶⁷ Ministère des Affaires étrangères (1995) *Continuité et changement*. Le rapport est Disponible sur Internet : www.drugtext.org/reports/wvc/drugnota/0/drugall.htm.

l'Europe et beaucoup plus bas que celui de la France, du Royaume-Uni, de l'Italie, de l'Espagne et de la Suisse ;

- Le nombre de consommateurs d'héroïne de moins de 21 ans a continué de baisser aux Pays-Bas ;
- La consommation de formes moins chères de cocaïne (c.-à-d. le crack) n'a pas fait de percées importantes en Hollande, comme on l'avait craint en raison de la situation aux États-Unis ;
- Le ton du débat public diffère de celui des autres pays parce que l'usage de la drogue n'est plus considéré comme une menace grave à la santé mais plutôt comme une source de nuisances. Les politiques centrées sur la toxicomanie et le traitement ont conduit à une diminution des infections au VIH, et les niveaux continuent de baisser. De même, le taux de mortalité chez les toxicomanes est faible et n'augmente pas, contrairement à ce qui se produit dans les autres pays européens ;
- En ce qui concerne le débat sur la légalisation, le rapport conclut que les inconvénients d'un monopole d'État ou d'un système de permis l'emporteraient sur les avantages pratiques. Le rôle des organisations criminelles serait réduit, mais un système de ce genre imposerait un lourd fardeau sur le plan de la mise en oeuvre et de la surveillance et attirerait probablement davantage les « touristes de la drogue » et les désordres qu'ils causent parfois. De plus, le rapport laisse entendre que ce n'est pas une chose que les Pays-Bas pourraient entreprendre sans les autres pays. Les conventions internationales empêchent la légalisation pure et simple et il faudrait les renégocier ou les dénoncer. Donc, même si seules les drogues douces étaient légalisées aux Pays-Bas, mais pas dans le reste de l'Europe, les organisations criminelles néerlandaises qui exportent les drogues continueraient d'exister et de nécessiter d'importantes activités policières et judiciaires ;
- Les préoccupations étrangères concernant la politique néerlandaise sur les cafés ne portent pas sur l'usage de cannabis dans les établissements, mais sur les touristes de la drogue qui emportent le cannabis dans leur propre pays, une chose particulièrement facile depuis l'abolition des contrôles frontaliers en vertu de l'Accord Schengen. Le rapport confirme le plan gouvernemental visant à réduire la limite d'achat de 30 à 5 grammes pour voir l'effet qu'aura cette mesure sur les exportations illégales⁶⁸ ;
- Étant donné le manque de données scientifiques suffisantes, le rapport appuie la recommandation de 1995 du Conseil de la santé néerlandais que soient entrepris des essais médicaux sur l'efficacité de la prescription d'héroïne aux toxicomanes.⁶⁹

⁶⁸ Comme on le mentionne dans la section sur la législation actuelle, cette limite réduite est maintenant en vigueur.

⁶⁹ Comme on le mentionne dans la section sur la législation actuelle, les essais ont commencé en 1998.

Le rapport fait également état de trois conséquences négatives qu'il faut corriger : les troubles causés par les usagers de drogues dures et douces ; la présence de plus en plus grande du crime organisé aux Pays-Bas ; et l'effet de la politique néerlandaise sur les autres pays.

- Les nuisances d'ordre criminel et général causées par les usagers de drogues dures néerlandais et étrangers ont parfois pour effet d'éroder l'appui du public à l'égard de la politique d'intégration sociale des toxicomanes. Quelques usagers de drogues dures commettent un grand nombre de délits contre les biens pour acheter leur drogue. Contrairement aux attentes, le fait que la méthadone soit plus facile à obtenir a peu amélioré la situation. Les crimes liés à la drogue et le comportement antisocial, tels que le fait de jeter les aiguilles usagées sur les places publiques, ont influé sur les niveaux de tolérance des résidents de certains quartiers défavorisés socialement dans les grandes villes néerlandaises. Les nuisances attribuables à la présence de cafés vendant de la drogue constituent également un problème dans certaines municipalités.⁷⁰
- La montée des organisations criminelles impliquées dans l'offre et la vente de drogues aux Pays-Bas constitue une autre complication qui a nécessité l'augmentation des mesures de droit criminel. La poursuite des trafiquants de drogues demeurera une priorité absolue pour la police et les autorités judiciaires néerlandaises.
- Bien que la « nature idéologique » de certaines critiques étrangères révèle un manque de compréhension de la politique néerlandaise et soit souvent fondée sur de prétendus risques pour la santé qui ne sont pas confirmés dans la littérature scientifique, certains problèmes des Pays-Bas ont des répercussions internationales. Les Néerlandais, par exemple, sont responsables de plus que leur part proportionnelle du trafic des drogues douces et les touristes de la drogue achètent régulièrement des drogues douces aux Pays-Bas avec l'intention de les emporter dans leur pays. Le rapport laisse entendre que pour lutter contre ces problèmes, il faudra poursuivre et augmenter les activités d'application de la loi qui visent avant tout le trafic.

On peut ainsi caractériser l'approche néerlandaise suivie depuis 1976 par trois grands principes :

- Réduction des méfaits : atténuation des risques et des dangers liés à l'usage de drogues plutôt que l'interdiction de toutes les drogues dont les éléments clés sont :

⁷⁰ À la suite du rapport, les mesures contenues dans le « projet de loi Damoclès » de 1999 (dont il est question dans le présent document) visaient à résoudre le problème en donnant aux municipalités plus de pouvoirs pour fermer les cafés qui sont une nuisance locale.

- La prévention et l'atténuation des risques sociaux et individuels découlant de l'usage de drogue ;
- Un rapport rationnel entre ces risques et les politiques ;
- Une différenciation des politiques selon les risques associés aux drogues ;
- La priorité aux mesures de répression contre le trafic de drogues ;
et
- L'inefficacité du droit criminel en ce qui concerne les aspects autres que le trafic du problème de la drogue.⁷¹
- Politique de « normalisation » : le contrôle social est exercé au moyen de la dépoliarisation et de l'intégration du comportement déviant plutôt que par l'isolement et le retrait, typiques du modèle dissuasif. Selon ce paradigme, il faut considérer les problèmes de drogues comme des problèmes sociaux normaux plutôt que comme des problèmes inhabituels exigeant un traitement extraordinaire.
- La séparation des marchés : en classant les drogues selon les risques connus et en appliquant des politiques qui servent à isoler chaque marché, on croit que les usagers de drogues douces seront moins susceptibles d'entrer en contact avec les usagers de drogues dures. Selon cette théorie, les usagers de drogues douces seront moins susceptibles d'essayer les drogues dures.

La législation

C'est en 1919 que les Pays-Bas ont adopté la première loi sur l'opium sous l'influence des conventions internationales, dont celle de La Haye en 1912. Cette législation prohibe la fabrication, la vente, le traitement, le transport, la fourniture, l'importation, l'exportation et la détention de la cocaïne, de l'opium et de ses dérivés. La loi est modifiée en 1928 pour inclure les dérivés de la cocaïne et le cannabis dans la liste des substances contrôlées. Toutefois, seuls les faits d'importation, d'exportation et de transfert de ces substances sont prohibés. Les délits de possession et de fabrication du cannabis et de ses dérivés ne seront punissables qu'à compter de 1953.

La *Loi sur l'opium* – également connue sous le nom de *Loi sur les narcotiques* – constitue la principale loi sur les drogues des Pays-Bas. La *Loi* criminalise la possession, la culture, le trafic ainsi que l'importation et l'exportation de drogues. Les modifications de 1976 définissent deux catégories de drogues : les drogues de l'annexe I présentent un risque inacceptable pour la société néerlandaise et comprennent l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines et le LSD et les drogues de l'annexe II

⁷¹ Grapendaal, M., Leuw, E., et H. Nelen, (1995) *A World of Opportunities: Life-Style and Economic Behaviour of Heroin Addicts in Amsterdam*, New York, S.U.N.Y. Press, mentionné dans Boekhout van Solinge, T., (1999) « Dutch Drug Policy in a European Context », *Journal of Drug Issues* Vol 29, No 3, 511, disponible sur Internet : www.cedro-uva.org/lib/boekhout.dutch.html.

comprennent les « produits du chanvre traditionnels » tels que la marijuana et le hachisch.

Les délits

La loi se caractérise par trois aspects :

- L'incrimination de la possession, du commerce, de la culture, du transport, de la fabrication, de l'importation et de l'exportation des stupéfiants, **y compris du cannabis et de ses dérivés** ;
- Une distinction nette entre les fournisseurs et les consommateurs; la loi punit la possession pour usage, non l'usage proprement dit ;
- Des sanctions appareillées selon les substances mises en cause.

La possession d'une des drogues désignées dans les deux annexes constitue un délit, mais la possession d'une petite quantité de drogue « douce » pour usage personnel est une infraction mineure. Habituellement, elle est tolérée par la police, en particulier dans le réseau de cafés réglementés dont il est question dans la section suivante. L'importation et l'exportation constituent les infractions les plus graves selon la *Loi*.

Les peines

La peine maximale pour l'importation ou l'exportation de drogues dures est une période de 12 ans de détention et une amende de 100 000 florins.⁷² Quiconque est trouvé en possession d'une quantité de drogue dure pour usage personnel est passible d'une peine de un an de détention et d'une amende de 10 000 florins. L'importation ou l'exportation de drogues douces peuvent entraîner une peine maximale de quatre ans de détention et une amende de 100 000 florins. Les récidivistes sont passibles d'une peine maximale de 16 ans de détention et d'une amende de un million de florins. De plus, les contrevenants peuvent être privés de l'argent ou des biens obtenus par leur méfait. Les Pays-Bas ont également des lignes directrices pour les peines que le procureur de la Reine est autorisé à demander ; elles sont basées sur le type et la quantité de drogue et le délit particulier. Les tableaux suivants résument les lignes directrices actuelles (1996).⁷³

⁷² 100 000 florins néerlandais = environ 63 000 \$CAN

⁷³ Source : Staatscourant (1996) in Korf D.J. et H. Riper, (1999) «Windmills in their Minds? Drug Policy and Drug Research in the Netherlands», *Journal of Drug Issues* Vol 29, No 3, 451, au tableau 2.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

SUBSTANCES DE L'ANNEXE I (« DROGUES DURES »)		
Délit	Quantité	Peine à réclamer ⁷⁴
Possession	< 0,5 g ou < 1 unité de consommation	Avis de la police (« Police Dismissal »)
	0,5-5 g ou 1-10 unités de consommation	1 semaine - 2 mois
Possession et indication de vente (« Dealer Indication ») (c.-à-d. intention de vendre)	< 15 g ou < 30 unités de consommation	Jusqu'à 6 mois
	15-300 g ou 30-600 unités de consommation	6-18 mois
	> 300 g ou > 600 unités de consommation	18 mois - 4 ans
Commerce dans la rue ou à domicile	< 1 g	Jusqu'à 6 mois
	1-3 g	6-18 mois
	> 3 g	18 mois - 4 ans
Commerce de niveau intermédiaire	< 1 kg	1-2 ans
	> 1 kg	2+ ans
Commerce de gros	> 5 kg	6-8 ans
Importation et exportation	< 1 kg	Jusqu'à 3 ans
	> 1 kg	3-12 ans

ANNEXE II (« DROGUES DOUCES »)		
Délit	Quantité	Peine à réclamer ⁽⁷⁵⁾
Possession, préparation, transformation, vente, livraison, approvisionnement, transport et fabrication	Jusqu'à 5 g	Avis de la police (« Police Dismissal »)
	5-30 g	Amende de 50-150 florins
	30 g-1 kg	Amende de 5-10 florins par g
	1-5 kg ⁷⁶	Amende de 5 000-10 000 florins et 2 semaines par kg

⁷⁴ En plus de l'emprisonnement, il y a parfois des amendes et la saisie de biens (sauf pour possession).
⁷⁵ En cas de récidive dans les cinq ans, la peine requise est augmentée du quart. Pour ce qui est des ventes à des «groupes vulnérables » (c.-à-d. mineurs, patients en psychiatrie), il y a aussi une amende minimale d'environ 475 \$CAN.

⁷⁶ Les quantités supérieures à 1 kg sont considérées comme dénotant le commerce de drogue.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

ANNEXE II (« DROGUES DOUCES »)		
Délit	Quantité	Peine à réclamer⁽⁷⁵⁾
	5-25 kg	Amende max. de 25 000 florins et 3-6 mois
	25-100 kg	Amende max. de 25 000 florins et 6-12 mois
	> 100 kg	Amende max. de 25 000 florins et 1-2 ans
Culture	Jusqu'à 5 plants	Avis de la police
	5-10 plants	50 florins par plant (récidiviste : 75 florins par plant)
	10-100 plants	25 florins par plant et/ou ½ journée par plant
	100-1 000 plants	Amende max. de 25 000 florins et 2-6 mois
	>1 000 plants	Amende max. de 25 000 florins et 6 mois – 2 ans
Importation et exportation	La <i>Loi</i> ne fait pas de distinction entre les quantités, mais en pratique l'accusation recommande une peine correspondant aux divisions de quantité pour possession.	Les peines pour possession sont parfois doublées à un maximum de 4 ans et une amende de 100 000 florins.

Le régime des coffee shops

Contrairement à plusieurs stéréotypes, la possession de cannabis n'est pas décriminalisée ; elle constitue toujours, *stricto sensu*, une infraction pénale. Par contre, en vertu du principe d'opportunité des poursuites qui fait partie de la tradition de droit pénal aux Pays-Bas, la possession de petites quantités de cannabis pour usage personnel n'est pas incriminée. De même, la vente de cannabis est techniquement une infraction au sens de la *Loi sur l'opium*, mais les lignes directrices de mise en accusation prévoient que les poursuites seront intentées seulement dans certaines situations.

Sans légaliser la vente de cannabis et de ses dérivés, les municipalités peuvent permettre la création de *coffee shops* qui, sous certaines conditions, sont autorisés à vendre du cannabis. L'exploitant ou le propriétaire d'un café (sans permis d'alcool) évitera la mise en accusation s'il se conforme aux critères suivants :

- Ne pas vendre plus de 5 grammes à la fois à une même personne ;
- Ne pas vendre de drogues dures ;
- Ne pas faire de réclame pour les drogues;

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- Ne pas occasionner de nuisance pour le voisinage du café ;
- Ne pas vendre de drogues aux mineurs (moins de 18 ans) et ne pas accepter de mineurs dans l'établissement ;
- La municipalité n'a pas ordonné la fermeture de l'établissement.

[Traduction] « L'idée de base derrière le système des coffee shops néerlandais est la réduction des méfaits. Dans cette perspective, si nous ne poursuivons pas l'usage et la vente de petites quantités dans certaines conditions, les usagers – principalement des jeunes qui expérimentent l'usage de drogues – ne sont pas criminalisés (ils n'ont pas de dossier judiciaire) et ils ne sont pas forcés de fréquenter des milieux criminels où les risques d'être amenés à consommer des drogues plus dangereuses comme l'héroïne sont beaucoup plus grands. »⁷⁷

Il est courant pour les municipalités d'avoir une politique sur les cafés afin de prévenir ou combattre les nuisances parfois associées à ces établissements. À titre d'exemple, le soupçon de vente de drogues dures ou l'installation d'un café près d'une école ou dans un quartier résidentiel peut entraîner la fermeture. En avril 1999, la « loi Damoclès » a modifié la *Loi sur les narcotiques* en élargissant les pouvoirs municipaux à l'égard des cafés et en permettant aux maires de fermer les établissements de ce genre qui enfreignent les règlements locaux, même s'ils ne causent aucune nuisance. Par suite de l'application rigoureuse de la loi et de diverses mesures administratives et judiciaires, le nombre de cafés a diminué considérablement, passant de 1 200 en 1995, à 846 en novembre 1999.⁷⁸

On observe ainsi trois sortes de politiques sur les *coffee shops* :

- Tolérance sans condition quant au nombre de coffee shops, dont le nombre est décidé par les mécanismes du marché ; cette situation est la plus rare ;
- Tolérance conditionnelle, fixant un maximum de *coffee shops* ;
- Tolérance zéro : aucun *coffee shop* ; c'est le cas d'environ 50 % des villes.

Pour déterminer le nombre idéal de *coffee shops*, l'association des municipalités recommande de tenir compte de facteurs démographiques (nombre d'habitants, tranches d'âge) et d'urbanisation (rôle de la ville par rapport à la région; nombre de centres dans la ville), ainsi que des nuisances causées par l'usage de drogues douces.

« Ainsi, dans la plupart des municipalités, les coffee shops ne sont-ils acceptés que dans le centre-ville, à un nombre fixe maximum et suivant des critères de distance – distance des établissements entre eux et distance entre les coffee shops et certaines institutions comme les écoles ou les hôpitaux psychiatriques.

⁷⁷ Dr Robert Keizer, *The Netherland's Drug Policy*. Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, 19 novembre 2001.

⁷⁸ National Drug Monitor, « Fact Sheet: Cannabis Policy, Update 2000 », Institut Trimbos, 2000.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

(...) Les difficultés rencontrées par certains maires face au juge administratif sont provenues de l'absence de plaintes ou de procès-verbaux considérée par certains magistrats comme une absence de preuves de nuisances concrètes (...). Une politique « bien motivée » est finalement une politique qui s'appuie sur une procédure de consultation des experts en toxicomanie et en santé publique, de la police et, dans certains cas, de la population elle-même (usagers inclus). C'est aussi une politique équilibrée dans le sens où elle prend en compte les intérêts non seulement des citoyens « moyens » irrités par les nuisances, mais ceux des consommateurs de drogues douces. »⁷⁹

Depuis la note sur les nuisances publiques de 1993 et le resserrement des conditions de délivrance des permis en 1999, les autorités municipales peuvent en fait délivrer des « permis de nuisance » qui servent ainsi à contrôler le nombre de coffee shops, sans par ailleurs contrevenir aux orientations fondamentales du système néerlandais.

Données sur l'usage

Malgré le « pragmatisme » néerlandais, il existe somme toute peu de données quantitatives fiables sur les tendances d'usage, sur une base historique. On ne peut donc affirmer que les tendances d'usage auraient augmenté significativement après l'introduction du système des *coffee shops*, mais ni non plus qu'elles auraient diminué. La création de l'Institut Trimbos et sa désignation comme point focal du réseau européen de l'OEDT sont en train de corriger cette situation.

Les tableaux suivants présentent quelques données issues des enquêtes les plus fiables.

USAGE DU CANNABIS AUX PAYS-BAS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 12 ANS ET PLUS - 1997

En ont déjà utilisé	16 %
En ont utilisé au cours du dernier mois	2,5 %
En ont utilisé pour la première fois au cours de l'année écoulée	1 %
Âge moyen des usagers courants	28 ans

⁷⁹ Martineau et Gomart, *op. cit.*, page 85, pour la citation et pour les informations qui précèdent aussi.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

USAGE DU CANNABIS DANS LES QUATRE GRANDES VILLES ET DES PETITES VILLES, PERSONNES ÂGÉES DE 12 ANS ET PLUS - 1997

	Déjà utilisé	Usage récent
Amsterdam	37 %	8 %
Utrecht	27 %	4 %
La Haye	20 %	4 %
Rotterdam	19 %	3 %
Petites villes^{a)}	11 %	

A) Définition : Villes comptant moins de 500 adresses au kilomètre carré.

USAGE DU CANNABIS CHEZ LES 16 ANS ET PLUS DANS TROIS ZONES URBAINES. ANNÉE DE L'ENQUÊTE - 1999

	Déjà utilisé^{a)}	Usage récent^{b)}
Utrecht	30 %	7 %
Rotterdam	19 %	6 %
Parkstad Limbourg	13 %	5 %

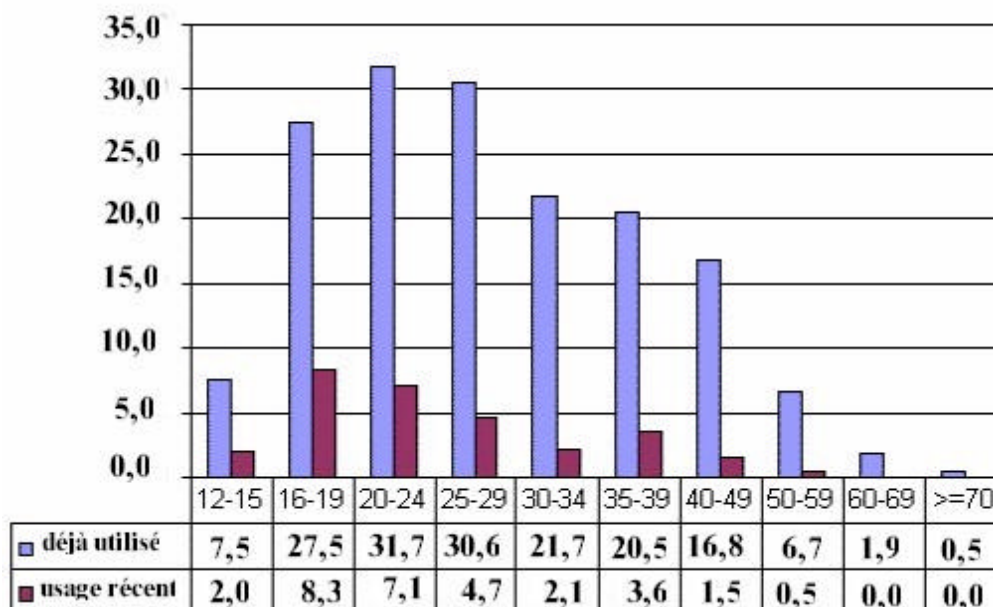
Pourcentage des usagers : ^{a)} 16 à 70 ans, ^{b)} 16 à 55 ans. Usage récent : le mois précédent

CONSOMMATION DE CANNABIS AUX PAYS-BAS – USAGERS RÉCENTS DE 12 ANS ET PLUS - 1997

<i>Jours d'utilisation au cours du mois précédent</i>	<i>Pourcentage chez les usagers récents^{a)}</i>
1-4	45 %
5-8	14 %
9-20	15 %
Plus de 20 jours	26 %

^{a)} Le total des quatre groupes s'élève à 100 p. 100.

**USAGERS DU CANNABIS AUX PAYS-BAS PAR GROUPE D'ÂGE.
ANNÉE DE L'ENQUÊTE - 1997**



OÙ LES JEUNES SE PROCURENT-ILS LEUR CANNABIS?

	1996	1999
Obtiennent le cannabis de leurs amis	41 %	47 %
Achètent le cannabis dans les cafés	41 %	32 %
Achètent le cannabis d'un vendeur	11 %	11 %
Reçoivent du cannabis des autres	5 %	8 %
Achètent le cannabis à l'école	3 %	1 %
Le cultivent eux-mêmes ^{a)}	-	2 %

Élèves âgés de douze ans et plus dans les écoles secondaires (usagers récents).

^{a)} Évalué seulement en 1999.

USAGE RÉCENT DE CANNABIS DANS LES GROUPES SPÉCIAUX

<i>Jeunes des groupes suivants :</i>	<i>Année de l'enquête</i>	<i>Âge</i>	<i>Usage récent</i>
Écoles secondaires spécialisées	1997	12-18	14 %
Projets d'absentéisme	1997	12-18	35 %
Établissements judiciaires	1995	-	53 %
Établissements de soins pour les jeunes	1996	10-19	55 %
Jeunes itinérants	1999	15-22	76 %

Nous avons déjà vu au chapitre 6 que les données disponibles sur les Pays-Bas placent ce pays quelque part au milieu du peloton, derrière l'Australie, les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Espagne et le Danemark, et loin devant la Suède ou la Finlande.

Quoiqu'il en soit, et malgré les annonces de désastre que certains analystes ont parfois pu lancer, l'expérience néerlandaise ne pose pas tant des problèmes liés à l'usage dans sa population qu'elle n'a présenté des difficultés internes relatives aux nuisances occasionnées par les *coffee shops* pour les citadins et pays voisins, Allemagne, France et Belgique, en raison du narco-tourisme. Plus significatif encore, le système néerlandais tout en demi-mesures, est confronté au problème de l'approvisionnement des *coffee shops* en cannabis et produits dérivés qui demeure, lui, dans l'illégalité parfaite.

« La Hollande n'échappe pas plus que les autres pays aux critiques. D'un point de vue théorique, c'est le principe même d'une légalisation de facto qui est discutable. Elle favorise l'arbitraire et surtout laisse le champ libre au trafic. Autant la légalisation de l'usage a permis d'appréhender au mieux le phénomène, de le rendre visible pour mieux le traiter, autant celle du trafic empêche tout contrôle. (...) Sur le plan pratique, les critiques sont tout aussi fondamentales. La principale est que la politique hollandaise n'a pas réduit l'usage de drogues, dures ou douces. (...) La politique néerlandaise n'a pas non plus supprimé les risques liés à l'abus de drogues. (...) Mais on doit aussi reconnaître, et porter au crédit de la politique hollandaise que, si elle n'a pas vraiment fait mieux que les pays prohibitionnistes dans la lutte contre l'usage, elle n'a pas fait pire. »⁸⁰

Et le plus remarquable, somme toute, c'est la capacité des intervenants néerlandais eux-mêmes, comme en font foi leurs témoignages devant notre Comité, à reconnaître les faiblesses et les erreurs de leur approche, cherchant constamment des moyens de les corriger.

⁸⁰ Caballero et Bisiou (2000), *op. cit.*, pages 770-772.

ROYAUME-UNI⁸¹

Stratégie décennale de lutte contre la toxicomanie

En 1998, au même moment où le gouvernement travailliste nouvellement élu annonçait un imposant programme de réduction de la criminalité, il adoptait, sur un modèle similaire, une stratégie décennale destinée à combattre l'usage abusif des drogues au RU.⁸² La stratégie comporte quatre objectifs :

- Aider les jeunes à résister à l'usage abusif de drogue, afin de leur permettre d'atteindre leur plein potentiel et, pour ce faire, réduire le nombre de jeunes de 25 ans et moins qui déclarent avoir utilisé des drogues illicites au cours du mois passé ou de l'année précédente. Le programme mise sur l'éducation dans les écoles et la prévention auprès des jeunes à risque.
- Réduire la récurrence chez les contrevenants toxicomanes en leur donnant la possibilité de suivre un traitement approprié. Pour ce faire, diverses options de traitement ont été ajoutées aux étapes de l'arrestation, de la procédure de probation et de la comparution devant les tribunaux. De plus, de nouvelles ordonnances de traitement et de dépistage de la toxicomanie seront à la disposition de tous les tribunaux de l'Angleterre et du pays de Galles. Le juge pourra, avec le consentement du contrevenant, rendre une ordonnance obligeant celui-ci à suivre un traitement parallèlement à l'exécution de services communautaires, ou comme peine en soi. En outre, le programme connu sous le nom de *Carats* (*Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare* ou « counselling, évaluation, renvoi, conseils et soins complets ») est offert dans toutes les prisons de l'Angleterre et du pays de Galles, et d'autres programmes de réhabilitation en milieu carcéral sont prévus.
- Reconnaissant que le temps d'attente constitue un des principaux problèmes pour les personnes qui ont besoin d'un traitement et que l'offre de services de traitement est bien inférieure à la demande, le plan gouvernemental prévoit la création d'un organisme national (*National Treatment Agency*) qui sera chargé de fournir les traitements et de veiller à la prestation de services de haute qualité. Les stratégies de réduction des méfaits seront aussi augmentées.
- Réduire l'accès aux drogues chez les jeunes de 5 à 16 ans, augmenter les saisies de drogues de catégorie A, neutraliser un plus grand nombre de trafiquants de catégorie A et augmenter les saisies de biens des trafiquants.

⁸¹ Cette section s'inspire notamment du rapport d'étude préparé pour le Comité par la Bibliothèque du Parlement : Lafrenière G., (2001) *Politique nationale en matière de drogue : le Royaume-Uni*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement, préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites ; Disponible en ligne à www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

⁸² *Tackling Drugs to Build a Better Britain*.

Des objectifs ambitieux ont été fixés dans le premier rapport annuel du coordonnateur antidrogue, notamment :

- Réduire de moitié le nombre de jeunes qui consomment des drogues illicites (notamment l'héroïne et la cocaïne) ;
- Réduire de moitié les niveaux de récidive chez les contrevenants toxicomanes ;
- Doubler le nombre de toxicomanes en traitement ; et
- Réduire de moitié la disponibilité des drogues dans la rue (notamment l'héroïne et la cocaïne).

Bien que la stratégie décennale soit axée sur les drogues les plus nocives (héroïne et cocaïne), plus de 100 000 personnes par année⁸³ se voient imposer des sanctions pour possession de cannabis, variant de l'amende, à l'avertissement et dans certains cas à la peine de prison.

Cadre législatif

La principale loi sur les drogues illicites au RU est la *Misuse of Drugs Act 1971* (MDA) (qui est l'équivalent de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* du Canada). La loi et ses règlements (*Misuse of Drugs Regulations 1985*) régissent l'usage des drogues énumérées (comprenant les médicaments et les drogues à usage non médical). Ils stipulent les circonstances dans lesquelles il est légal d'importer, de produire, d'offrir, de posséder dans le but d'offrir et d'avoir en sa possession des drogues désignées.

Dans l'annexe 2 de cette Loi, les drogues sont classées en catégorie A, B ou C, pour indiquer leur degré présumé de nocivité. Des peines maximales différentes sont prévues pour chaque catégorie et s'appliquent aux infractions concernant les drogues.

- La *catégorie A* est réservée aux drogues « les plus nocives » auxquelles s'appliquent les sanctions les plus sévères. Cette catégorie comprend entre autres, l'héroïne, la morphine, la méthadone, la cocaïne, l'opium, ainsi que les hallucinogènes tels que l'ecstasy et le LSD. Elle comprend également le cannabis liquide (huile de hachisch), le cannabinoïde et les dérivés de cannabinoïde, ainsi que toutes les drogues de catégorie B préparées pour injection.
- La *catégorie B* comprend le cannabis, la résine de cannabis, les opioïdes moins puissants (codéine), les stimulants synthétiques (amphétamines orales) et les sédatifs puissants (barbituriques).
- La *catégorie C* est réservée aux drogues qui sont considérées moins nocives telles que les tranquillisants, certains stimulants moins puissants et les analgésiques opioïdes légers.

⁸³ « Drug Laws: the debate nobody wants », *The Guardian*, le 14 mai 2001.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Le *Home Secretary* (secrétaire de l'Intérieur) peut changer la classification des drogues au moyen d'une législation déléguée, ce qui vient d'être fait pour le cannabis, déclassé à la catégorie C. Cette modification signifie que la possession de cannabis aux fins personnelles ne fera plus l'objet de poursuites pénales mais seulement d'un avertissement policier.

Les articles 3 à 6 décrivent les activités interdites en ce qui concerne les drogues. Ces activités incluent l'importation et l'exportation (les infractions et la procédure de mise en accusation sont décrites dans la *Customs and Excise Management Act 1979*), la production, l'offre, la possession et la possession avec intention d'offrir. La culture du cannabis constitue une infraction séparée, mais elle fait aussi partie de la production. En vertu de l'article 8, il est interdit à l'occupant de permettre sciemment l'utilisation de ses locaux pour la production, le stockage de n'importe quelle drogue désignée, la préparation d'opium pour fumer, ou pour fumer du cannabis, de la résine de cannabis ou de l'opium préparé. L'article 9 contient une série d'infractions liées à l'opium, notamment fumer ou utiliser l'opium autrement. L'article 9A interdit d'offrir tout article qui peut servir à l'administration illégale de drogues (les seringues hypodermiques sont exclues de cette interdiction pour les besoins des programmes d'échange de seringues). Les articles 18 à 21 décrivent d'autres infractions, traitant principalement de l'incitation à enfreindre la *MDA*.

Les sanctions et les peines sont décrites dans les articles 25 et 26. L'article 27 traite de confiscation (forfeiture).

- Pour les drogues de catégorie A, les peines maximales sont les suivantes : sept ans et/ou une amende illimitée pour possession; prison à vie et/ou amende illimitée pour production ou trafic et une peine obligatoire de sept ans en cas de troisième condamnation pour trafic. La peine obligatoire en cas d'une troisième condamnation pour trafic est prévue dans la *Criminal Sentences Act 1997*.
- Pour les drogues de catégorie B, les peines maximales sont : cinq ans et/ou amende illimitée pour possession; et quatorze ans et/ou une amende illimitée pour production ou trafic.
- Pour les drogues de catégorie C, les peines maximales sont : deux ans et/ou une amende illimitée pour possession; et cinq ans et/ou amende illimitée pour trafic.

De plus, les producteurs et les trafiquants sont susceptibles de voir leurs biens confisqués en vertu de la *Drug Trafficking Act 1994*. Tel que mentionné précédemment, la culture de cannabis peut donner lieu à des poursuites en vertu de l'article 4 (production) de la *MDA* plutôt qu'en vertu de l'article 6 (culture), distinction importante puisque la production est considérée comme un délit de trafic aux fins de la *Drug Trafficking Act 1994*. En 1997, 4168 personnes ont été accusées de délits de production dont 92 % touchaient la production de cannabis (25 % de ces contrevenants ont reçu un avertissement et 18 % de ceux qui ont été trouvés coupables

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

ont été condamnés à la détention immédiate). Parmi les délits de trafic au sens de la *Drug Trafficking Act 1994*, se trouvent la production, l'offre et la possession avec intention de vendre, ainsi que les délits d'importation en vertu de la *Customs and Excise Management Act 1979*.

Au RU, la plupart des infractions en matière de drogues se règlent par un jugement sommaire rendu par un magistrat ou un procès devant jury à la *Crown Court* (cour criminelle). Si le jugement est sommaire, la peine maximale ne peut excéder six mois et/ou une amende de 5000 £, ou trois mois et/ou une amende pour les délits moins graves.

L'article 7 permet de faire des règlements pour exempter certaines activités des dispositions concernant les infractions, permettant ainsi l'utilisation des drogues pour la médecine et la recherche scientifique. La *Misuse of Drugs Regulations 1985* divise les drogues en cinq annexes. Les règlements décrivent les catégories de personnes autorisées à manipuler les drogues désignées dans le cadre de leurs activités professionnelles et stipulent les conditions dans lesquelles certaines activités peuvent être poursuivies. Des règles plus sévères s'appliquent aux drogues de l'annexe 1 concernant l'importation, l'exportation, la production, l'offre, la possession, la préparation d'ordonnances et la tenue des registres ; on observe un relâchement graduel des règles pour les autres annexes. Par exemple, les drogues les plus restreintes de l'annexe 1 (comme le LSD et le cannabis) peuvent être possédées ou fournies seulement pour la recherche ou une autre fin particulière et seulement à des personnes autorisées ; ces drogues ne sont pas disponibles pour les usages thérapeutiques normaux et ne peuvent être prescrites par les médecins n'ayant pas de permis à cet effet. Les drogues de l'annexe 2 – fournies sur ordonnance seulement – font l'objet de plusieurs contrôles relatifs aux ordonnances, à l'entreposage sécuritaire et au besoin de tenir des registres. Par ailleurs, les drogues de l'annexe 5 sont soumises à un minimum de contrôles administratifs et peuvent être importées, exportées et possédées pour usage personnel.

Le cannabis, les cannabinoïdes psychotropes et les produits dérivés sont classés dans l'annexe 1 comme n'ayant pas d'effet thérapeutique. En conséquence, ils ne peuvent être prescrits et possédés qu'à des fins de recherche par une personne autorisée. Le Nabilone (un cannabinoïde synthétique) peut être prescrit aux patients qui souffrent de nausées et de vomissements dus au traitement du cancer par la chimiothérapie et qui sont réfractaires aux autres médicaments. Le Dronabinol (un cannabinoïde) a été rayé de l'annexe 1 pour être inscrit à l'annexe 2 et on peut le prescrire. Cependant, il n'est toujours pas autorisé au RU et doit être prescrit à un « patient désigné nommément ».

L'article 10 permet d'établir des règlements sur la garde en lieu sûr, la documentation des transactions, la tenue des registres, l'emballage et l'étiquetage, le transport, les méthodes de destruction, les ordonnances, la transmission de renseignements sur les ordonnances à l'autorité centrale, les permis des médecins

autorisés à prescrire des drogues désignées aux patients toxicomanes et la déclaration par les médecins de leurs patients toxicomanes.

The *Misuse of Drugs (Supply to Addicts) Regulations 1997* restreint à quelques médecins détenant un permis spécial l'autorisation de prescrire de l'héroïne, du dipipanone et de la cocaïne pour le traitement de la toxicomanie.

Autres lois pertinentes au domaine de la toxicomanie

La *Medicines Act 1968* régleme la production et la distribution de médicaments et autres produits médicaux au RU. Il faut habituellement obtenir une autorisation ou permis de marketing avant de distribuer un produit. (Cette loi équivaut à la *Loi canadienne sur les aliments et drogues*.) Cette loi traite des tests, de vente, d'offre, d'emballage, d'étiquetage, des ordonnances, de la délivrance de celles-ci par les pharmaciens et de vente des produits médicaux dans les magasins. Nombre de drogues désignées sont également des produits médicaux et doivent donc être conformes aux exigences de la *MDA* et de la *Medicines Act 1968*.

La *MDA* interdit l'importation ou l'exportation d'une drogue désignée, à moins que celle-ci soit exemptée par règlement ou qu'elle soit inscrite sous le permis approprié. Cependant, il s'agit en réalité d'infractions à la *Customs and Excise Management Act 1979* qui, tout comme la *MDA*, interdit l'importation ou l'exportation non autorisée de drogues désignées. Les infractions à la *Customs and Excise Management Act 1979* donnent habituellement lieu à des mises en accusation et des poursuites par *H.M. Customs and Excise* (douanes et accise de Sa Majesté) plutôt que par la police et les procureurs de la Couronne. En 1997, 1 741 personnes ont été accusées de ces infractions dont 68 % mettaient en cause le cannabis (31 % des cas ont été réglés à l'amiable et 79 % de personnes déclarées coupables ont été condamnées à la détention immédiate).

La partie II de la *Criminal Justice (International Co-operation) Act 1990* contrôle la fabrication et l'offre de certains précurseurs chimiques pouvant servir à la fabrication de drogues illicites. La fabrication et l'offre contraires à la loi constituent un délit de trafic au sens de la *Drugs Trafficking Act 1994*. Il est possible de faire des règlements sur la déclaration des exportations, la tenue de registres et les renseignements fournis.

La *Drug Trafficking Act 1994* a été adoptée pour permettre au RU de respecter ses obligations en vertu de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, 1988 (Convention de Vienne). Cette loi crée des infractions en rapport avec le blanchiment et le transport des recettes du trafic des stupéfiants et prévoit des mesures de confiscation. Le fardeau de la preuve incombe au contrevenant tenu de prouver que les biens ont été acquis légalement et applique la norme de preuve civile selon la prépondérance des probabilités. La *MDA* ne fait pas de distinction entre les délits de trafic et les autres infractions. Cette distinction existe plutôt dans la *Drug Trafficking Act 1994*; le fait qu'une infraction soit désignée comme un délit de trafic a pour conséquence principale l'application des dispositions relatives à la

confiscation. De plus, une troisième condamnation pour délit de trafic impliquant une drogue de catégorie A est passible d'une peine minimum de sept ans d'emprisonnement en vertu de la *Crime Sentences Act 1997*.

Débats au RU

Comme au Canada, le débat sur le cannabis au RU semble tourner autour de deux questions soit la décriminalisation ou légalisation du cannabis pour usage ludique, et l'usage médicinal du cannabis.

Même si le cannabis a été placé en Catégorie C, l'usage récréatif du cannabis est, en soi, toujours interdit au RU. Selon la *MDA*, il est illégal de cultiver, de produire, de posséder, ou d'offrir du cannabis à une autre personne. Il est également interdit de permettre que des locaux soient utilisés pour cultiver, préparer, fournir ou fumer du cannabis. Comme au Canada, on utilise beaucoup le pouvoir discrétionnaire pour appliquer la loi et, dans une proportion importante des cas de possession de petites quantités de cannabis, la police *recourait déjà* aux avertissements avant cette modification:

[Traduction] « *Bon nombre de cas sont traités hors cour, au moyen d'avertissements ou d'arrangements à l'amiable et, en Écosse, de lettres de mise en garde et d'amendes fiscales. En Angleterre et au pays de Galles, l'augmentation la plus considérable des avertissements donnés par la police concerne les délits liés au cannabis : de 41 % en 1990 à 55 % en 1997. Cela signifie que le nombre de contrevenants ayant reçu un avertissement a pratiquement triplé, passant de 16 500 à 47 000. Les avertissements sont mentionnés dans le casier judiciaire d'un contrevenant. Pour le moment, il n'existe aucune disposition prévoyant l'expiration de ces dossiers dans la Rehabilitation of Offenders Act 1974. Le gouvernement a récemment publié un document de consultation proposant la correction de cette anomalie et l'expiration immédiate des avertissements. Cela s'appliquerait également aux réprimandes et aux mises en garde, qui doivent remplacer les avertissements pour les jeunes de moins de 18 ans en vertu de la Crime and Disorder Act 1998.*

L'avertissement n'est pas utilisé par H.M. Customs and Excise ni en Écosse. Pour les délits d'importation et d'exportation, l'arrangement à l'amiable – une peine monétaire plutôt qu'une poursuite – est utilisé dans les cas impliquant une quantité de cannabis de 10 grammes ou moins. Bien que l'arrangement à l'amiable ne soit pas nécessairement inscrit au casier judiciaire du contrevenant, il est parfois mentionné dans des actions en justice subséquentes. Son utilisation pour les délits d'importation de cannabis a diminué de 58 % à 45 %, entre 1990 et 1997.

...Le recours au pouvoir discrétionnaire dans l'application de la MDA est souhaitable, mais il engendre des anomalies dans les différentes options d'avertissement et d'arrangement à l'amiable ainsi que des incohérences du taux d'avertissements d'un service de police à l'autre. Plus de la moitié des arrestations pour des délits liés au cannabis aboutissent à un avertissement. Nous ne critiquons pas la police pour son usage extensif de l'avertissement. C'est actuellement la seule réponse réaliste et proportionnelle. Sans lui, les tribunaux seraient engorgés. Mais l'usage du pouvoir discrétionnaire ne diminue en rien

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

l'attention disproportionnée que la loi et l'application de la loi donnent au cannabis et à la possession de cannabis en particulier. »⁸⁴

L'usage du cannabis à des fins médicales a une longue histoire au RU, puisqu'il pouvait être prescrit jusqu'en 1973. Comme nous le verrons dans la section suivante, le *Science and Technology Committee of the House of Lords* recommande dans son rapport de 1998, de permettre l'usage du cannabis à des fins médicales. Cette recommandation a été rejetée par le gouvernement et celui-ci a déclaré qu'avant d'envisager un tel changement, il faudrait démontrer l'innocuité et l'efficacité du cannabis. La société *GW Pharmaceuticals Ltd* a obtenu l'autorisation de cultiver du cannabis dans le but de fabriquer un médicament à base de cannabis et les essais cliniques ont débuté.

Études et rapports récents

Comité des sciences et de la technologie de la Chambre des Lords

En 1998, le *Science and Technology Committee of the House of Lords* a étudié la question de l'usage médical du cannabis et a déposé un rapport intitulé *Cannabis : The Scientific and Medical Evidence*. Le Comité a examiné les faits scientifiques et médicaux concernant l'utilisation médicale du cannabis et la pertinence des restrictions actuelles et vérifié si l'interdiction de l'usage non médical du cannabis était justifiée en se fondant sur les preuves scientifiques de ses effets nocifs. Toutefois, son mandat ne comprenait pas les aspects sociaux et juridiques de l'utilisation du cannabis.

Le comité a étudié la longue histoire de l'usage du cannabis comme médicament et comme stupéfiant et constaté que *«l'arrivée sur le marché de quantité de médicaments synthétiques nouveaux et meilleurs a mené à l'abandon de nombreux anciens remèdes à base de plantes, notamment du cannabis »*.⁸⁵ La *Medicines Act 1968* permettait au gouvernement d'octroyer des permis aux compagnies pharmaceutiques et d'homologuer les produits et il était encore possible de prescrire le cannabis sous certaines conditions. En 1973, l'homologation du cannabis n'a pas été renouvelée et les règlements de la *Misuse of Drugs Act 1971* interdisaient tout usage médical (en inscrivant le cannabis dans ce qui est devenu l'annexe 1).

Le rapport examine la pharmacologie du cannabis et les différentes voies d'administration, ses effets toxiques à court et à long terme, la tolérance et la possibilité de dépendance. Selon le comité, le cannabis *«n'est pas au premier rang des substances dangereuses, mais les nouvelles recherches tendent à démontrer qu'il est probablement plus dangereux pour la santé qu'on le croyait il y a quelques années seulement »*.⁸⁶

⁸⁴ Police Fondation (2000) *Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971*, « Drugs and the Law », chapitre 7, paragraphes 28, 29 et 31.

⁸⁵ House of Lords, Select Committee on Science and Technology, Ninth Report, Session 1997-98, *Cannabis: The Scientific and Medical Evidence*, par. 2.6.

⁸⁶ *Ibid.*, par. 4.1.

Concernant l'utilisation médicale actuelle du cannabis au RU (passablement répandue, bien qu'elle soit illégale) et les usages médicaux des produits dérivés (certains produits dérivés sont utilisés légalement par la médecine au RU), le Comité a proposé de nouvelles indications pour les médicaments à base de cannabis (notamment le soulagement de symptômes associés à la sclérose en plaques). Le comité a déclaré qu'il « est important de distinguer les différentes substances et préparations; par exemple, il faut faire la distinction entre la feuille et l'extrait de cannabis, et entre le cannabis entier et le THC. Il importe également, bien que ce ne soit pas toujours facile, de distinguer les diverses voies d'administration possibles, par ex., la fumée ou la bouche. »⁸⁷

Se fondant sur la preuve que le cannabis peut soulager efficacement les symptômes de la sclérose en plaques et d'autres formes de douleur, le comité a recommandé que les essais cliniques sur le cannabis utilisé à ces fins « soient effectués en priorité ». Les membres du comité ont précisé que si un médicament est homologué (après les essais cliniques) le fumage de l'herbe ne devrait pas être le moyen privilégié d'administration. En conséquence, ils ont demandé de poursuivre les recherches sur d'autres voies d'administration. Le comité a recommandé que le cannabis soit classé de nouveau dans l'annexe 2, afin que les médecins soient autorisés à prescrire une préparation de cannabis appropriée, « bien que comme médicament non homologué et nommément désigné » ; cela permettrait également la recherche sans permis spécial.

La compassion constituait le principal motif de la recommandation relative à la modification de la loi (une loi selon laquelle les patients risquent d'être poursuivis en justice pour avoir cherché de l'aide). De plus, le rapport notait que la manière incohérente d'appliquer la loi a jeté le discrédit sur le Parlement et l'administration de la justice.

Selon le comité, un médicament à base de cannabis ne conviendrait pas à certains groupes de patients tels que les femmes enceintes, les personnes prédisposées à la schizophrénie ou souffrant de troubles cardiovasculaires. Il faudrait de plus avertir les usagers des effets secondaires possibles. Le risque d'accoutumance devrait également être envisagé au moment de prendre la décision de prescrire. En conséquence, le comité a recommandé que « si les médecins sont autorisés à prescrire le cannabis sous forme de produit non homologué, les organismes médicaux professionnels soient tenus de fournir des directives fermes sur la manière de le faire de façon responsable »⁸⁸ et que « les organismes de réglementation professionnelle mettent en place des mesures de garantie pour prévenir le détournement à des fins illégitimes ». ⁸⁹

En ce qui concerne l'usage ludique du cannabis, le comité a souligné que, sans surévaluer les dangers, la preuve des effets toxiques du cannabis était suffisamment étoffée pour justifier le maintien de l'interdiction actuelle.

⁸⁷ *Ibid.*, par. 5.1.

⁸⁸ *Ibid.*, par. 8.16.

⁸⁹ *Ibid.*, par. 8.17

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Le gouvernement a rejeté la recommandation de reclasser le cannabis. Il a déclaré qu'avant d'autoriser la prescription de cannabis, il faudrait démontrer son innocuité, sa qualité et son efficacité et détenir un permis de marketing délivré par la *Medicines Control Agency*. Le gouvernement a ajouté que le fait d'autoriser la prescription de cannabis réduirait le dynamisme de la recherche. Le gouvernement s'est également dit préoccupé par la possibilité d'utiliser le cannabis d'ordonnance à des fins illégitimes.

En mars 2001, le *Science and Technology Committee of the House of Lords* a présenté un autre rapport traitant de l'état actuel de la recherche sur les usages thérapeutiques du cannabis, les rôles du *Home Office* et de la *Medicines Control Agency* dans l'homologation des médicaments à base de cannabis et des questions plus récentes liées à la poursuite judiciaire des usagers du cannabis thérapeutique. Le comité a réaffirmé que le cannabis devait rester une drogue désignée et qu'il convenait de maintenir une distinction claire entre ses usages thérapeutique et non thérapeutique.

Le comité s'est aussi montré préoccupé par la longueur du délai d'élaboration de préparations thérapeutiques utilisables à partir de ces essais, trouvant plus encourageants les progrès accomplis à la *G.W. Pharmaceuticals Ltd.* quant à l'établissement de l'efficacité d'un médicament à base de cannabis et à l'élaboration de préparations médicales appropriées (un vaporisateur sublingual, par ex.).

Le comité a également discuté de la poursuite des utilisateurs de cannabis à des fins thérapeutiques. Il a constaté que la décision de poursuivre varie d'une région à l'autre et que, dans certains cas, les jurys ont acquitté les utilisateurs thérapeutiques qui ne nient pas l'infraction mais plaident l'usage thérapeutique comme facteur atténuant, tandis que d'autres sont reconnus coupables. Le comité exprimait l'avis que l'acquittement des utilisateurs de cannabis pour des motifs de compassion jetait le discrédit sur la loi. Selon le comité, ce problème confirme la nécessité de légaliser les préparations de cannabis pour usage thérapeutique.

Le comité remarquait aussi des contradictions dans les décisions prises par la *Medicines Control Agency*. À titre d'exemple, l'agence est satisfaite de l'information selon laquelle le profil toxicologique du delta-9-tétrahydrocannabinol est approprié, mais elle n'est pas satisfaite des données toxicologiques sur le cannabidiol. Le comité était d'avis que la *Medicines Control Agency* n'a « pas adopté une approche positive envers l'homologation des médicaments à base de cannabis ». Le comité disait craindre que l'approche de la *Medicines Control Agency* ne place « les exigences relatives à l'innocuité et les besoins des patients dans un équilibre inacceptable » et que l'attitude de l'agence « montre que les médicaments à base de cannabis ne sont pas traités de manière aussi impartiale que les autres médicaments ».

[Traduction] « Nous croyons qu'une nouvelle évaluation complète et impartiale des documents scientifiques publiés sur l'innocuité du CBD et des extraits de cannabis amènera l'agence à revoir sa

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

position exagérément prudente. Nous sommes au moins encouragés par la déclaration de l'agence concernant la conduite d'un examen en profondeur des rapports sur le cannabis et le CBD. »⁹⁰

Rapport Runciman

En août 1997, la *Police Foundation* (Fondation de la police) a entrepris une enquête indépendante (présidée par la Vicomtesse Runciman), afin d'évaluer la législation du RU sur l'usage abusif des drogues. Le but principal était de déterminer s'il était nécessaire de réviser la législation afin de la rendre plus efficace et mieux adaptée aux changements survenus au cours des 30 dernières années, soit depuis l'entrée en vigueur de la loi originale.

Reconnaissant que le but d'une loi sur les drogues doit être d'en contrôler et limiter la demande et l'offre, le rapport souligne que l'éradication de l'utilisation des drogues illicites n'est pas un objectif réaliste. Il mentionne également que la loi doit permettre de remplir les obligations internationales du RU en matière de drogues illicites mais observe que les ententes internationales – tout en restreignant certaines options – laissent une marge de manœuvre, notamment dans les domaines de l'usage et de la possession de drogues.⁹¹ Examinant les différentes approches adoptées par d'autres pays européens quant à l'utilisation et la possession de drogues et aux délits d'offre mineurs le rapport démontre que, par comparaison, le régime juridique au RU est beaucoup plus sévère.

Selon le rapport, une loi sur les drogues devrait être fondée sur les principes suivants :

- La loi constitue seulement un des aspects d'un vaste programme de santé, de prévention et d'éducation pour réduire la demande ;
- La loi doit refléter les connaissances scientifiques les plus récentes ainsi que les attitudes sociales et culturelles de la société britannique moderne ;
- Sa mise en application doit être réaliste ;
- Elle doit restreindre la liberté personnelle seulement dans la mesure nécessaire pour limiter les dangers graves menaçant les usagers ou les autres ;
- Elle doit cibler les drogues les plus nocives ;
- Elle doit refléter la nocivité relative des activités liées à chaque drogue ou catégorie de drogues illicites et prévoir des peines proportionnées aux préjudices ; et
- Dans son application, la loi doit être acceptée du public comme équitable, logique, applicable, flexible et juste.

⁹⁰ House of Lords, Select Committee on Science and Technology, *Therapeutic Uses of Cannabis*, Second Report, 14 mars 2001, par. 29

⁹¹ Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971, *Drugs and the Law*, Mars 2000, page 74

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Le rapport constate l'augmentation constante de la consommation problématique de drogues (notamment les injections chez les toxicomanes) et de la consommation occasionnelle de drogues au cours des 30 dernières années, le cannabis étant la drogue illicite la plus utilisée. Malgré une augmentation tout aussi constante des délits enregistrés et des saisies effectuées (y compris les quantités saisies) au fil des ans, le rapport conclue à l'échec des efforts de réduction de l'offre. Il démontre que pour le public, les dangers pour la santé sont plus dissuasifs que l'illégalité, la disponibilité ou le prix des drogues. De plus, les attitudes du public envers le cannabis sont considérablement différentes de ses attitudes envers les autres drogues (aux yeux du public, le cannabis est la moins nocive des drogues, sa possession devrait être la dernière priorité de la police et beaucoup de gens – du tiers à la moitié – croient qu'il faudrait assouplir les lois).⁹² Tous les groupes d'âge partagent ces opinions, bien que l'appui à la légalisation ne soit pas aussi fort chez les groupes plus âgés. Quant aux autres drogues, les lois rigoureuses en cette matière sont entièrement appuyées malgré l'inquiétude que suscitent les risques pour la santé associés à la consommation. Le public se préoccupe beaucoup plus des délits de trafic que des délits de possession. L'enquête révèle aussi un manque de données sur la consommation de drogues et l'absence d'information détaillée sur les coûts de la consommation (coûts des soins de santé, des services de police et de justice, et d'autres services sociaux, par ex.). Par conséquent, il est difficile d'évaluer les stratégies de contrôle et de prévention en matière de drogues.

Le rapport recommande de conserver le système de classification actuel à trois paliers (catégories A, B et C), jugeant qu'elle permet aux autorités de distinguer les risques relatifs des différentes drogues et d'appliquer des sanctions proportionnées au préjudice causé par la drogue. Cependant, le rapport établit que les critères de classification des drogues ne sont pas clairement décrits. La classification devrait tenir compte du développement des connaissances médicales, scientifiques et sociologiques et le principal critère devrait être la dangerosité de la drogue pour l'individu et la société. Le rapport propose de considérer les facteurs suivants : les risques de la drogue elle-même (toxicité aiguë et chronique) ; les risques associés à la voie de consommation ; les effets de la drogue sur le comportement (toxicomanie/dépendance) et la facilité d'arrêter la consommation ; et les risques sociaux (crimes, coûts médicaux, préjudice social causé par l'intoxication, etc.). Sur la base de ces facteurs, le rapport recommande certains changements aux catégories de drogues pour contrebalancer ce que les membres croient être un message dangereux, c'est-à-dire que toutes les drogues sont également dangereuses. Les membres du comité considèrent que ces changements amélioreraient la crédibilité de la loi et qu'il faudrait recentrer l'éducation et l'attention sur les drogues plus nocives telles que l'héroïne et la cocaïne. Le rapport recommande donc les changements suivants :

⁹² *Ibid.*, Chapitre 2, par. 64.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- Reclasser le cannabis de la catégorie B à la catégorie C et les cannabinoles de la catégorie A à la catégorie C ;
- Laisser l'héroïne et la cocaïne dans la catégorie A (la catégorie des drogues les plus dangereuses) et transférer l'ecstasy et le LSD dans la catégorie B ; et
- Transférer la buprémorphine de la catégorie C à la catégorie B.

Il est intéressant de noter que les membres du Comité auraient classé l'alcool comme drogue de catégorie B à la limite de la catégorie A et le tabac à la limite des catégories B et C, si ces substances avaient été désignées en vertu de la *MDA*.

Le rapport établit qu'il faudrait maintenir les délits de possession, même pour la consommation personnelle, mais que la loi devrait minimiser les conséquences préjudiciables selon les délits. Le rapport conclut que pour la plupart des délits de possession, l'emprisonnement n'est ni proportionné ni efficace. Il recommande de supprimer l'emprisonnement pour possession de drogues des catégories B et C. L'incarcération reste une possibilité pour la possession de drogues de catégorie A, mais les durées maximales seraient inférieures à celles qui sont prévues actuellement. Une telle modification refléterait d'ailleurs ce que les tribunaux font présentement; la peine moyenne pour possession étant passablement plus courte que le maximum prévu. De plus, le rapport recommande de diminuer les amendes maximales pour toutes les catégories de drogues. Selon le rapport, l'incarcération pour possession devrait être rare. Les peines en milieu ouvert incluraient les amendes, les ordonnances de probation, les ordonnances de probation avec obligation de traitement et les libérations conditionnelles. Ces sanctions conviendraient mieux à la possession des drogues de catégorie B et C où un avertissement n'est pas approprié. Comme nous l'avons noté plus haut, le rapport indique que dans plus de la moitié des cas, la police donne déjà un avertissement. Pour mieux encadrer le pouvoir discrétionnaire, il faudrait inclure l'avertissement dans les sanctions prévues par la loi et décrire les directives le concernant dans les règlements. Cela permettrait d'exiger que les conditions rattachées à l'avertissement soient remplies. Enfin, le rapport recommande que l'avertissement ne soit pas inscrit au casier judiciaire. Si on donne suite à la recommandation concernant le transfert du cannabis dans la catégorie C, il y aura certaines conséquences, dont le fait que la police ne soit plus autorisée à arrêter un individu pour possession de cannabis. Pour les infractions passibles d'arrestation, la police possède le pouvoir d'insister pour que les suspects l'accompagnent au poste de police et de fouiller leurs locaux sans mandat. La police conserverait cependant le pouvoir de faire des arrestations et de chercher toutes les drogues.

En ce qui concerne le trafic, le rapport suggère de distinguer les délits selon leur gravité (par exemple, l'offre entre amis et l'offre faite par un membre d'un groupe criminel organisé; l'offre de drogues de catégorie A et celle d'autres drogues). Le rapport recommande une infraction séparée pour le commerce, dont l'élément principal serait le modèle d'activité des transactions illégales de drogues. L'infraction

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

constituerait un délit de trafic aux fins de la *Drugs Trafficking Act 1994*. Le rapport recommande que la peine maximale pour trafic de drogues de catégorie A soit réduite à 20 ans et que le maximum pour les drogues de catégorie C (y compris le cannabis) soit augmenté à sept ans. Le rapport recommande également l'approbation de lignes directrices sur la détermination de la peine, notamment pour les délits de trafic. Celles-ci détermineraient les circonstances aggravantes, notamment l'implication dans le crime organisé, le recours à la violence ou l'usage d'armes à feu, l'implication de mineurs, le lieu de l'infraction, etc. De plus, le rapport mentionne l'inefficacité des lois traitant de la confiscation des biens (selon les auteurs, il s'agit d'un problème pragmatique plutôt que législatif). Le rapport recommande d'améliorer l'efficacité du système actuel en créant un nouvel organisme national de confiscation et en faisant plusieurs autres changements.

Pour mettre en œuvre ces recommandations, il ne serait pas nécessaire de modifier radicalement la législation sur les drogues, sauf en matière de cannabis. En conséquence, les changements les plus importants s'appliquent à cette drogue. Les membres de la commission soulignent que le cannabis est moins nocif pour l'individu et la société que les autres drogues illicites (bien qu'il ne soit pas inoffensif) et que la loi actuelle cause plus de tort qu'elle n'en prévient et qu'elle est disproportionnée par rapport au préjudice causé par la drogue. Le rapport recommande donc de réduire les peines pour possession de cannabis pour usage personnel et notamment d'éliminer les peines d'emprisonnement. Les poursuites pour culture de petites quantités de cannabis devraient être intentées en vertu de l'article 6 (culture du cannabis) plutôt que l'article 4 (production), de sorte que l'infraction ne serait pas considérée comme un délit de trafic. Il faudrait traiter le délit de culture de la même manière qu'un délit de possession de cannabis. De plus, fumer du cannabis dans des lieux privés ne constituerait plus un délit. Selon le rapport, les avantages d'une telle stratégie l'emportent sur les risques et cela permettrait de cibler l'application de la loi sur les drogues et les activités les plus préjudiciables.

En ce qui concerne la réduction de la demande le rapport conclut que la loi pénale a peu d'effets mais que les mesures d'éducation et de traitement peuvent être plus efficaces. Les membres de la commission recommandent donc une approche moins punitive pour les délits de possession mais plus punitive pour les délits de trafic (notamment en ce qui concerne les profits réalisés illicitement). La toxicomanie étant d'abord un problème de santé individuelle et publique avant d'être un problème de criminalité, le rapport recommande de réaffecter une partie importante des ressources d'application de loi (actuellement 62 % des dépenses) au traitement (actuellement 13 %).

Sur l'utilisation médicale du cannabis, le rapport conclut que les avantages thérapeutiques du cannabis pour certaines maladies graves l'emportent sur les dommages potentiels. Les auteurs partagent l'opinion exprimée dans le rapport de la Chambre des Lords recommandant que le cannabis et la résine de cannabis soient transférés à l'annexe 2 (autorisant ainsi la possession et l'offre à des fins médicales).

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Comme le gouvernement a rejeté la recommandation de la Chambre des Lords et qu'il faudra des années avant qu'un produit à base de cannabis soit homologué et disponible, les auteurs du rapport recommandent un nouvel élément de défense en droit : la contrainte de circonstances pour des raisons médicales, pour les personnes accusées de posséder, de cultiver ou d'offrir du cannabis dans le but de soulager les symptômes de certaines maladies.

Dans sa réponse au rapport, le gouvernement a rejeté les recommandations ou proposé de les étudier plus tard. Il n'a pas accueilli favorablement les recommandations sur la question clé de la reclassification du cannabis – se disant préoccupé par les risques pour la santé associés à sa consommation – ni sur sa dépénalisation – refusant de supprimer la peine d'emprisonnement de la liste des sanctions possibles. La réponse du gouvernement s'opposait aussi à l'abolition du pouvoir d'arrestation des policiers concernant ces infractions. Concernant l'usage médical du cannabis, le gouvernement réaffirmait qu'il faut démontrer la qualité, l'efficacité et l'innocuité d'une forme médicinale de la drogue avant d'en autoriser la prescription.

On sait que, depuis lors, le gouvernement a effectivement reclassifié le cannabis et aboli les peines d'emprisonnement pour possession pour usage personnel.

Autres rapports

Un groupe de travail du *Royal College of Psychiatrists* et du *Royal College of Physicians* a également publié un rapport en 2000. Intitulé *Drugs: Dilemmas and Choices*, le rapport examine certaines questions clés concernant la prévention de la toxicomanie. Ce rapport observe notamment :

[Traduction] « *Dépenses pour la prévention : Les trois quarts des dépenses du RU sont consacrés à l'application de la loi et à la réduction de l'offre internationale. Rien ne prouve que cet argent est bien dépensé. Mais la rentabilité établie des traitements d'entretien à la méthadone et des programmes fondés sur l'abstinence pour les héroïnomanes indique qu'il faudrait consacrer une plus grande partie du budget disponible aux programmes de traitement. Les fonds additionnels pour le traitement annoncés par le gouvernement sont les bienvenus, mais il faut résister aux demandes d'expansion pour les traitements n'ayant pas été mis à l'épreuve ou testés.*

Recherche : Au RU, les dépenses actuelles en recherche sur les drogues sont loin de correspondre à l'ampleur du problème. Seulement 1 % du budget annuel de prévention de la toxicomanie injecterait 14 M£ dans la recherche – soit plus du double du montant dépensé présentement.

Amélioration de la valeur du traitement : Il faut investir systématiquement dans la formation du personnel, la surveillance des patients, et les services de soutien essentiels pour que les taux d'amélioration des programmes de traitement du RU atteignent un niveau comparable à ceux des États-Unis. Il faut notamment augmenter le nombre des centres de traitement pour adolescents toxicomanes.

Prescription privée : La prescription privée de drogues de remplacement laisse place à la négligence professionnelle qui s'apparente à l'« achat d'une ordonnance ». Actuellement, les médecins qui traitent les toxicomanes sans être affiliés à un service de santé ne sont pas tenus d'avoir une formation spécialisée en toxicomanie et sont peu surveillés ou peu soumis à des règlements.

Dépistage de la toxicomanie par les employeurs : Bien qu'elle soit coûteuse et entourée de problèmes juridiques et déontologiques, il existe une technologie pour dépister la toxicomanie chez les employés à

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

l'aide d'échantillons de cheveux. Elle fournit un dossier sur la consommation de drogues au cours des trois mois précédents le test et, par conséquent, elle pourrait avoir une incidence considérable sur la fréquence de la consommation de drogue dans l'avenir.

Ecstasy : Beaucoup de jeunes consomment de l'ecstasy et certaines campagnes d'éducation en matière de toxicomanie se sont révélées improductives. En conseillant les jeunes, il faut tenir compte de l'impact éventuel sur ceux qui continueront de consommer des drogues et sur ceux qui seront dissuadés.

Amphétamines : La dépendance aux amphétamines, notamment sous forme injectable, comporte probablement plus de risques pour la santé individuelle et publique que la dépendance à l'héroïne. Il y a peu de recherche sur la dépendance et le traitement.

Cannabis : Le cannabis n'est pas une drogue inoffensive, mais ses effets indésirables sur la santé sont presque certainement moindres que ceux du tabac et de l'alcool, qui sont des produits légaux. Il faut poursuivre les recherches sur les avantages thérapeutiques et les effets indésirables à long terme de cette drogue. Il faudrait encourager les expériences législatives, comme aux Pays-Bas. Les gens qui demandent du cannabis pour soulager les symptômes d'une maladie, comme la sclérose en plaques, ne devraient pas être poursuivis en justice.

Politique future : La stratégie décennale de lutte contre la toxicomanie du gouvernement reconnaît la nécessité d'investir davantage dans le traitement. Mais il n'y a pas de réponse facile et les projets modestes annoncés jusqu'ici ne suffiront probablement pas pour atteindre l'objectif ambitieux de réduire de moitié la proportion de jeunes consommateurs d'héroïne et de cocaïne d'ici 2008. Les tentatives de restriction du commerce international illicite des drogues ont échoué de manière constante et continueront probablement de le faire. Si la fréquence de la toxicomanie et des crimes connexes continue d'augmenter, il y aura certainement un accroissement des pressions exercées sur le RU et les autres gouvernements afin de modifier les politiques dont l'inefficacité est évidente. »⁹³

Administration

Le problème de la drogue étant complexe, plusieurs ministères et organismes différents participent à la mise en application de la stratégie sur la toxicomanie du RU. Les principaux organismes sont les équipes d'intervention en toxicomanie (*drug action team*) chargées de veiller à ce que la stratégie se traduise en mesures concrètes à l'échelle locale.

Coûts

Coûts publics

En 1997-1998, la plupart des dépenses portaient sur l'application de la loi. Une somme totale de 1,4 MM£ a été dépensée pour les activités suivantes :

- *La toxicomanie, l'application de la loi et la réduction de l'offre internationale* représentent 75 % (l'application de la loi comprend la police, les tribunaux, la probation et les prisons – 62 %; l'offre internationale, englobant les douanes et accise, ainsi que le *Foreign and Commonwealth Office* – 13 %) ;

⁹³ Joseph Rowntree Foundation, *Drugs: dilemmas, choices and the law*, novembre 2000. Voir cet article à l'adresse suivante : <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/foundations/N70.asp>

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- Traitement et réhabilitation – 13 % ;
- Éducation et prévention – 12 %.⁹⁴

À la suite de l'examen complet des dépenses publiques en 1998, un montant additionnel de 217 M£ a été affecté aux activités relatives aux drogues sur une période de trois ans. « Une partie importante de ces fonds servira à financer les projets destinés à briser le lien entre la toxicomanie et le crime, notamment les options de la procédure d'arrestation, le traitement de la toxicomanie et les ordonnances de dépistage. L'intention est de donner à chaque toxicomane détenu dans un poste de police ou une prison la possibilité de suivre un traitement d'ici l'an 2002 ». ⁹⁵ Les fonds supplémentaires seront dépensés comme suit :

- 133 M£ pour la mise en application de la stratégie de lutte contre la toxicomanie dans le système judiciaire pénal ;
- 60 M£ pour les services de traitement et 12 M£ pour le dépistage volontaire de la toxicomanie en milieu carcéral ;
- 61 M£ pour la mise en application des ordonnances de dépistage et de traitement de la toxicomanie (*Drug Treatment & Testing Orders*) ;
- 70,5 M£ aux autorités locales et de santé, afin de financer les services de traitement et d'améliorer les soins communautaires pour les toxicomanes ;
- 50 M£ pour les services de traitement et les jeunes à risque ;
- 20,5 M£ pour les autorités locales afin d'améliorer l'accès aux services et augmenter le nombre des programmes de traitement ;
- 10,5 M£ pour supporter les équipes d'intervention en toxicomanie de tout le pays et la recherche nationale sur l'efficacité d'une activité antidrogue ;
- 3 M£ pour l'élaboration de programmes interministériels plus efficaces d'éducation en matière de drogues ;
- 6 M£ répartis sur 3 ans pour un nouveau programme de recherche ; et
- 3 M£ sera réservé au fonds des biens confisqués en 1999-2000, qui sera augmenté à 5 M£ et 7 M£ dans les années subséquentes.⁹⁶

Coûts sociaux

Le rapport annuel 1999-2000 du coordonnateur antidrogue du RU démontre que la toxicomanie a coûté à l'État plus 4MM£ en crimes, maladie et absentéisme. On estime de plus que le tiers des crimes contre les biens est lié aux drogues.

⁹⁴ Tackling Drugs to Build a Better Britain, The Government's Ten-Year Strategy for Tackling Drugs Misuse, avril 1998, dans le chapitre intitulé : « Resourcing and Managing the Work ».

⁹⁵ DrugScope, *UK Drug Situation 2000*. Rapport du RU au European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, novembre 2000, page 7.

⁹⁶ *Ibid.*, pages 11-12.

Statistiques

Selon les estimations du *Office for National Statistics*, le marché des drogues illicites représente à lui seul près de 1 % de la production nationale, soit l'équivalent de 8,5 MM£ par année.⁹⁷

Malgré les critiques que certains rapports ont faites, le RU dispose d'une base de données impressionnante sur l'observation des tendances d'usage des drogues. Ainsi, depuis 1983, le Home Office mène, à tous les deux ans, une enquête nationale – la *British Crime Survey* – qui inclut notamment une série de questions sur l'usage de drogues illicites. Le Home Office tient aussi des séries de données détaillées sur les arrestations, les condamnations et les sentences. L'organisme *DrugScope* est le correspondant britannique pour l'OEDT.

Consommation

Dans le groupe des 16 à 59 ans, 32 % des répondants en l'Angleterre et au pays de Galles déclarent avoir « déjà utilisé une drogue » (29 % en 1996 et 28 % en 1994). Ce pourcentage augmente à 50 % dans le groupe des 16 à 24 ans. Cependant, la consommation récente de drogue est moins courante. Ainsi, dans les enquêtes de 1994, 1996 et 1998, 10 % à 11 % déclarent avoir consommé de la drogue au cours de l'année passée et 6 % au cours du mois passé. La consommation de drogues varie avec l'âge : 30 % des 16 à 24 ans signalent avoir consommé de la drogue au cours de l'année passée et 20 % au cours des derniers 30 jours (en comparaison de 3% et 1,5 % chez les 45 à 54 ans). En outre, la consommation de drogues est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Quant aux enfants, les enquêtes menées en Angleterre révèlent que 13 % des répondants âgés de 11 à 15 ans déclarent avoir déjà consommé de la drogue. Chez les jeunes, la fréquence augmente avec l'âge : 3 % des 11-12 ans, 13 % des 13-14 ans et 31 % des 15 ans déclarent avoir déjà consommé de la drogue.

Le cannabis est la drogue illicite la plus cultivée, la plus vendue et la plus consommée au RU. La consommation est plus courante chez les jeunes et diminue avec l'âge. En Angleterre et au pays de Galles, presque la moitié des 16 à 24 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis, dont 17 % au cours du mois dernier. Seulement 5 % des adultes de 55 à 59 ans affirment avoir déjà consommé cette drogue.

Infractions

Les contrevenants arrêtés au RU font parfois l'objet de procédures différentes, notamment l'avertissement par la police ou la poursuite en justice (sauf en Écosse où d'autres procédures sont disponibles). En vertu de la *Customs and Excise Act 1979*, l'arrangement à l'amiable (le paiement d'une somme d'argent plutôt qu'une poursuite) est possible dans les cas d'importation de quantités minimales de cannabis (10 grammes ou moins). De plus, les autorités utilisent parfois leur pouvoir discrétionnaire et ne

⁹⁷ « The Untouchables », *Economist*, 21 avril 2001, vol. 359, n° 8218, page 49

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

prennent pas d'autres mesures. Cette dernière option n'apparaît pas dans les statistiques criminelles.

Le nombre de personnes arrêtées pour des infractions liées à la drogue est passé de 35 000 en 1988 à 153 000 en 1998. Parmi elles, 127 840 ont été reconnues coupables ou ont reçu un avertissement, ont payé une amende ou ont réglé à l'amiable. En 1997, leur nombre était de 113 150.

La drogue la plus courante est le cannabis (76 %). Près de 90 % des infractions à la *MDA* sont des délits de possession et, habituellement, les trois quarts de l'ensemble des délits de possession impliquent le cannabis.

Le nombre d'avertissements donnés a augmenté énormément au fil des ans et représente près de la moitié de l'ensemble des condamnations, des avertissements, des amendes et des arrangements à l'amiable. Bon nombre de cas sont donc réglés sans procès.

En 1998, le nombre de saisies de drogues s'élevait à 149 900, soit 8% de plus qu'en 1997. Le cannabis était en cause dans 76 % des cas. Enfin, entre 1995 et 1999, le prix moyen de la plupart des drogues est demeuré relativement stable.

LA SUÈDE⁹⁸

Lorsqu'ils opposaient un modèle réussi à « l'échec » néerlandais, les témoins que nous avons entendus mentionnaient invariablement la Suède. En Suède, le phénomène de la drogue est considéré comme l'un des plus graves problèmes sociaux (sinon le plus grave) et les drogues sont perçues comme une menace extérieure au pays.⁹⁹ On considère souvent la toxicomanie comme la cause d'autres problèmes sociaux et le problème de la drogue comme mettant en péril les valeurs traditionnelles de la Suède. Ces préoccupations se sont intensifiées depuis que la Suède est devenue membre de l'Union européenne (UE) en 1995, puisque la plupart des autres membres de l'UE ont adopté une attitude plus libérale relativement aux questions de drogue. Si l'on compare avec d'autres pays de l'Europe occidentale, la politique de la Suède en matière de drogue est effectivement restrictive. Un des objectifs de cette politique est d'indiquer très clairement que les drogues ne sont pas tolérées dans la société et son but est celui d'une société sans drogue. On observe notamment que :

- Les programmes de réduction des méfaits sont limités ;
- Le traitement vise l'abstinence complète et il est possible d'obliger les toxicomanes à suivre un traitement ;
- La consommation de stupéfiants est une infraction à la loi et la politique prévoit des analyses sanguines et d'urine pour dépister ceux que l'on soupçonne de faire usage de drogues ;
- Les lois sont appliquées sévèrement ;
- Les discussions au sujet de la valeur médicale du cannabis sont presque inexistantes ; et
- Les lois suédoises respectent de façon stricte et même dépassent les exigences établies dans les trois conventions des Nations Unies sur les drogues.

Bien que la politique suédoise en matière de drogue soit actuellement très restrictive, il n'en a pas toujours été ainsi. En fait, au cours des années 1960, elle était relativement libérale, fondée principalement sur une démarche de réduction des méfaits.¹⁰⁰ Par exemple, de 1965 à 1967, il était possible, pour les toxicomanes

⁹⁸ Cette section s'inspire largement du rapport préparé par la Bibliothèque du Parlement pour le Comité : Lafrenière G., (2001) Politique nationale sur les drogues : la Suède. Ottawa : Bibliothèque du Parlement, rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, disponible en ligne à www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp Pour plus d'informations, lire aussi : Boekhout van Solinge, T., (1997) *The Swedish Drug Control System : An in-depth review and analysis*, Amsterdam : Centre for Drug Research, University of Amsterdam.

⁹⁹ European NGO Council on Drugs and Development, *A Snapshot of European Drug Policies : Report on the state of drug policies in 12 European countries*, octobre 2001, p. 27.

¹⁰⁰ United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, *Country Drug Profile : Sweden*, 1998, page 1

extrêmement dépendants, d'obtenir une ordonnance de morphine et d'amphétamines. Cette « expérience », à laquelle ont participé environ 120 personnes, a par la suite été utilisée par Nils Bejerot, médecin policier et personnage très influent dans le milieu de la politique suédoise en matière de drogue, dans son analyse du lien entre l'usage de la drogue et la politique en matière de drogue au cours de la période de 1965 à 1970. Bejerot concluait notamment que les changements d'une politique restrictive à une politique permissive, et vice versa, avaient eu une incidence sur le taux d'usage de drogues intraveineuses, que cette expérience avait été à l'origine de l'épidémie de drogue en Suède, et qu'elle n'avait pas eu l'effet souhaité de réduction de la criminalité. Ses conclusions, encore largement acceptées en Suède, ont cependant fait l'objet de multiples critiques.¹⁰¹

Devant l'accroissement de l'usage des drogues, un Comité sur le traitement des toxicomanes a été formé en 1965, publiant quatre rapports entre 1967 et 1969. Le premier portait sur le traitement et le second sur les mesures répressives. C'est ce second rapport qui a mené à l'adoption de la *Loi sur les stupéfiants* en 1968. Les rapports du Comité indiquaient que le problème des drogues allait en s'intensifiant. Cette conclusion, associée à celle de Bejerot, est en partie à l'origine de la démarche plus restrictive adoptée par la Suède vers la fin des années 1960. En outre, depuis 1968, le gouvernement a organisé une campagne antidrogue massive dans les écoles et les médias, de sorte qu'une génération a grandi parmi les messages fondés sur la théorie de la drogue d'introduction, entre autres.¹⁰² Cette théorie sert à justifier les restrictions relatives au cannabis et [traduction] « *la politique suédoise sur la drogue porte principalement sur le cannabis, puisqu'on allègue que les "carrières dans le domaine de la drogue" commencent par cette substance* ». ¹⁰³ En outre, les dangers causés par le cannabis lui-même (psychose, propension à la dépendance, risque élevé de suicide, etc.) sont considérés comme une justification valable à une politique restrictive.

Cette politique restrictive s'est poursuivie au fil des ans et a mené à une intensification des sanctions, la criminalisation de l'usage des drogues et l'autorisation des analyses sanguines et d'urine pour ceux que l'on soupçonnait de faire usage de drogues. Bien qu'à l'origine, le but des analyses sanguines et d'urine ait été de dépister les nouveaux consommateurs de drogue et de leur offrir un traitement approprié, il semble qu'elles ne soient plus destinées à cette seule fin puisque les toxicomanes connus sont maintenant ciblés.¹⁰⁴

Certains auteurs ont établi un lien entre la politique restrictive de la Suède en matière de drogue et sa politique restrictive à l'égard de l'alcool. Le mouvement de tempérance a des origines lointaines en Suède et ce pays a établi une politique assez restrictive relativement à l'alcool, de même qu'un monopole d'État pour la vente d'alcool.

¹⁰¹ Boekhout van Solinge, *op. cit.*, page 45.

¹⁰² European NGO Council on Drugs and Development, *op. cit.*, page 27.

¹⁰³ Boekhout van Solinge, *op. cit.*, page 88.

¹⁰⁴ *Ibid.*, pages 116-117.

[Traduction] « *Les attitudes des Suédois à l'égard de l'alcool sont pertinentes puisqu'une politique restrictive à ce sujet rend tout à fait logique l'établissement d'une politique restrictive en matière de drogue. De plus, le modèle de consommation totale sur lequel repose la politique à l'égard de l'alcool, est considéré également valide pour les drogues illicites. En limitant la consommation totale de stupéfiants, on s'attend à ce que les préjudices totaux causés par les drogues soient aussi plus faibles. Cependant, on a démontré que cette corrélation était loin d'être évidente pour différentes drogues illicites.* »¹⁰⁵

Stratégie nationale

À la suite de la création d'une Commission sur les stupéfiants, le gouvernement suédois a présenté un nouveau plan d'action, en janvier 2002, qui sera valide jusqu'en 2004. Un total de 325 millions de couronnes suédoises (SEK) (environ 50 millions \$ canadiens) a été affecté, pour cette période de trois ans, à la lutte antidrogues. Le plan d'action a été présenté comme un moyen de renverser la tendance inquiétante de l'usage de drogues.¹⁰⁶

Cette politique vise à :

- Réduire le nombre de nouvelles recrues dans le monde de la toxicomanie (principalement par des mesures de prévention ciblant les jeunes) ;
- Encourager les toxicomanes à renoncer à leur comportement (par des soins et un traitement) ; et
- Réduire l'offre de drogues (par la prise de mesures au criminel).

Une des caractéristiques de la stratégie antidrogues est la création d'un poste de coordonnateur national antidrogues. Ce poste a été institué en vue de fournir un leadership clair en matière de politique sur les drogues, d'assurer le suivi des objectifs du plan et de déterminer s'il faut entreprendre de nouvelles initiatives pour combattre de nouveaux problèmes. Ses principales tâches sont les suivantes :

- Assurer une coopération avec les autorités, les conseils municipaux et les conseils de comté, les ONG, etc. ;
- Influencer sur l'opinion publique ;
- Assumer une fonction de soutien auprès des conseils municipaux et de comté pour l'élaboration de stratégies locales ;
- Amorcer des travaux de recherche et de développement en vue de la mise au point de méthodes ;
- Servir de porte-parole du gouvernement pour les questions touchant les stupéfiants ;
- Évaluer le plan d'action ; et

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 103

¹⁰⁶ Ministère de la Santé et des Affaires sociales, *National Action Plan on Narcotic Drugs*, Fiche d'information, février 2002.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- Rendre compte régulièrement de ses activités au gouvernement (au moins une fois par année).

Des 325 millions SEK, 100 millions (soit environ 15 millions \$ canadiens) ont été affectés à une initiative spéciale sur les drogues au sein du Service suédois de probation et de détention. Le but de cette initiative est d'offrir des soins et un traitement à tous les toxicomanes du système. De plus, l'administration nationale des probation et des établissements de détention doit :

- Mettre au point des méthodes de prévention de l'introduction de drogues dans les établissements et les centres de détention ;
- Examiner les obstacles au traitement en dehors des établissements ; et
- Établir des programmes spéciaux pour les soins fournis en vertu de contrats, c'est-à-dire des soins fournis conformément à un contrat passé entre le condamné et la collectivité.

Pour ce qui est de la police, le Conseil national de police et le Conseil national de prévention du crime devront entreprendre leur propre examen des efforts déployés par les policiers dans la lutte contre le crime lié à la drogue.

En Suède, si la politique est établie au niveau national, une grande part de la mise en œuvre des objectifs du plan d'action relève des municipalités. Ainsi, ces dernières doivent s'occuper des toxicomanes conformément à la *Loi sur les services sociaux*. Les initiatives de prévention sont aussi appliquées au niveau local. Les stratégies des municipalités seront donc axées sur des préoccupations locales. L'application de la *Loi* continue toutefois de se faire au niveau national, par l'intermédiaire des services des douanes et de police.

Le traitement figure parmi les trois piliers de la politique suédoise en matière de drogue. Un des objectifs de cette politique est de réadapter les toxicomanes, plutôt que de les punir au moyen du système de justice pénale. Depuis 1982, on peut obliger les personnes à suivre un traitement pour toxicomanie (qui s'applique aussi à l'alcool et à d'autres substances) pour une période allant jusqu'à six mois. La principale justification de ce genre de traitement est de protéger le toxicomane ou d'autres personnes et de motiver le toxicomane à poursuivre le traitement volontairement. Le recours au traitement obligatoire semble toutefois peu courant et son efficacité a été remise en question.¹⁰⁷ Au cours des dernières années, on a constaté une réorientation du traitement obligatoire et du traitement en établissement vers un traitement ambulatoire. Il semble cependant que le traitement soit aujourd'hui moins facilement accessible qu'il ne l'était il y a 10 ou 15 ans. De plus, la durée de traitement des toxicomanes a diminué. Ces changements sont attribuables aux coupures effectuées durant les années 1990 dans les dépenses municipales au chapitre des services sociaux : [traduction] « Tandis qu'en 1989, on avait dénombré 19 000 personnes dans les centres de désintoxication (pour

¹⁰⁷ Boekhout van Solinge, *op. cit.*, page 165.

alcooliques et toxicomanes), en 1994, le nombre n'était plus que de 13 000. Pendant la même période, le nombre de personnes en traitement forcé était passé de 1 500 à 900. À cause des restrictions budgétaires, 90 centres de traitement ont fermé leurs portes entre 1991 et 1993. »¹⁰⁸

Les programmes de traitement de substitution à la méthadone existent en Suède depuis la fin des années 1960. Actuellement, environ 600 personnes sont inscrites à des programmes de traitement de substitution à la méthadone à Stockholm, Uppsala, Malmo et Lund. Les programmes sont strictement réglementés et sont officiellement considérés comme étant expérimentaux. Les conditions de participation prévoient que le patient doit avoir plus de 20 ans et doit utiliser des opiacés par intraveineuse depuis au moins quatre ans, il doit avoir essayé plusieurs formes de traitement pour toxicomanie et il doit s'être inscrit au programme volontairement (par exemple, il ne doit pas être détenu, ni en état d'arrestation, ni condamné à une période d'emprisonnement, ni être détenu dans un établissement correctionnel). Pour les participants aux programmes de traitement de substitution à la méthadone, aucune autre drogue n'est autorisée et le patient doit visiter la clinique quotidiennement. Actuellement, le nombre maximal de personnes pouvant participer au programme en même temps est de 800. Des projets pilotes sont en cours avec Subutex.

Bien que la Suède ait consacré de grandes sommes au traitement, très peu de ses programmes ont fait l'objet d'une évaluation. Par conséquent, il est difficile de donner des détails sur leur efficacité. [Traduction] « *L'objectif officiel est de réadapter les toxicomanes, et les moyens financiers, ainsi que les efforts affectés à cette fin sont énormes, bien plus importants que dans beaucoup d'autres pays européens. Cependant, malgré toutes ces bonnes intentions, il reste que l'efficacité de ces programmes expansifs est relativement faible. À long terme, les programmes de désintoxication de la Suède n'ont pas obtenu de meilleurs résultats que ceux que l'on trouve ailleurs, à l'échelle internationale* ». ¹⁰⁹

En ce qui concerne les initiatives de réduction des méfaits, on trouve peu de services de bas seuil en Suède et la plupart d'entre eux sont assurés par des organisations bénévoles. Ces organisations offrent une série de services, mais toutefois pas d'ordonnances. Des programmes d'échange de seringues sont appliqués dans les cliniques pour maladies infectieuses des hôpitaux de Lund et de Malmo et sont donc assez limités. Les initiatives de réduction des méfaits, comme les programmes d'échange de seringues, sont difficiles à promouvoir dans une société qui vise l'élimination complète des stupéfiants et où la consommation de drogue n'est pas acceptée. Une proposition de la fin des années 1980, qui consistait à mettre en place des programmes d'échange de seringues dans toute la Suède, a été refusée par le Parlement qui a jugé qu'une [traduction] « *plus grande disponibilité de seringues n'empêcherait pas la propagation du VIH, mais allait tout au contraire augmenter l'utilisation des drogues injectables* ». ¹¹⁰

¹⁰⁸ *Ibid.*, page 125.

¹⁰⁹ *Ibid.*, page 162.

¹¹⁰ *Ibid.*, page 129.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Le système de justice criminelle a aussi un rôle à jouer en ce qui concerne le traitement. En 2000, plus de 5 000 toxicomanes ont été mis en détention. Tandis qu'ils sont en prison, les contrevenants ont accès à des programmes de désintoxication et certains d'entre eux sont transférés hors des établissements pénitentiaires pour leur traitement. Il existe aussi des initiatives visant à empêcher l'introduction de drogues dans les prisons, par exemple par des perquisitions et des analyses d'urine. Pendant leur séjour en prison, les contrevenants n'ont droit à aucune seringue ni à aucun traitement de substitution.

La législation permet, dans certaines conditions, à un contrevenant de purger sa sentence hors de la prison. Le traitement forcé pour toxicomanie est l'une des raisons souvent invoquées. Une autre solution de rechange à l'emprisonnement est l'imposition d'une période de probation combinée à un traitement pour toxicomanie en établissement. Voici un exemple de solution de rechange à l'emprisonnement

[Traduction] « Depuis 1998, les personnes ayant un problème de toxicomanie et ayant commis une infraction liée à la drogue peuvent avoir accès à un traitement en signant une « convention de traitement ». Il s'agit d'un contrat réel passé entre le toxicomane et le tribunal, en vertu duquel les deux parties ont des droits et des obligations, comme dans tous les contrats. Cependant, certaines conditions doivent être remplies par le toxicomane : la personne en question doit avoir besoin d'un traitement et doit être prête à s'y soumettre; elle est toxicomane; la toxicomanie a contribué au crime commis, qui ne doit pas être grave (sanction prévue de moins de deux ans). La personne n'est alors pas envoyée en détention et un plan de traitement personnalisé est établi pour elle. Les autorités de la santé sont responsables du traitement et doivent informer l'administration locale des probations et des établissements de détention, ainsi que le ministère public si le probationnaire néglige sérieusement les obligations mentionnées dans son plan personnel. »¹¹¹

En ce qui concerne la prévention, les programmes d'information sur les drogues commencent tôt et figurent à tous les niveaux du programme scolaire. [Traduction] « Sans exagération, ce programme "d'influence d'opinion" pourrait être décrit comme un processus d'endoctrinement. Compte tenu de l'ampleur de ces programmes, il est devenu incontestable et irréfutable que leur contenu fasse partie du système de valeurs de chacun ». ¹¹²

Quant au cannabis, il est classé au nombre des drogues dangereuses et [traduction] « son usage est considéré comme le point de départ de la toxicomanie ». ¹¹³ C'est l'une des raisons pour lesquelles les mesures de prévention portent une attention particulière au cannabis puisqu'il devrait mener à une baisse de l'expérimentation des drogues qui empêchera les nouvelles recrues d'accéder au milieu.

¹¹¹ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Country Profiles – Sweden*, European Legal Database on Drugs, 2001

¹¹² *Ibid.*, page 177.

¹¹³ Boekhout van Solinge, *op. cit.*, page 15.

Cadre législatif

Catégories de stupéfiants

La principale loi s'appliquant aux drogues en Suède est la *Loi sur les stupéfiants de 1968*. Les « stupéfiants » y sont définis à l'article 8, et comprennent les médicaments ou les substances dangereuses pour la santé qui ont des propriétés toxicomanogènes et dont l'usage est restreint en vertu d'une entente internationale dont la Suède est signataire, ou que le gouvernement a déclaré comme étant des « stupéfiants » aux termes de la *Loi*. Aucune distinction n'est faite entre les drogues dures et les drogues douces. Comme on le verra plus loin, la nature de la substance fait cependant partie des critères qui déterminent la gravité d'une infraction. Les stupéfiants sont divisés en cinq listes. La liste I contient les drogues illégales sans usage médical ; les listes II à IV portent sur les stupéfiants à usage médical et dont les importations et les exportations sont réglementées ; la liste V comprend les stupéfiants qui ne sont pas soumis à un contrôle international. Conformément à la loi, les stupéfiants à usage médical ne peuvent être fournis que sur ordonnance d'un médecin, d'un dentiste ou d'un vétérinaire.

Infractions

En Suède, presque toutes les formes d'utilisation de stupéfiants sont interdites conformément à la *Loi sur les stupéfiants*. Cette loi énumère les comportements et les pratiques qui constituent une infraction et qui comprennent la possession pour usage personnel, l'approvisionnement (qui est assez largement défini), la fabrication, etc. Même la consommation (usage de drogue) est interdite depuis 1988. Dans ce cas, [traduction] « *ce n'est pas la dépendance qui est une infraction criminelle selon la Loi, mais l'acte d'ajouter une drogue à l'organisme humain* ». ¹¹⁴ La police est autorisée à soumettre quiconque est soupçonné d'avoir consommé des drogues à des analyses de sang ou d'urine.

La *Loi sur la contrebande de 2000* régit les importations et les exportations illégales de drogues. Les autres lois pertinentes comprennent : la *Loi sur le dopage de 1991* qui régit l'importation, l'offre, la possession de substances destinées à augmenter le rendement; la *Loi sur l'interdiction de certaines substances dangereuses pour la santé de 1999* qui régit la possession et l'offre de substances qui nuisent à la vie ou à la santé et qui sont utilisées ou peuvent l'être à des fins intoxicantes – cette loi ne régit pas les substances visées par d'autres lois.

Les autres lois pertinentes sont : la *Loi sur les services sociaux de 1980* qui détermine les formes possibles de soins pour les toxicomanes et la *Loi sur le traitement forcé des toxicomanes* selon laquelle un toxicomane qui est dangereux pour lui-même ou pour les autres peut se voir ordonner par le tribunal de suivre un traitement (qui suppose une privation de liberté pendant une période pouvant aller jusqu'à six mois pour les adultes

¹¹⁴ Dorn, N., et A. Jamieson, (2001) *European Drug Laws : the Room for Manoeuvre*, London : DrugScope, page 188.

et même plus pour les jeunes de moins de 21 ans). D'autres lois prévoient l'expulsion possible des écoles des étudiants toxicomanes, la révocation du permis de conduire en cas de toxicomanie, etc. La tolérance zéro a été adoptée pour la conduite sous influence de drogue.

Sanctions

Le *Code pénal* suédois prévoit trois niveaux de sanctions pour les infractions liées à la drogue : mineure, ordinaire et grave. Pour les infractions mineures, les sanctions peuvent être des amendes ou un emprisonnement pouvant aller jusqu'à six mois ; pour les infractions ordinaires, jusqu'à trois ans ; et pour les infractions graves, de deux à dix ans d'emprisonnement. Les sanctions assujetties à la *Loi sur la contrebande* sont identiques.

La gravité de l'infraction dépend de la nature et de la quantité de drogues et d'autres circonstances. Le gouvernement a précisé qu'une « infraction mineure liée à la drogue » correspondait au niveau véritablement le plus faible d'infraction. Par exemple, il ne devrait généralement s'agir que de l'usage ou la possession à des fins personnelles de très petites quantités. Dans ce cas, une amende serait justifiée. L'amende est alors basée sur le revenu du contrevenant. Les infractions mineures comprennent : les amphétamines, jusqu'à 6 g, le cannabis, jusqu'à 50 g, la cocaïne, jusqu'à 0,5 g et l'héroïne, jusqu'à 0,39 g; les infractions ordinaires englobent : les amphétamines, de 6,1 à 250 g, le cannabis, de 51 g à 2 kg, la cocaïne, de 0,6 g à 50 g, et l'héroïne, de 0,04 à 25 g, tandis que les infractions graves comprennent : les amphétamines, 250 g ou plus, le cannabis, 2 kg ou plus, la cocaïne, 51 g ou plus, et l'héroïne, 25 g ou plus. Le trafic de stupéfiants mène généralement à l'emprisonnement.

En ce qui concerne la contrebande, afin de déterminer si l'infraction est grave, il faut se demander si elle faisait partie d'une activité accomplie à grande échelle ou à l'échelle commerciale, si elle nécessitait des quantités particulièrement grandes de stupéfiants et si elle était plutôt d'une nature dangereuse.

En 1996, des 5 862 personnes qui ont été condamnées pour des infractions liées à la drogue, 3760 l'ont été pour des infractions mineures, 1 708 pour des infractions ordinaires et 391 pour des infractions graves. Parmi les 1 274 personnes à qui il a été imposé une peine d'emprisonnement, 54 l'ont obtenue pour des infractions mineures, 893 pour des infractions ordinaires et 326 pour des infractions graves.¹¹⁵

Comme dans d'autres pays, il existe plusieurs solutions de rechange à l'emprisonnement. Par exemple, le tribunal peut choisir d'autres sanctions, dont la probation, la condamnation avec sursis ou le traitement forcé. Ces sanctions semblent être utilisées fréquemment dans les affaires de stupéfiants.¹¹⁶

¹¹⁵ Boekhout van Solinge, *op. cit.*, page 206.

¹¹⁶ *Ibid.*, page 190.

[Traduction] « Généralement, le toxicomane qui est trouvé coupable d'un crime quelconque peut, dans certaines circonstances, se voir ordonner de suivre un traitement de désintoxication. Le traitement peut être jumelé à une sentence d'emprisonnement ou à une ordonnance de probation ou à une sentence d'emprisonnement avec sursis ou alors avec une libération conditionnelle. Le consentement de la personne déclarée coupable à suivre le traitement dans certaines conditions peut constituer une raison d'ordonner la probation plutôt que l'emprisonnement (la fameuse convention de traitement). Dans la pratique, la probation et la sentence d'emprisonnement avec sursis associées au traitement forcé sont généralement utilisées pour les infractions de gravité ordinaire, c'est-à-dire dans les cas où une peine d'emprisonnement serait autrement imposée. »¹¹⁷

Les lois suédoises permettent aussi la saisie de toute drogue utilisée pour commettre une infraction, de tous les gains réalisés, des biens ayant servi à commettre l'infraction, etc.

Pouvoir discrétionnaire de poursuivre

Le procureur a le devoir absolu de poursuivre, mais il y a un certain nombre d'exceptions à cette règle générale. Dans une Circulaire sur certaines questions concernant le traitement des affaires de stupéfiants, le procureur général a déclaré que l'abandon des poursuites en cas d'infractions liées aux stupéfiants devait être limité aux affaires traitant uniquement de possession pour usage personnel de quantités indivisibles ou correspondant tout au plus à une dose de résine de cannabis ou de certains stimulants du système nerveux central, à l'exception de la cocaïne, c'est-à-dire à une quantité de stupéfiants suffisamment petite pour ne pouvoir être normalement divisée et vendue. Étant donné la difficulté de déterminer les limites de cette quantité, des poursuites devraient être entamées en cas de doute. Si les circonstances sont telles que l'on peut supposer que la possession, malgré la quantité limitée, ne visait pas un usage personnel, la poursuite ne doit pas être abandonnée. Compte tenu de ces remarques, les poursuites ne devraient pas non plus être abandonnées lorsque le toxicomane se trouve en possession de stupéfiants correspondant à un usage personnel pour une certaine période. En outre, il est de grande importance que l'abandon des poursuites soit surtout limité aux cas de première infraction.¹¹⁸

Le débat en Suède

La vision suédoise d'une société sans drogue est tellement largement acceptée qu'elle n'est pas remise en question sur la scène politique ou dans les médias. La politique en matière de drogue bénéficie du soutien de tous les partis politiques et, selon les sondages d'opinion, la démarche restrictive obtient un large appui du public. Par exemple, un sondage réalisé en 2001 révèle que 96 % des répondants étaient opposés à la légalisation de toute drogue classée. En outre, un autre sondage effectué

¹¹⁷ *Ibid.*, page 191.

¹¹⁸ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *op. cit.*

en 2000 a démontré que 91 % étaient contre la décriminalisation de l'usage du cannabis.¹¹⁹

[Traduction] « *Le rôle de l'opinion publique est essentiel à la compréhension de l'attitude des différents partis politiques. Les sondages d'opinion démontrent qu'une grande partie des gens appuient une politique restrictive en matière de drogue. Les mêmes sondages révèlent que les stupéfiants sont considérés comme l'un des principaux problèmes sociaux. La panique morale entourant les drogues est telle qu'aucun parti politique n'ose parler contre des mesures qui pourraient sembler aller dans le sens d'une libéralisation, aussi minime soit-elle, de la politique en matière de drogue. Appuyer la politique restrictive, ou même réclamer des mesures plus restrictives pour freiner l'intensification du problème des drogues est une attitude essentielle à l'obtention de votes pour un parti politique. Se montrer en faveur du contraire, appuyer une démarche légèrement libérale n'est pas possible pour un parti politique et contribuerait même à signer son arrêt de mort politique. On a signalé que les groupes de pression antidrogue sont les forces motrices qui influent sur l'opinion publique et, par le fait même, sur les partis politiques. On a aussi démontré que, mis à part les mouvements sociaux, les médias ont contribué à accroître la crainte de la drogue qui existe aujourd'hui et à définir les drogues comme un important problème social.* »¹²⁰

Ainsi, la population suédoise en général a une vision négative de l'usage des drogues et est convaincue que celles-ci constituent une importante menace pour la société. Ces thèmes ont été publicisés par le gouvernement, les médias et d'autres organismes de Suède, et il est rare que d'autres groupes les critiquent. Les scientifiques sont généralement les seuls à émettre des doutes quant à la politique actuelle.

Rapports récents

En 1998, le gouvernement a créé une Commission sur les stupéfiants. Celle-ci avait pour mandat d'évaluer la politique suédoise en matière de drogue et de proposer, toujours suivant le concept d'une politique restrictive, des mesures de renforcement et de rationalisation. La Commission ne devait pas dévier de l'objectif général d'une société sans drogue. Son mandat était le suivant :

- Proposer des améliorations aux méthodes et aux systèmes d'évaluation de la situation des drogues et évaluer l'objectif d'une société sans drogue ;
- Évaluer et proposer des mesures visant à renforcer et à rationaliser les mesures de prévention de la toxicomanie ;
- Analyser la mise sur pied des programmes de traitement, y compris ceux du système de probation et d'établissements pénitentiaires, et proposer des mesures visant à améliorer le traitement et la réadaptation des toxicomanes ;

¹¹⁹ National Institute of Public Health, *National Report : Sweden 2001*, Stockholm, décembre 2001, page 14.

¹²⁰ Boekhout van Solinge, *op. cit.*, pages 172-173.

- Évaluer l'étendue et la portée des fonds nationaux pour la mise au point de traitements et de mesures visant à prévenir les crimes liés à la drogue ;
- Analyser la nécessité d'apporter des changements aux méthodes de travail du système judiciaire et aux lois procédurales du droit pénal et du droit criminel;
- Examiner les recherches en cours, proposer des moyens de stimuler la recherche, de la renforcer et de l'organiser ainsi que de définir les champs de recherche importants mais négligés dans le domaine des stupéfiants ; et
- Tracer les grandes lignes des stratégies visant à établir des mesures d'information ciblée et à influencer l'opinion.

La Commission a récemment publié un rapport intitulé *The Crossroads* (le carrefour – faisant référence à une voie qui nécessite une augmentation importante de ressources sous forme d'engagement, d'orientation, de compétences et de financement et à une autre qui suppose une réduction des objectifs et une acceptation considérable de la toxicomanie).

La Commission a noté que la question des drogues ne figurait pas parmi les priorités politiques des dernières années, ce qui avait mené à une réduction des fonds pour tous les secteurs en cause, tandis que le problème des drogues devenait de plus en plus grave et étendu. Les paragraphes qui suivent résument quelques-unes des conclusions et des recommandations principales de la Commission.¹²¹

Leadership : La Commission a noté qu'il fallait fixer plus clairement les priorités, répartir plus clairement les tâches et assurer un meilleur suivi de la politique en matière de drogue et des initiatives concrètes à tous les niveaux de gouvernement.

Réduction de la demande : La Commission a noté qu'il n'y avait pas de limites précises entre les volets des mesures de prévention, des soins et de la désintoxication et la restriction de l'offre. Pour que les mesures préventives donnent des résultats positifs, elles doivent [traduction] « faire partie d'un système de mesures restreignant l'offre et il doit exister des règles claires englobant les normes et les valeurs de la société, ainsi que des soins et des traitements efficaces ». ¹²² De même, la Commission considère les soins et le traitement comme un élément essentiel des mesures de la politique en matière de drogue, puisqu'ils aident à réduire la toxicomanie de même que les conséquences négatives pour les toxicomanes. En outre, la Commission a déterminé la nécessité d'améliorer la compétence de ceux qui travaillent dans le domaine des soins et du traitement. Elle a établi les principes directeurs suivants concernant les soins et le traitement :

- Tous les toxicomanes doivent bénéficier d'une offre d'aide et, au besoin, de soins pour leur problème de toxicomanie.

¹²¹ The Swedish Commission on Narcotic Drugs, (2000) *Summary of the report The Crossroads from the Swedish Commission of Narcotic Drugs*, Suède.

¹²² *Ibid.*

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- Des conseils, de l'aide et un appui doivent être offerts dès les premiers stades de consommation.
- Les soins doivent viser à l'objectif d'une vie sans toxicomanie et sans drogues illégales.
- Les soins et d'autres mesures visant les toxicomanes doivent être de bonne qualité.
- Les mesures visant à combattre la toxicomanie doivent être durables et appliquées à long terme.

Réduction de l'approvisionnement : La Commission n'a pas trouvé de lacunes réelles dans la loi ou dans les méthodes de travail utilisées par les autorités, bien qu'elle ait jugé impératif que ces autorités obtiennent davantage de ressources. Les services de police et de douanes n'ont pas réussi à éliminer le marché clandestin. En fait, tout semble indiquer que l'offre est encore plus généreuse, que les prix sont plus bas que par le passé et que la variété des drogues a augmenté. En ce qui concerne la lutte au marché des drogues illicites, la Commission a recommandé d'examiner la structure organisationnelle de la police (par exemple, la façon dont la dissolution des brigades de stupéfiants spécialisées a nui à la qualité des enquêtes policières) et d'assurer le suivi de toutes les faiblesses observées. La Commission a aussi recommandé d'examiner les méthodes d'enquête spéciales (comme les livraisons contrôlées) et de rédiger des lignes directrices sur le sujet à partir des conclusions de l'examen.

Perfectionnement des compétences et recherche : La Commission était d'avis qu'il était important d'améliorer les connaissances sur différents aspects des stupéfiants, les mesures utilisées pour lutter contre la toxicomanie et l'effet de la politique en matière de drogue.

Coûts¹²³

Comme dans d'autres pays, il n'existe pas de données statistiques systématiques sur les coûts liés aux stupéfiants qui soient facilement accessibles.

Coûts publics

Le coût du traitement de la toxicomanie (alcool et stupéfiants) a été estimé pour les municipalités à 3,7 milliards SEK (plus de 500 millions \$ canadiens) par année (55 % pour les soins en établissement). La police a utilisé 6 % de son budget pour la lutte antidrogue en 2000 (pour un total de 702 millions SEK – plus de 100 millions \$ canadiens). Au sein des services de police, 869 personnes travaillaient à des questions relatives aux stupéfiants, tandis que dans les services douaniers, 1 080 personnes étaient

¹²³ L'information qui suit découle de : OEDT, *National Report – Sweden 2001*, op. cit., page 15.

affectées à la protection des frontières. Aucune donnée sur les coûts n'est disponible pour les douanes.

Coûts sociaux

La Commission sur les stupéfiants estime les coûts sociaux à 7,7 milliards SEK par année (ce total ne tient pas compte de la prévention, de la formation et de l'évaluation).

Administration¹²⁴

Comme nous l'avons mentionné antérieurement, un coordonnateur est maintenant en charge de la politique nationale en matière de drogue. Par le passé, ce rôle était rempli par le ministère de la Santé et des Affaires sociales. En ce qui concerne la distribution licite des stupéfiants et des substances psychotropes, l'Agence des produits médicaux s'occupe d'émettre les autorisations d'importation et d'exportation de drogues. Cette Agence fournit aussi des statistiques sur les drogues au PNUCID.

La police nationale suédoise est chargée de la lutte antidrogues. La Division des infractions en matière de drogue du Conseil national de police procède aux enquêtes criminelles reliées au crime organisé ou à toute autre infraction liée à la drogue à l'échelle nationale ou internationale. Le Service des douanes suédois s'occupe des points d'entrée.

L'Institut national de santé publique coordonne les activités de réduction de la demande. Il est également le point de liaison national du réseau REITOX. Les activités opérationnelles sont coordonnées aux niveaux régional et municipal. C'est aussi le point de coordination avec les services sociaux, les services de police, les services de probation et de détention, les services médicaux, les écoles et toutes les autres parties en cause. Ainsi, pour ce qui est de la prévention, des soins et du traitement, les groupes locaux et municipaux ont un rôle clé à jouer.

À cause de sa nature globale, le problème de la drogue met en jeu d'autres ministères, par exemple le ministère de la Justice et le ministère des Affaires étrangères.

Statistiques

Consommation¹²⁵

Les enquêtes effectuées auprès des jeunes de 9^e année (15 ans) et des jeunes conscrits de 18 ans, révèlent une tendance évidente, au cours des années 1990, à l'augmentation de la consommation de drogues au cours de la vie parmi les adolescents, particulièrement les plus âgés. On a aussi observé une augmentation de l'usage récent

¹²⁴ L'information fournie dans cette section provient de : United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, *Country Drug Profile – Sweden, op. cit.*, page 12

¹²⁵ OEDT, National Report – Sweden 2001, *op. cit.*

(année dernière, 30 derniers jours) parmi les adolescents et les jeunes adultes. Le pourcentage de jeunes de 15 ans qui déclarent avoir déjà essayé des drogues est passé de 4 % à 9 % de 1992 à 2000. Il est intéressant de noter que ce nombre était de 14 % au début des années 1970 et qu'il avait diminué à environ 8% en 1982. En ce qui concerne les jeunes conscrits, la tendance est à peu près la même. Selon ces enquêtes, la consommation de drogues illicites est faible comparativement à celle d'autres pays européens. Il faut noter que ces données ont été critiquées. Premièrement, elles s'appliquent seulement aux jeunes étudiants de 15 et 16 ans et aux jeunes conscrits de 18 ans, ne tenant pas compte des groupes plus âgés où il y aura première expérimentation. En outre, certains doutent de la fiabilité des déclarations de consommation par les élèves, dans un contexte où les drogues sont perçues de façon aussi négative et où les questionnaires sont remplis à l'école (où certains peuvent craindre d'être observés par leurs enseignants).¹²⁶

En 2000, la moyenne mobile de trois ans de consommation au cours de la vie pour le groupe des 15 à 64 ans était de 12 % (la plus élevée étant de 17 % pour le groupe des 24 à 44 ans). Depuis 1988, la consommation récente, pour les douze derniers mois, n'a jamais dépassé 1%. Dans l'ensemble, les hommes sont deux fois plus susceptibles d'avoir consommé des drogues que les femmes, bien que la différence ne soit pas aussi élevée chez les groupes plus jeunes.

La plupart de ceux qui ont consommé des drogues ont essayé le cannabis et une grande partie de ceux-là ont seulement essayé le cannabis (en Suède, le cannabis est habituellement pris sous forme de haschisch). La deuxième catégorie de drogues la plus populaire en Suède est le groupe des amphétamines. La cocaïne serait la troisième plus répandue chez les plus âgés, tandis que chez les jeunes, ce serait le MDMA (*ecstasy*) et le LSD. Pendant les années 1990, la disponibilité des drogues a augmenté, en particulier les amphétamines et l'héroïne. Il semble cependant que l'usage d'héroïne soit en hausse.

Généralement, les sondages révèlent que les drogues en général sont assez peu utilisées en Suède. Pour ce qui est des toxicomanes (définis comme faisant usage d'intraveineuses ou une consommation quotidienne de drogues), il semble que la Suède ait un problème assez grave, avec un éventail de 14 000 à 20 000 personnes, ce qui est proche de la moyenne de l'Union européenne.¹²⁷

Infractions

Le nombre de personnes incriminées a augmenté, passant de 6567 en 1985 à 12 470 en 1999. La police a enregistré 32 423 infractions à la *Loi sur les stupéfiants* en 2000, ce qui est comparable aux données de la dernière décennie. Le nombre d'infractions à la *Loi sur la contrebande* a diminué de 85 % depuis 1980, baissant à 350.

¹²⁶ Boekhout van Solinge, *op. cit.*, page 138.

¹²⁷ United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, *op. cit.*, page 9.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

En 1998, 92 % ont été soupçonnés d'usage ou de possession (par rapport à 76 % en 1975). En outre, le nombre de ceux qui sont soupçonnés de vendre ou de fabriquer des drogues est maintenant de 19 % (par rapport à 40 % en 1975).

Le nombre de sentences rendues pour infractions à la *Loi sur les stupéfiants* ou à la *Loi sur la contrebande* est maintenant de 12 470 pour 1999 (par rapport à 2 601 en 1975). Le cannabis était en cause dans 51 % des sentences en 1998. La même année, le genre de sentences était réparti de la façon suivante : 38 %, amendes ; 27 %, emprisonnement ; 14 %, abandon de poursuites ; 14 %, probation ; et 8 %, autres sanctions. L'emprisonnement était généralement d'une durée de deux à six mois.¹²⁸

¹²⁸ National Report 2001, page 27.

LA SUISSE¹²⁹

La Suisse a beaucoup fait parler d'elle ces dernières années en matière de politique sur les drogues : après les images hautement médiatisées sur la scène ouverte de Zurich, les cliniques d'injection et la prescription d'héroïne aux toxicodépendants ont fait le tour du monde ; plus récemment, le Parlement fédéral a déposé un projet de réglementation de la production et de la vente de cannabis qui est actuellement à l'étude.

La Suisse est une Confédération¹³⁰ composée de 26 entités cantonales (cantons et demi-cantons) qui compte un peu plus de 7 millions d'habitants. Les cantons sont actuellement subdivisés en 2 904 communes politiques. La Constitution fédérale, adoptée en 1848, est le fondement juridique de l'État fédératif. Elle garantit les droits fondamentaux des individus et la participation du peuple à la vie politique, répartit les tâches entre la Confédération et les cantons et définit les attributions des autorités fédérales. La Suisse regroupe différentes communautés linguistiques, ethniques et confessionnelles. Selon l'article 4 de la Constitution, l'allemand, le français, l'italien et le romanche sont les quatre langues nationales. L'allemand est la langue parlée par la majorité des Suisses (63,7 %). Tous les cantons ont leur propre constitution, ainsi que leurs parlement, gouvernement et tribunaux. Les cantons ont certaines compétences législatives que leur confère la Constitution fédérale.

Cette structure politique de la Suisse est importante pour notre compréhension de la politique de ce pays en matière de drogue. En fait, certains auteurs¹³¹ arguent qu'il y a en fait 26 politiques en matière de drogue en Suisse, une pour chaque canton et demi-canton. Cette diversité cantonale est parfois occultée puisque les médias et la littérature portent un intérêt particulier aux « scènes ouvertes » à Zurich et à la prescription médicale d'héroïne chez les personnes gravement dépendantes, pratique entérinée par la Confédération suisse.¹³²

Une politique de réduction des risques

L'histoire récente de la politique suisse en matière de drogue débute vers la fin des années 1960 avec une hausse marquée de la consommation de substances psychoactives. Un premier modèle, fondé sur trois piliers, a alors été élaboré et mis en œuvre par les cantons. Les trois piliers étaient les suivants :

¹²⁹ Cette section s'inspire notamment du rapport d'étude préparé par la Bibliothèque du Parlement à la demande du Comité : Collin, C., (2002) *Politique nationale en matière de drogues : la Suisse*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement, rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

¹³⁰ Ce terme désigne l'état fédéral.

¹³¹ Boggio, Y. et coll., (1997) *Apprendre à gérer : La politique suisse en matière de drogue*, Genève : Georg.

¹³² *Ibid.*, page 38.

- La répression du trafic et de la consommation de drogue ;
- Des mesures de prévention auprès des jeunes ; et
- La thérapie axée sur l'abstinence, dont les programmes avec la méthadone faisaient déjà partie.¹³³

Au début des années 1980, la Suisse a été touchée, comme plusieurs autres pays, par l'épidémie du VIH/sida. Des « scènes ouvertes » de la drogue existaient dans certaines villes suisses : Zurich, Berne, Olten et Soleure, rendant plus visible la misère des toxicomanes et contribuant à l'insécurité des populations. Des services publics et sociaux ont été mis en place pour aider les toxicomanes et les protéger du VIH et du sida. Des seringues stériles étaient distribuées aux toxicomanes et on les encourageait à recevoir le vaccin contre l'hépatite. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) soutenait et soutient toujours plusieurs de ces services, justifiant son soutien par la nécessité de prévenir la propagation du sida. Cependant, les grands piliers de la politique officielle demeuraient la prévention, la thérapie et la répression.

Les années 1990 ont vu l'introduction de mesures visant à réduire les problèmes de drogue et l'adoption d'une nouvelle stratégie à l'échelle nationale, à laquelle est venu s'ajouter le pilier de la réduction des risques pour créer le modèle des quatre piliers. Le rôle de la Confédération en matière de drogue se précise alors de plus en plus : soutenir les efforts des cantons, des villes et communes et des organisations privées en leur offrant des informations de référence et des connaissances scientifiques et en développant le savoir-faire des professionnels.

Le 20 février 1991, le gouvernement suisse a adopté un programme de mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue¹³⁴; aujourd'hui connu sous le nom de « ProMeDro »¹³⁵, ce programme s'inspirait du concept de la réduction des risques. Il avait pour objectifs :

- Diminuer l'entrée dans la consommation de drogue et d'éviter l'évolution vers une dépendance ;
- Améliorer les possibilités de sortie de la toxicomanie (thérapie et réintégration) ; et

¹³³ Office fédéral de la santé publique, *La politique en matière de drogue*, septembre 2000, disponible en ligne à l'adresse <http://www.bag.admin.ch/sucht/f/index.htm>.

¹³⁴ Office fédéral de la santé publique, *Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue*, Document de base de l'Office fédéral de la santé publique, Décision du Conseil fédéral du 20 février 1991, Doc. no 3.4.1f.

¹³⁵ L'acronyme « MaPaDro » était utilisé en référence au programme de mesures fédérales au cours de la période 1990-1996. L'acronyme « ProMeDro » est utilisé en référence au programme de mesures fédérales pour la période 1997-2002. Afin d'éviter toute confusion, « ProMeDro » est utilisé tout au long du présent document.

- Améliorer les conditions de vie et de santé des usagers de drogues, de réduire les risques et de maintenir leur intégration sociale¹³⁶.

Pour ce faire, on prévoyait :

- Des mesures de prévention primaire et secondaire auprès des jeunes et des campagnes de sensibilisation, afin d'éviter que de nouvelles personnes commencent à consommer de la drogue ;
- La prise en charge et la thérapie, afin de faciliter la sortie de la drogue ;
- Des mesures de réduction des risques, de prévention du sida et d'aide à la réinsertion, afin de permettre aux personnes dépendantes de traverser leur phase de toxicomanie dans les conditions de santé les moins mauvaises possibles et de veiller à ce que le chemin de la sortie de la drogue reste ouvert ;
- Des mesures de formation continue et de perfectionnement à l'intention des professionnels (p. ex. exécution des peines et mesures, hôpitaux, pharmacies, médecins de famille, services sociaux, etc.) et des personnes exerçant une fonction de médiateurs (p. ex. enseignants, animateurs de groupes de jeunes, personnel d'entreprises, parents, etc.) ;
- Le développement, la coordination et la systématisation de la recherche scientifique dans le domaine de la drogue ;
- L'évaluation des projets et des mesures dans les domaines de la prévention, de la prise en charge et du traitement, afin de préciser les lacunes et les insuffisances, mais aussi de mettre en évidence les effets positifs de ces interventions ;
- Le développement des prestations de services de documentation et d'information habituellement fournies par la Confédération ; et
- La coordination des mesures prises par la Confédération.

Ces mesures marquent l'introduction en Suisse de la politique des quatre piliers, qui englobe la prévention, la répression, la thérapie et la réduction des risques. Entre 1991 et 1999, l'OFSP a lancé ou, du moins, appuyé environ 300 projets et programmes dans le cadre de « ProMeDro » pour des montants annuels de 15 millions de francs.

Entre autres, le Conseil fédéral a commandé une étude concernant la prescription médicale d'héroïne aux toxicomanes souffrant d'une grave dépendance à cette drogue et pour lesquels d'autres formes de traitement n'avaient pas eu de succès. En 1992, le Conseil a adopté une ordonnance autorisant des essais cliniques de prescription médicale d'héroïne et demandant une stricte évaluation scientifique de ces essais. Ces

¹³⁶ Office fédéral de la santé publique, Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) 1998-2002, octobre 1998.

essais ont débuté en 1994 et pris fin le 31 décembre 1996. Un rapport final d'évaluation, publié en juillet 1997, conclut que :

- Le traitement avec prescription d'héroïne suivi par des personnes gravement dépendantes de cette substance avait eu un impact positif sur la santé physique ou psychique, ou les deux, et sur la qualité de vie (logement, travail, etc.) des participants ;
- Leur consommation illégale d'héroïne et de cocaïne avait reculé ; et
- Les participants avaient diminué leurs activités criminelles (très importante diminution des vols et délits contre la propriété et du trafic de stupéfiants).¹³⁷

Suivant les recommandations du rapport, le Conseil fédéral suisse a adopté le 8 mars 1999, l'*Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne* qui autorisait le traitement avec prescription d'héroïne et définissait les objectifs, les critères d'admission, l'administration et l'institution d'un tel traitement.

Au cours de la même période, deux initiatives populaires adoptant des positions complètement opposées ont été proposées en 1993 et 1994. La première suggérait l'adoption d'une politique en matière de drogue exclusivement axée sur l'abstinence (Jeunesse sans drogue¹³⁸) et la deuxième proposait la légalisation des stupéfiants (DroLeg¹³⁹). Le gouvernement fédéral et le Parlement ont considéré ces deux initiatives populaires extrémistes et recommandé à la population suisse de les rejeter. Le 28 septembre 1997, les citoyens suisses ont voté contre « Jeunesse sans drogue » dans une majorité de plus 70 %. De même, le 29 novembre 1998, une majorité de plus de 74 % des votants a rejeté l'initiative DroLeg. En rejetant ces deux initiatives, la population suisse entérinait en quelque sorte l'approche plus mesurée suivie par la Confédération.

Entre le lancement de ces initiatives populaires et leur refus par vote populaire, certains événements importants ont aussi influencé l'évolution de la politique suisse en matière de drogue. En 1994, la violence sur les « scènes ouvertes de la drogue », entre autres du Letten à Zurich, fit la une des médias de par le monde. Certains partis gouvernementaux (socialiste, démocrate-chrétien et radical) ont alors demandé une dépenalisation de l'usage de drogue, l'accroissement du traitement avec prescription d'héroïne, le renforcement des mesures de prévention et le durcissement des peines à l'égard de ceux qui font le trafic de stupéfiants.¹⁴⁰ La scène ouverte de la drogue à

¹³⁷ Aebi, M.F., Killias, M. et D. Ribeau, (1999) « Prescription médicale de stupéfiants et délinquance : Résultats des essais suisses », *Criminologie*, vol. 32, n° 2, p. 127-148; voir aussi le témoignage du professeur Ambros Uchtenhagen, Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 4 février 2002, fascicule 13.

¹³⁸ Pour plus d'information sur cette initiative, voir le site Web de Jeunesse sans drogue à l'adresse http://www.jod.ch/f_fr_index.htm.

¹³⁹ Pour plus d'information sur cette initiative, voir le site Web de DroLeg à l'adresse www.droleg.ch.

¹⁴⁰ Office fédéral de la santé publique (2000), *op.cit.*, p. 10.

Zurich a été fermée en 1995.¹⁴¹ Cette fermeture a amené la naissance d'une nouvelle collaboration entre le Conseil fédéral, les représentants du canton et de la ville de Zurich. Un groupe de travail mixte a été formé : la Délégation drogue. Cette collaboration inhabituelle a permis la mise en place de mesures qui n'auraient pas vu le jour dans un contexte plus traditionnel : la création de places de prison à Zurich pour les trafiquants de drogue, l'adoption de mesures fédérales urgentes afin d'accroître la possibilité pour les toxicomanes de participer à un programme de prescription médicale d'héroïne et la création de centres d'accueil pour recevoir et accompagner les personnes les plus gravement dépendantes.¹⁴² Les scènes ouvertes de drogue appartiennent aujourd'hui au passé.

Enfin, en octobre 1998, le Programme de mesures de santé publique en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) a été reconduit pour une période de quatre ans. La Confédération a alloué un budget de 18 millions de francs par année afin de réaliser ce programme, à quoi s'ajoutent 15 postes de collaborateurs de l'Office fédéral de la santé publique.¹⁴³ Les principales priorités de ProMeDro pour la période 1998-2002 sont les suivantes :

- Accroître l'engagement de la Confédération en matière de prévention primaire et secondaire et d'intervention précoce pour éviter une évolution vers la toxicomanie;
- Consolider l'offre de thérapies en tant que système coordonné, assurant mieux les possibilités pour une sortie de la dépendance;
- Consolider l'offre de mesures de réduction des risques et de maintien de l'intégration sociale;
- Installation et fonctionnement efficace d'un observatoire de « monitoring épidémiologique » national sur le modèle des « focal points REITOX » de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies⁽¹⁴⁴⁾
- Transmission effective des résultats des études épidémiologiques, des recherches scientifiques et des évaluations en matière de toxicomanie à l'intention des spécialistes et des décideurs;
- Installation d'un processus de promotion et de gestion de la qualité, commun à l'ensemble de ProMeDro, adapté selon les domaines, utile à plus de la moitié des institutions du domaine de la toxicomanie et des

¹⁴¹ Voir le témoignage du Chef de la police criminelle de Zurich, Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 4 février 2002, fascicule 13.

¹⁴² Boggio, et coll., (1997) *op. cit.*, page 75-80.

¹⁴³ OFSP (1998) *op. cit.*, page 5.

¹⁴⁴ L'OEDT coordonne un réseau de 15 centres d'information, ou points focaux nationaux, situés dans chacun des États membres. Pour plus d'information voir le site Web de l'OEDT à l'adresse http://www.emcdda.org/mlp/ms_fr-4.shtml.

décideurs concernés et utilisé par ces institutions et décideurs (Confédération, cantons, communes, institutions privées);

- Optimiser le fonctionnement coordonné et opérationnel des diverses commissions et plates-formes, principalement de la Conférence des Délégués cantonaux aux problèmes de Toxicomanie et du Comité national de liaison en matière de drogue.^{145 : 146}

La Confédération confirmait ainsi son rôle de plaque tournante de la politique en matière de drogue et de la collaboration à l'échelle nationale.

Premier pilier : la prévention

Les mesures de prévention visent principalement trois objectifs :

- Éviter que les individus, en particulier les enfants et les jeunes, consomment de la drogue;
- Éviter que les problèmes et les effets néfastes liés à la consommation de drogue se répercutent sur l'individu et la société;
- Éviter que les individus passent de la simple consommation de drogue à une consommation abusive et à la dépendance, avec les graves conséquences que l'on sait.

Il faut souligner que le changement le plus notable dans le domaine de la prévention est le passage d'une conception de la prévention visant à empêcher la première consommation de drogue à une conception qui cible plutôt la prévention des problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de drogue et qui intègre le réseau social et l'environnement de la personne.

Deuxième pilier : la thérapie

En Suisse, plusieurs formes de traitements résidentiels et ambulatoires sont disponibles aux personnes qui ont un problème de dépendance à la drogue. Les objectifs poursuivis par le traitement incluent :

- Sortir les toxicomanes de la dépendance ;
- Ouvrir à leur réinsertion sociale ; et
- Améliorer leur santé physique et mentale.¹⁴⁷

¹⁴⁵ La Conférence des délégués cantonaux se réunit en général quatre fois par an. Elle coordonne des mesures relevant du domaine des toxicomanies, établit un programme annuel et catalogue des priorités ; vise à l'échange d'informations; débat et adopte des prises de position et répond aux consultations ; définit et discute des questions connexes ; et offre des sessions de perfectionnement. Voir <http://www.infoset.ch/inst/kkbs/f-statuten.html>. Le comité national est formé de représentants des autorités des villes, des cantons et de la Confédération. Son rôle est d'assurer le suivi des mesures mises en œuvre et veiller à leur harmonisation.

¹⁴⁶ OFSP (1998) *op. cit.*, pages 6-7.

¹⁴⁷ *Ibid.*, page 16.

Comme il a été mentionné plus tôt, le traitement avec prescription d'héroïne est une forme reconnue de thérapie en Suisse depuis 1999. À la fin de 1999, on comptait déjà 1 650 places réservées aux personnes gravement dépendantes de l'héroïne, réparties dans 16 centres de traitement. De plus, à la même période, environ 50 % des personnes dépendantes des opiacés (population estimée à 30 000 personnes) suivaient un traitement avec prescription de méthadone, comparativement à 728 personnes qui suivaient un tel traitement en 1979. Les personnes dépendantes d'une ou de plusieurs drogues ont également accès à des thérapies résidentielles axées sur l'abstinence, à un nombre limité de places dans des centres de transition, des unités ou cliniques spécialisées de sevrage et au sein d'institutions thérapeutiques, ainsi qu'à des centres de consultations ambulatoires.¹⁴⁸ En mars 1999, on comptait 100 institutions offrant des thérapies résidentielles axées sur le sevrage et la réhabilitation en Suisse, pour un total de 1 750 places.¹⁴⁹

Troisième pilier : la réduction des risques

Les premières institutions, dites «à bas seuil», d'aide à la survie ont fait leur apparition en Suisse dès le milieu des années 1980 et avaient pour but de réduire les risques et les conséquences qu'entraîne la dépendance au niveau sanitaire et social. Ces institutions offraient d'abord un toit au toxicomane et étaient souvent dotées d'une cafétéria, de salles de douches et d'une buanderie. La personne dépendante pouvait aussi y trouver une oreille attentive et un interlocuteur pour dialoguer. Ces mesures d'aide à la survie ont évolué depuis une dizaine d'années et englobent aujourd'hui les appuis médicaux à la réduction des risques (p. ex. prévention du sida et d'autres infections, distributeurs de seringues, dispensaires de soins médicaux ambulatoires, etc.) et les appuis sociaux (travail de rue, soupes populaires, centres d'hébergement d'urgence, centre d'accueil à bas seuil, etc.). L'Office fédéral de la santé publique soutient de nombreux projets de réduction des risques dans le cadre de ProMeDro. Entre autres :

- La distribution de seringues aux toxicomanes et en milieu carcéral ;
- Des locaux d'injection (un avis de droit établit leur légalité) ;
- Des offres d'emploi et de logement ;
- Des services à l'intention des femmes qui se prostituent pour se procurer de la drogue ; et
- Des services de consultation pour les enfants de parents toxicomanes.¹⁵⁰

Par ailleurs, les cantons, les communes et les institutions privées offrent également de telles mesures. L'OFSP a aussi créé en 1995 un service central chargé de

¹⁴⁸ *Ibid.*, pages 16-17.

¹⁴⁹ Office fédéral de la santé publique (1999) *The Swiss drug policy: A fourfold approach with special consideration of the medical prescription of narcotics*, p. 7.

¹⁵⁰ Boggio et coll, (1997) *op. cit.*, page 19.

soutenir certaines institutions d'aide sociale, notamment celles à bas seuil, et de conseiller les cantons, les communes et les institutions privées en matière de planification et de financement de mesures visant la réduction des risques. Les toxicomanes ont accès à ces mesures sans avoir à remplir de conditions particulières. Le but de ces services, dits de réduction des risques, est de faire en sorte que le toxicomane subisse le moins de conséquences possibles liées à sa consommation et de lui permettre de reprendre une existence normale. En outre, ces mesures visent à préserver les chances de sortie de la drogue, voire de les augmenter.¹⁵¹

Quatrième pilier : la répression

La répression vise principalement à réduire l'offre et à lutter contre le trafic de stupéfiants, les opérations financières illégales liées à ce trafic (p. ex. blanchiment d'argent) et le crime organisé. Les consommateurs ne sont pas la cible prioritaire des opérations policières en Suisse. L'application de la *Loi fédérale sur les stupéfiants* relève en grande partie de la compétence des cantons, même si la Confédération exerce la haute surveillance et peut ordonner et mener des enquêtes policières en matière de trafic de drogue. Il faut noter que les lois cantonales et communales en matière d'exercice des fonctions des forces de l'ordre diffèrent et donnent parfois lieu à des interventions dépareillées. Par ailleurs, le milieu des drogues évolue rapidement et les méthodes de lutte contre les problèmes liés à la drogue s'améliorent et s'adaptent à ce milieu.¹⁵² Parmi ces méthodes, on trouve :

- La concentration de la répression sur la production de drogue, le trafic et le blanchiment d'argent;
- Un plus grand nombre de « policiers de la drogue » et un plus grand recours à des spécialistes d'autres secteurs (professionnels de la finance);
- La collaboration intercantonale et internationale (accords avec les polices des pays limitrophes);
- L'accélération et l'amélioration du traitement de l'information (systèmes en réseau et accès à des réseaux des corps policiers de plusieurs pays d'Europe);
- L'intensification de la collaboration entre les services de police et le secteur privé (banques, industries chimiques, etc.);
- L'amélioration de l'efficacité de la police et le recours accru à des fonctionnaires de liaison sur le terrain;
- Le renforcement du dispositif légal (p. ex. lois sur la police, protection des témoins).¹⁵³

¹⁵¹ *Ibid.*, pages 18-19.

¹⁵² *Ibid.*, pages 20-21.

¹⁵³ *Ibid.*, page 21.

Évolution du régime juridique

L'histoire des mesures législatives régissant les stupéfiants en Suisse, comme dans bien d'autres pays, s'aligne en grande partie sur l'évolution des conventions internationales. Par exemple, la *Loi sur les stupéfiants* de 1924 avait été adoptée pour répondre aux engagements que la Suisse avait pris en signant la Convention internationale de l'opium de 1912. Cette loi interdisait certains stupéfiants tels que l'opium, les feuilles de coca, la morphine, l'héroïne, la cocaïne et leurs dérivés. L'adhésion de la Suisse à d'autres conventions et l'expérience tirée de l'application de la loi de 1924 mena à une révision totale et à l'adoption de la *Loi fédérale sur les stupéfiants* (LStup) du 3 octobre 1951. Cette loi interdisait la culture, la fabrication, la vente, la distribution et la détention d'opiacés, de produits dérivés du coca et du cannabis. Elle avait pour objectif, d'une part, de réglementer l'utilisation de stupéfiants à des fins médicales et, d'autre part, de lutter contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants. La LStup fut légèrement modifiée en 1970 suite à l'adhésion de la Suisse à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961.

En fait jusqu'aux années 1960, la *Loi* répondait principalement aux engagements de la Suisse par rapport aux conventions internationales, car la consommation de stupéfiants était relativement marginale et il n'y avait à proprement parler aucun problème d'abus de stupéfiants qui pouvait justifier le besoin d'une loi spécialisée. Par ailleurs, le Conseil fédéral avait reconnu dès 1951 que la toxicodépendance était une pathologie grave qui ne devrait pas donner lieu à des poursuites au titre de crime ou d'infraction. Avec l'apparition de problèmes liés à la drogue au début des années 1970, le législateur a révisé la *Loi* en 1975 de manière à permettre l'application de mesures médico-sociales et d'assistance aux personnes dépendantes de stupéfiants, une pénalisation adaptée de la consommation et le renforcement des dispositions pénales contre le trafic illicite de stupéfiants.¹⁵⁴

Par suite de l'adhésion de la Suisse à la Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes de 1971, à la modification de la Convention unique de 1972 et de la mise en place de la Convention internationale de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et substances psychotropes (cette convention n'a pas encore été ratifiée par la Suisse), le législateur a révisé la LStup en 1996. Le contrôle des précurseurs – c'est-à-dire des substances servant à la fabrication de stupéfiants – était désormais prévu par la loi. Sont depuis considérés comme stupéfiants au sens de la LStup « les substances et les préparations ayant des effets du type morphinique, cocaïnique et cannabique et qui engendrent la dépendance (toxicomanie) » (LStup, art. 1).¹⁵⁵ La liste des substances est aujourd'hui établie par l'Institut suisse des produits thérapeutiques.¹⁵⁶

En ce qui a trait à la fabrication, à la distribution, à l'acquisition et à l'utilisation des stupéfiants, la loi actuelle prévoit que les stupéfiants et substances psychotropes ne

¹⁵⁴ Conseil fédéral suisse, Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants du 9 mars 2001.

¹⁵⁵ *Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes* du 3 octobre 1951. (État le 27 novembre 2001) disponible en ligne à l'adresse http://www.admin.ch/ch/f/rs/812_121/index.html#fn1

¹⁵⁶ Nouvelle dénomination sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2002.

peuvent être cultivés, fabriqués, préparés ou commercialisés sans l'autorisation des cantons, selon les conditions arrêtées par le Conseil fédéral (LStup, art. 4). Par ailleurs, « un permis spécial de l'Office fédéral de la santé publique est requis pour toute importation et exportation de stupéfiants soumis au contrôle » (LStup, art. 5). De plus, selon l'article 8 de la LStup, certains stupéfiants « ne peuvent être ni cultivés, ni importés, ni fabriqués ou mis dans le commerce ». Il s'agit de l'opium à fumer, de l'héroïne, des hallucinogènes (tels que le LSD) et du chanvre en vue d'en extraire des stupéfiants et le hachisch. L'article 8 prévoit également les conditions régissant le traitement des personnes toxicodépendantes au moyen de certains stupéfiants.

La loi actuelle prévoit aussi certaines dispositions pénales pour celui, qui sans droit, cultive, fabrique, extrait, transforme ou prépare des stupéfiants et celui, en dehors des cas autorisés, entrepose, expédie, transporte, importe, exporte, offre, distribue, vend, etc., ou achète, détient, possède ou acquiert d'une autre manière des stupéfiants, ainsi que pour celui qui finance un trafic illicite de stupéfiants, sert d'intermédiaire ou provoque à la consommation (LStup, art. 19). Les contrevenants à l'article 19 sont passibles d'emprisonnement ou d'une amende selon la gravité de l'acte commis, telle que définie par la LStup. La consommation intentionnelle de stupéfiants ou la commission d'une infraction à l'article 19 pour assurer sa propre consommation est passible des arrêts ou de l'amende (LStup, art. 19a). Dans les cas bénins, l'autorité compétente peut suspendre la procédure ou renoncer à infliger une peine; une réprimande peut être prononcée (LStup, art. 19a 2). Cependant, la préparation de stupéfiants pour sa propre consommation ou afin d'en partager la consommation avec des tiers sans aucun frais n'est pas punissable lorsqu'il est question de quantités minimales (LStup, art. 19b). Enfin, celui qui décide ou tente de décider une personne à consommer des stupéfiants est également passible des arrêts et de l'amende (LStup, art. 19c).

Un projet de dépénalisation du cannabis¹⁵⁷

Le Conseil fédéral suisse a récemment soumis à l'attention du Parlement, des cantons et de la population un important projet de révision fondamentale de la LStup. Ce projet, qui doit passer les diverses étapes des consultations cantonales et nationales, repose sur le constat, qui rejoint nos propres conclusions :

« (...) en ce qui concerne le cannabis, l'abîme est grand entre la réalité vécue, les dispositions légales et leur application. Comme la Commission fédérale pour les questions liées à la drogue l'indique dans son rapport sur le cannabis, le régime d'interdiction n'empêche pas la consommation de cannabis et les consommateurs de cannabis ont tendance à ne plus se considérer comme des consommateurs de drogues. Les risques que présente le cannabis pour la santé publique doivent être appréciés autrement que le législateur ne l'a fait en 1975.

À l'époque, le cannabis était considéré comme une drogue d'entrée dans la toxicomanie. On pensait que les propriétés pharmacologiques du cannabis avaient pour caractéristique de pousser les jeunes consommateurs de cannabis vers la consommation d'opiacés ou d'amphétamines. Cette conception a été réfutée dès le rapport de 1989 de la sous-commission de la Commission fédérale des stupéfiants.

Les recherches les plus récentes confortent les résultats obtenus jusqu'ici, selon lesquels les effets du cannabis sont moins dangereux pour la santé que les effets liés à l'alcoolisme ou au tabagisme. (...)

(...)

*Le nombre des consommateurs des dérivés du cannabis a augmenté. En 1992, selon l'Enquête suisse de santé de l'Office fédéral de la statistique, 16,3 % des jeunes Suisses âgés de 15 à 35 ans ont indiqué avoir déjà consommé du haschisch au moins une fois dans leur vie. En 1997, ils étaient 26,7 % à donner la même réponse. Tous les pays de l'OCDE constatent la même tendance. Ainsi, aux États-Unis par exemple, la prévalence à vie de la consommation de cannabis chez les personnes âgées de 18 ans est passée de 32,6 % en 1992 à 49,6 % en 1997. »*¹⁵⁸

Le projet de révision sur le cannabis repose aussi sur le constat, **que nous partageons entièrement**, que «la littérature scientifique disponible ne permet pas d'établir un rapport entre la sévérité de la législation et la prévalence à vie de la consommation de cannabis ». ¹⁵⁹ Il souligne aussi que :

*« Les faiblesses de la loi actuelle apparaissent au grand jour dès qu'il s'agit de lutter contre la culture du chanvre servant à la production de stupéfiants et contre la production et la vente de produits à base de cannabis. Dans ce domaine, l'application de la loi est très hétérogène et fort onéreuse; il en résulte un marché gros très difficile à contrôler, qui s'est ramifié au-delà de nos frontières. D'ailleurs, la nécessité de réviser les dispositions applicables en la matière n'est pour ainsi dire pas contestée. »*¹⁶⁰

La révision de la loi vise donc notamment à :

¹⁵⁷ Voir le témoignage de Mme Diane Steber Büchli, Office fédéral de la Santé publique de Suisse devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 4 février 2002, fascicule 13.

¹⁵⁸ Conseil fédéral suisse (2001) *Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants*, page 3554-3555.

¹⁵⁹ *Ibid.*, page 3560.

¹⁶⁰ *Ibid.*, page 3540.

- Adapter la loi à a réalité ;
- Dépénaliser la consommation de cannabis et ses actes préparatoires ;
- Renforcer la protection de la jeunesse ;
- Réglementer la culture, la fabrication et le commerce du cannabis ;
- Restreindre l'obligation de poursuivre ;
- Renforcer la répression dans certains domaines de manière ciblée.¹⁶¹

Plus précisément, le projet prévoit (art. 19c) la dépénalisation de la consommation de stupéfiants à effet de type cannabique ainsi que les actes préparatoires à la consommation personnelle commis sans donner à un tiers la possibilité d'en consommer. Bien que le projet ne précise pas les limites spécifiques aux quantités – il reviendrait aux tribunaux de déterminer si les quantités justifient la consommation personnelle – la documentation gouvernementale suggère néanmoins qu'aux fins de possession et de culture pour usage personnel, les quantités retenues seraient de 30 grammes et de dix plantes de taille moyenne respectivement. Le document précise aussi que les quantités varieraient selon la personne mise en cause, l'usage, etc.¹⁶²

L'article 19d attribue au Conseil fédéral le pouvoir – et non l'obligation – de fixer des priorités dans la poursuite pénale. Selon ce principe le Conseil fédéral, en consultation avec les cantons, fixerait les conditions de limitation des poursuites pénales, pour autant qu'elles s'inscrivent à l'intérieur des balises décrites au paragraphe suivant.¹⁶³

Si le Conseil fédéral use de son pouvoir en vertu de l'article 19d, l'article 19f définit les conditions sous lesquelles la culture, la fabrication et le commerce de chanvre et de ses dérivés serait permise. La distribution ne fera pas l'objet de poursuite s'il n'y a pas vente aux personnes de moins de 18 ans, le produit ne présente pas un risque sérieux pour la santé, l'ordre public est maintenu, il ne se fait aucune publicité, etc. et se conforme à des critères rigoureux de résidence et d'âge. Les producteurs doivent se soumettre aussi à un ensemble de règles strictes : ne produire que pour des points de vente sis en Suisse et être en mesure d'en faire la preuve ; notifier les autorités sur toutes les cultures, (avec indication des espèces, de la superficie, du lieu, des destinataires, etc.) ; et spécifier la teneur en THC. Le Conseil fédéral peut établir des règles sur la dimension et la conformation des zones de culture, le nombre de centres de distribution, etc. Les cantons seraient aussi autorisés à adopter des règles plus strictes, notamment sur les zones cultivées et les centres de distribution.¹⁶⁴

Le Conseil a demandé des avis juridiques sur la compatibilité de ces propositions avec les trois conventions internationales.¹⁶⁵ Les deux avis s'entendent sur la

¹⁶¹ *Ibid.*, page 3556.

¹⁶² *Ibid.*, pages 3596-3597.

¹⁶³ *Ibid.*, page 3598.

¹⁶⁴ *Ibid.*, page 3600.

¹⁶⁵ Nous avons déjà présenté, au chapitre 19, les conclusions d'un des experts consultés.

conformité de la décriminalisation de l'usage personnel et des actes afférents en vertu des conventions. De plus, la limitation des poursuites pénales pour la culture, la production et la distribution serait aussi en conformité. Le *Message* du Conseil fédéral conclut que :

*« Les deux avis de droit en arrivent pour l'essentiel aux mêmes conclusions. La seule différence réside dans la question de savoir si, dans le cas où la limitation de poursuite pénale dans les domaines de la culture du cannabis et de la fabrication et du commerce de produits du cannabis serait introduite, les dispositions sont suffisantes ou si elles devraient être complétées par un système de licence. À ce propos, il y a lieu de remarquer que les Pays-Bas connaissent également une limitation partielle de l'obligation de poursuivre dans les domaines cités et qu'ils n'ont pas introduit un système de licence. Or le système hollandais n'a encore jamais été contesté dans son principe comme étant incompatible avec les conventions de l'ONU. »*¹⁶⁶

Administration de la politique suisse en matière de drogue

La Confédération est la plaque tournante de la politique en matière de drogue en Suisse, de la coordination et de l'harmonisation des différentes politiques et mesures mises en œuvre par les cantons, les villes, les communes et les institutions privées. Selon l'article 15c de la LStup, les tâches suivantes incombent à la Confédération :

- ¹ La Confédération encourage, par l'octroi de subventions ou par d'autres mesures, la recherche scientifique sur les effets des stupéfiants, les causes et les conséquences de leur abus et les moyens de le combattre.
- ² Le Conseil fédéral définit les modalités relatives à l'octroi et au calcul des subventions et en fixe le montant.
- ³ La Confédération prête ses services aux cantons et aux organisations privées pour l'exécution de la loi. Elle crée, notamment, un office de documentation, d'information et de coordination et encourage la formation du personnel spécialisé dans le traitement de personnes dépendantes. Le Conseil fédéral en règle les modalités.

Selon l'article 15a, les tâches suivantes incombent aux cantons :

¹⁶⁶ Conseil fédéral, *ibid.*, page 3621.

- ¹ Pour prévenir l'abus des stupéfiants, les cantons encouragent l'information et les consultations et créent les institutions nécessaires à cet effet.
- ² Les cantons pourvoient à la protection des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou des mesures d'assistance en raison d'un abus de stupéfiants et favorisent la réintégration professionnelle et sociale de ces personnes.
- ³ Les autorités compétentes peuvent déléguer certaines tâches et attributions à des organisations privées.
- ⁴ Les cantons peuvent interdire l'acquisition de stupéfiants. Ils notifient leurs décisions à l'Office fédéral de la santé publique. Celui-ci en informe les autorités sanitaires des autres cantons, à l'intention des médecins et des pharmaciens.
- ⁵ Les cantons soumettent à une autorisation spéciale la prescription, la dispensation et l'administration des stupéfiants destinés au traitement des personnes dépendantes.
- ⁶ Lorsque, du fait de sa dépendance, une personne pourrait constituer un danger pour la circulation publique, le service qui en a connaissance avise l'office compétent en la matière.

L'application de la LStup relève, en principe, de la compétence des cantons, puisque la procédure pénale est de leur ressort. Une procédure pénale au niveau cantonal se déroule généralement en plusieurs étapes : enquête de la police, instruction judiciaire, décision de non-lieu ou de renvoi devant le tribunal et décision du tribunal. Dans les cas de peu de gravité, punissables d'une amende ou des arrêts, comme c'est le cas de plusieurs infractions à la LStup, une décision pénale peut être prononcée par une autorité administrative (p. ex., le préfet). L'intéressé a cependant le droit de s'opposer à un tel type d'autorité et d'être jugé par un tribunal, généralement un tribunal de police constitué par le Président (juriste), qui siège seul. Les cas de gravité moyenne sont généralement jugés par un tribunal de district (tribunal correctionnel), présidé par un juge professionnel juriste, assisté par des juges laïcs. Enfin, les délits les plus graves sont entendus par des cours d'assises composées au moins d'un président juriste et d'un jury de citoyens. Toutefois, puisque ce genre de procédure est long, compliqué et coûteux, la plupart des cantons tendent à remplacer les cours d'assises soit par les

tribunaux de district, soit par un tribunal supérieur formé de juges permanents (tribunal criminel).¹⁶⁷

Par ailleurs, la Confédération joue également un rôle dans la lutte contre le trafic de drogue puisqu'en vertu de l'article 29 de la LStup, l'Office fédéral de la police (OFP) est l'office central suisse chargé de réprimer le trafic illicite des stupéfiants. L'OFP recueille les renseignements propres à prévenir les infractions à la LStup et à faciliter la poursuite des délinquants. Pour l'exécution de ces tâches, l'Office est en rapport avec d'autres offices intéressés de l'administration fédérale (Office de la santé publique, Direction générale des douanes, la direction générale de la Poste Suisse, les autorités cantonales de police, les offices centraux des autres pays et l'Organisation internationale de police criminelle (Interpol). L'OFP constitue pour ses partenaires cantonaux et internationaux un pôle d'information, de coordination et d'analyse dans le domaine de la sûreté intérieure suisse.¹⁶⁸ Depuis 1996, après une phase d'essai, l'Office exploite une banque de données en matière de drogue – DOSIS. Cette banque de données est un outil précieux pour les cantons. Les brigades cantonales des stupéfiants sont raccordées au système et peuvent accéder directement à DOSIS puisqu'ils leur incombent, de même qu'à l'OFP, d'y enregistrer des informations. Ce système favorise ainsi la collaboration entre l'OFP et les autorités cantonales de police. Les informations enregistrées dans le système ne concernent que le commerce illicite de stupéfiants; les données relatives à de simples consommateurs de drogue en sont exclues.¹⁶⁹

Statistiques sur l'usage de stupéfiants et les infractions à la LStup

Cette section reprend divers passages d'une publication de l'OFP intitulée *Situation Suisse : Rapport de situation 2000*¹⁷⁰, préparée par le Service d'analyse et de prévention à titre de produit de transition, puisqu'un rapport exhaustif sera publié en 2002. Par ailleurs, il faut noter que les statistiques rapportées dans ce rapport présentent des lacunes méthodologiques. D'une part, la Suisse est un État fédéral qui compte 26 entités cantonales (cantons et demi-cantons), et les infractions ne sont pas enregistrées et comptabilisées selon les mêmes critères dans tous les cantons. D'autre part, la statistique ne permet pas de contrôler le phénomène de double comptage ou de comptage multiple, car certains suspects peuvent se manifester à plusieurs reprises

¹⁶⁷ Tribunal fédéral, *L'organisation judiciaire en Suisse*, disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.bger.ch/index.cfm?language=french&area=Federal&theme=system&page=content&maskid=195>

¹⁶⁸ Office fédéral de la police, *Un aperçu de l'OFP*, disponible en ligne à l'adresse

<http://www.bap.admin.ch/f/index.htm>.

¹⁶⁹ Office fédéral de la police, *Exploitation définitive de la banque de données en matière de drogue DOSIS*, 26 juin 1996, disponible en ligne à l'adresse <http://www.bap.admin.ch/f/index.htm>.

¹⁷⁰ Office fédéral de la police, *Situation Suisse : Rapport de situation 2000*, Service d'analyse et de prévention, 2001, disponible en ligne à l'adresse <http://www.bap.admin.ch/f/index.htm>.

durant la même année ou dans divers cantons. Enfin, seule une partie des actes criminels visés par le code pénal sont pris en compte.¹⁷¹

Usage

Voici les tendances observées dans ce rapport en 2000 :

- Forte augmentation de la consommation de marijuana ;
- Forte augmentation de la consommation de cocaïne ;
- Forte augmentation de la polytoxicomanie (consommation de plusieurs sortes de stupéfiants) ;
- Forte augmentation de la consommation de drogues de synthèse (amphétamines et méthamphétamines) – les pilules thaïes¹⁷² sont devenues la drogue à la mode ;
- Tendance à la baisse de la consommation d'héroïne par injection ;
- Quasi-inexistence de scènes ouvertes de la drogue dans les villes suisses ;
- 205 décès dus à la drogue et enregistrés par la police (on en comptait 405 en 1991) – les plus de 27 ans constituent le groupe d'âge le plus touché chez les hommes comme les femmes ; Zurich et Berne sont les cantons les plus touchés avec respectivement 50 et 36 décès dus à la drogue ; et
- Les 18 à 24 ans demeurent le groupe d'âge le plus fréquent en ce qui concerne la consommation de marijuana, de haschich et d'hallucinogènes et les plus de 30 ans, en ce qui concerne la cocaïne et l'héroïne.¹⁷³

Infractions

Pour ce qui est des infractions à la LStup, le nombre de dénonciations s'élevait à 46 558 en 2000, une hausse par rapport à 44 307 en 1999. Il s'agit d'une hausse importante par rapport à 1990, année où on comptait 18 800 dénonciations. Une comparaison des dénonciations selon le type de délit entre 1997 et 2000 démontre que les dénonciations pour trafic, contrebande et délits mixtes présentent une tendance à la

¹⁷¹ *Ibid.*, page 7.

¹⁷² Selon un communiqué de l'Office fédéral de la police, les pilules thaïes renferment de la métamphétamine et leur structure est proche de celle de l'ecstasy. Elles proviennent de Thaïlande, où elles sont connues sous le nom de « Yaba » (drogue qui rend fou). Les tablettes sont marquées des deux lettres « WY » et sentent la vanille. La substance est généralement fumée, à l'aide d'une feuille d'aluminium, ou absorbée. Le risque de dépendance chez les personnes absorbant le produit en le fumant est au moins trois fois plus élevé que chez les consommateurs d'ecstasy. Cette drogue est un puissant excitant dont les effets peuvent être comparés à ceux du crack, à l'exception près qu'ils durent plus longtemps. La consommation de ces pilules peut provoquer des dommages physiques et psychiques irréparables (pertes de mémoire, dépressions). Elle peut également causer des hallucinations paranoïaques et des accès de violence et entraîne une dépendance psychique plus rapidement que l'ecstasy.

¹⁷³ OFSP (2000) *op. cit.*, pages 17-37.

baisse, alors que les dénonciations pour consommation de stupéfiants ont augmenté, sauf en 1999.¹⁷⁴

En 2000, les dénonciations enregistrées pour trafic étaient au nombre de 3 021, un recul de 18,5 % par rapport à l'année précédente où l'on comptait 3 711 dénonciations. Certains cantons affichent cependant une hausse importante des dénonciations, en particulier Bâle-Ville qui présente une augmentation de 31 %. Le rapport invite à la prudence dans l'interprétation de ces données, suggérant que le recul des dénonciations n'est probablement pas dû à une amélioration de la situation dans les cantons concernés, mais à une baisse du nombre de dénonciations effectuées par la police, baisse liée à l'étendue croissante des procédures d'enquête et à la mobilisation des effectifs policiers dans d'autres domaines. Il est important de souligner que sur un total de 3 021 dénonciations pour trafic de stupéfiants, 78 % des auteurs des délits étaient étrangers et 22 %, suisses. En ce qui a trait au sexe des personnes dénoncées, 82 % étaient des hommes et 7 %, des femmes (sexe inconnu des 11 % restants). Chez les hommes, les 18 à 24 ans représentaient, avec 45 %, le groupe d'âge le plus représenté. Chez les femmes, c'est le groupe d'âge des plus de 30 ans qui vient en tête avec 56 %, suivi des 18 à 24 ans avec 27 %.¹⁷⁵

¹⁷⁴ *Ibid.*, pages 18-19.

¹⁷⁵ *Ibid.*, pages 20-23.

L'AUSTRALIE¹⁷⁶

De façon générale, le cannabis était peu connu ou utilisé en Australie avant les années 1960. Néanmoins, les lois sur les drogues qui furent adoptées dans la majorité des États et des Territoires vers la fin des années 1800 et le début des années 1900 (principalement en raison du grand nombre de Chinois qui fumaient de l'opium) constituaient un cadre se prêtant bien à l'interdiction du cannabis. Les premières mesures australiennes visant à contrôler l'usage du cannabis font partie d'une loi adoptée en 1928 dans l'État de Victoria pour sanctionner l'usage non autorisé du chanvre indien et de la résine de chanvre indien. On adopta par la suite des lois semblables dans les autres États du Commonwealth. Les peines liées à la culture, à la possession et à l'usage de cannabis étaient en général plutôt sévères dans les années 1960 et 1970.¹⁷⁷

L'incitation à réviser les lois sur l'usage du cannabis en Australie-Méridionale découle des recommandations faites en 1979 dans le rapport de la *South Australian Royal Commission into the Non-Medical Use of Drugs*.¹⁷⁸ On y recommande entre autres choses de ne pas assimiler la consommation à petite échelle de cannabis à une infraction criminelle. À l'appui de cette recommandation, la Commission royale mentionne plusieurs États d'outre-mer, y compris dix États américains, où une telle mesure a donné de bons résultats.

Stratégie nationale sur les drogues¹⁷⁹

Campagne nationale contre la toxicomanie (1985-1992)

Lancée en 1985, la Campagne nationale contre la toxicomanie (CNCT), cœur de la politique australienne en matière de drogues, a permis de centrer l'attention sur la santé publique et sur la minimisation des méfaits de la toxicomanie. En effet, la CNCT faisait valoir que la toxicomanie devait être assimilée avant tout à une question de santé. La décision de faire relever le programme de la compétence du ministère fédéral de la Santé plutôt que du ministère fédéral du Procureur général fut prise délibérément, en

¹⁷⁶ Cette section s'inspire notamment du texte préparé pour le Comité spécial par la Bibliothèque du Parlement : MacKay, R., (2001) *Politique nationale sur les drogues : l'Australie*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement, rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

¹⁷⁷ Afin d'avoir un historique des lois australiennes concernant le cannabis, voir : McDonald *et al.*, *Legislative Options for Cannabis Use in Australia*, Commonwealth d'Australie, 1994, disponible en ligne à : <http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/aus/cannabis.htm>.

¹⁷⁸ South Australian Government, Royal Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs South Australia 1979, *Rapport final* (président : Sackville).

¹⁷⁹ Afin de connaître les grandes lignes de la Stratégie nationale sur les drogues de 1985 à nos jours, voir : <http://www.aic.gov.au/research/drugs/strategy/index.html>.

raison, du moins en partie, de l'apparition du VIH/SIDA. Mais il convient de souligner que le programme a été marqué, dès sa mise en place, par une étroite collaboration entre le Commonwealth (c'est-à-dire le gouvernement fédéral), les États et les Territoires. Ce programme visait l'instauration d'un partenariat des secteurs de la santé et des services de police dans le cadre d'une stratégie globale fondée sur une démarche intégrée de gestion de la consommation des drogues licites et illicites.

La notion de réduction des méfaits de la toxicomanie intègre les stratégies de contrôle de l'approvisionnement en drogues, de contrôle de la demande de drogues et de réduction des méfaits. Ce que vise l'Australie dans le contexte de sa stratégie sur les drogues, c'est d'améliorer l'état de santé, la condition sociale et les conditions économiques de ses citoyens en prévenant l'usage de drogues nocives et en réduisant les effets nocifs sur la santé des drogues licites et illicites.

Stratégie nationale sur les drogues (1993-1997)

Afin d'appliquer la nouvelle stratégie sur les drogues, on avait besoin de données fiables, de nouvelles modalités d'intervention et d'une évaluation de la démarche. C'est dans ce contexte que le *Ministerial Council on Drug Strategy* (MCDS) a commandé deux évaluations distinctes de la CNCT, afin de faire le point sur la situation et de faire les recommandations pertinentes. À la lumière des résultats de ces deux évaluations, publiées la première en 1988 et l'autre en 1992, la campagne a été relancée sous le nom de Stratégie nationale sur les drogues (SND). Incorporant les recommandations faites à la suite des deux évaluations, la Stratégie a continué d'accorder une importance particulière aux principes de réduction des risques de la toxicomanie. Ses objectifs sont de :

- Réduire au minimum l'incidence de maladies, d'affections, de blessures et de décès prématurés liés à l'usage de l'alcool, du tabac, des médicaments et des drogues illicites ;
- Réduire au minimum l'incidence et l'impact des infractions criminelles et des autres actes criminels, violents et antisociaux liés à la drogue au sein de la collectivité ;
- Réduire au minimum les perturbations de nature personnelle et sociale, la perte de la qualité de vie, la baisse de productivité et les autres coûts économiques liés à l'usage excessif de l'alcool et des autres drogues ;
- Empêcher la propagation de l'hépatite, du VIH/SIDA et des autres maladies infectieuses liées à l'usage de drogues injectables dans des conditions insalubres.

Le plan stratégique reposait sur six éléments précis de soutien de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique en matière de drogues, soit la minimisation des méfaits de la toxicomanie, la justice sociale, le maintien des moyens de contrôle de l'approvisionnement en drogues, une approche intersectorielle, la coopération internationale, ainsi que le tandem évaluation et responsabilité.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

La responsabilité pour les orientations générales et l'application de la SND incombe au MCDS, lequel se compose des ministres responsables des secteurs de la santé et des services de police de chacun des états et territoires, et du gouvernement fédéral ou Commonwealth. Le Conseil se réunit une fois l'an. Le soutien administratif dont bénéficie le MCDS est assuré par le *National Drug Strategy Committee* (NDSC). Celui-ci a le mandat de préparer des projets liés à la SND, d'en assurer la mise en œuvre, d'élaborer des énoncés de politique concernant les drogues licites et illicites, et d'assurer la liaison avec les autres organismes gouvernementaux pour toutes les questions touchant la SND. Le Comité est composé d'un représentant du secteur de la santé et d'un représentant des services de police de chacun des états et territoires, et du gouvernement fédéral. Le MCDS et le NDSC élaborent des politiques et des orientations nationales de concert avec le gouvernement central et les états et territoires individuels, puis se chargent de mettre en œuvre, au besoin, ces politiques et orientations dans leurs milieux sociaux, politiques et économiques.

Évaluation de la Stratégie nationale sur les drogues (1997)¹⁸⁰

En 1997, on a publié un rapport d'évaluation de la Stratégie nationale sur les drogues (1993-1997). Ce rapport, intitulé *The National Drug Strategy: Mapping the Future*, observe que la SND a su allier de façon unique les éléments suivants, qui, selon ses auteurs en ont fait un modèle sur la scène internationale :

- Elle reconnaît la complexité des enjeux liés aux drogues et la nécessité d'offrir aux professionnels de la santé de première ligne et aux autres intervenants en toxicomanie un vaste éventail d'options fondées sur la notion de minimisation des méfaits ;
- Elle s'attaque à l'ensemble du problème, c'est-à-dire à l'abus de drogues licites et illicites ;
- La démarche de la SND en matière de drogues est fondée avant tout sur la concertation entre le secteur de la santé, les services de police, le secteur de l'éducation, les organismes non gouvernementaux et l'industrie privée ; et
- Elle adopte une approche équilibrée, c'est-à-dire en maintenant un équilibre approprié entre la participation du Commonwealth, des États et des Territoires, un équilibre entre les stratégies de réduction de l'offre et de la demande de drogues, ainsi qu'un équilibre entre le traitement, la prévention, la recherche et l'éducation.

Contrairement à ce que plusieurs craignaient, à savoir que les politiques de réduction des risques mèneraient à une acceptation et un usage accru de drogues illicites, l'évaluation a permis de constater qu'il n'y avait pas eu augmentation de la

¹⁸⁰ Voir Single, E. et T. Rohl, (1997) *The National Drug Strategy: Mapping the Future*, Rapport commandé par le Ministerial Council on Drug Strategy, Canberra. Disponible en ligne à : <http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/mapping.pdf>.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

consommation de drogues comme l'héroïne, les amphétamines et la cocaïne, mais que la consommation de marijuana avait légèrement augmenté. On a également constaté que la SND avait contribué à enrayer la propagation du VIH, de l'hépatite C et d'autres maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues injectables.

Cadre stratégique national en matière de drogues (1998/1999-2002/2003)¹⁸¹

Le Cadre stratégique national en matière de drogues repose sur les principes directeurs de la Stratégie nationale et sur les recommandations du rapport d'évaluation de la phase antérieure. Il confirme les principes de la réduction des méfaits et de l'équilibre entre les stratégies de réduction de l'offre et de la demande, tout en mettant l'accent sur une meilleure intégration entre les diverses stratégies. Il continue également de mettre l'accent sur la pratique fondée sur la connaissance, qui doit être appuyée par la recherche et une évaluation rigoureuse, incluant la détermination de la rentabilité des interventions.

Au cours de cette phase subséquente de la SND, l'accent est mis sur l'extension du partenariat existant entre les organismes de santé et de police à plusieurs autres partenaires, tel que le recommandait le rapport d'évaluation. Ainsi s'ajouteront des représentants des portefeuilles des douanes et de l'éducation à l'*Intergovernmental Committee on Drugs*, qui est composé d'agents de santé et d'agents de la force publique de chacun des états et territoires d'Australie, ainsi que du gouvernement fédéral. Le MCDS bénéficie aussi du soutien de l'*Australian National Council on Drugs*, composé de personnes des secteurs gouvernementaux, non gouvernementaux et des collectivités possédant les compétences nécessaires pour donner des conseils appropriés en matière de politique. Ces organismes doivent élaborer une série de Plans d'action nationaux sur les drogues, précisant les priorités en matière de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues licites et illicites, les stratégies d'intervention selon ces priorités et les indicateurs de rendement.

Stratégie nationale sur les drogues illicites (1998 –)¹⁸²

En 1997, la Stratégie nationale sur les drogues illicites, « *Tough on Drugs* » a été annoncée et sa mise en œuvre amorcée en 1998. Cette stratégie comprend un éventail de mesures de réduction de l'offre et de la demande de drogues et prévoit un budget total de 516 millions \$A. Les fonds affectés à la Stratégie sont répartis entre les stratégies de réduction de la demande en drogues, dont la mise en œuvre incombe au *Department of Health and Aged Care* et au *Department of Education, Training and Youth Affairs*,

¹⁸¹ Ministerial Council on Drug Strategy, *National Drug Strategic Framework 1998-99 to 2002-03: Building Partnerships*, document rédigé pour le compte du Ministerial Council par un comité directeur mixte de l'*Intergovernmental Committee on Drugs* et l'*Australian National Council on Drugs*, Canberra, novembre 1998. Disponible en ligne à <http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publist.htm>.

¹⁸² Pour avoir de plus amples détails sur la Stratégie nationale sur les drogues illicites, consulter le site Web de l'*Australian Department of Health and Aged Care* : <http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/drugs/illicit>.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

et les stratégies de réduction de l'approvisionnement de drogues, qui relèvent de *l'Attorney-General's Department*, de *l'Australian Federal Police* et de *l'Australian Customs Service*. Une somme de 213 millions \$ est consacrée aux mesures de réduction de l'offre axées sur l'interception de plus grandes quantités de drogues aux frontières australiennes et en Australie même. En matière de maintien de l'ordre, on a accordé les fonds à la mise sur pied et au fonctionnement de 10 nouvelles équipes mobiles d'intervention antidrogues de la Police fédérale pour lutter à anéantir les groupes criminels australiens de la drogue, et on a augmenté les fonds alloués à *l'Australian Customs Service* pour lui permettre d'accroître sa capacité d'interception des envois de drogues.

Un montant de 303 millions \$ est consacré aux mesures de réduction de la demande de drogues, portant sur cinq axes prioritaires d'intervention :

- Traitement des usagers de drogues illicites, y compris la détermination des meilleures pratiques en la matière.
- Prévention de l'usage de drogues illicites.
- Formation et acquisition des compétences à l'intention des intervenants de première ligne qui sont en contact direct avec les usagers de drogues.
- Surveillance et évaluation, y compris la collecte de données.
- Recherche.

Corrélativement avec la nouvelle stratégie, on a créé *l'Intergovernmental Committee on Drugs*, dont le rôle est de fournir des conseils d'orientation stratégique aux ministres du gouvernement sur une gamme complète de questions liées aux drogues.

En juin 1999, les ministres de la santé et les ministres responsables des services de police du Commonwealth, des États et des Territoires se sont entendus sur une démarche nationale d'élaboration d'une initiative de déjudiciarisation dont l'objectif est de soustraire les usagers de drogues illicites de la procédure pénale traditionnelle au profit d'une démarche d'éducation et de traitement. L'initiative se traduit par un ensemble d'interventions progressives adaptées à la gravité de l'infraction et à la situation du contrevenant, mais ne s'applique pas aux délits liés au trafic de drogue. La personne accusée de posséder une petite quantité de drogue peut faire l'objet d'un avertissement ; on peut alors lui fournir les renseignements qui lui permettront de se faire traiter, la référer pour évaluation ou pour suivre un traitement, sans l'incarcérer, pourvu que le délit ne soit pas grave et ne constitue pas une menace pour la société. Les tribunaux et les systèmes correctionnels peuvent également exiger que le contrevenant participe à un traitement dans la collectivité comme condition à sa probation ou à sa libération conditionnelle. La possibilité de traitement existe également dans les organismes correctionnels et les communautés thérapeutiques et maisons de transition exploitées ou financées par les services correctionnels.¹⁸³

¹⁸³ Pour plus amples informations, voir : Ministerial Council on Drug Strategy, *National Action Plan on Illicit Drugs, 2001 to 2002-03*, document rédigé par le National Expert Advisory Committee on Illegal

Évaluation de la Stratégie nationale sur les drogues (2001)¹⁸⁴

Fondée sur la notion de réduction des risques plutôt que sur l'éradication de l'usage de drogue, la SND reconnaît la complexité des enjeux liés aux drogues et la nécessité d'offrir aux professionnels de la santé de première ligne et aux autres intervenants en toxicomanie un vaste éventail d'options pertinentes. Celles-ci vont des interventions axées sur l'abstinence aux programmes axés sur la réduction des conséquences de l'usage de drogues chez les toxicomanes dont le sevrage ne peut être envisagé dans un avenir immédiat. L'établissement des buts, des stratégies, des principes directeurs et des indicateurs de rendement de la SND incombe à un *National Drug Strategy Committee*. Ce comité se compose de hauts fonctionnaires des ministères de la santé et des ministères responsables des services de police de chacun des états et territoires, ainsi que de leurs homologues fédéraux. Cette collégialité en matière de prise de décisions est l'élément clé de la SND, car elle met l'accent sur la collaboration entre les différents paliers de gouvernement et assure un haut niveau de visibilité à la stratégie en matière de drogues.

Le professeur Single a souligné que le gouvernement australien avait donné suite à bon nombre de recommandations qui lui avaient été faites pour améliorer la SND. On a, par exemple, reconduit la SND pour une période de cinq ans, on en a augmenté le financement, on a créé une unité SND spécialisée au sein du ministère de la Santé fédéral et on a élaboré des plans d'action relativement à d'autres recommandations.¹⁸⁵

Le cadre législatif

Sous le régime fédéral australien, le droit pénal et l'exécution des lois en matière de drogues relèvent principalement des gouvernements des États du Commonwealth. Par ailleurs, l'Australie ayant ratifié les trois principales conventions internationales sur les drogues illicites, les obligations qui en découlent sont exécutées en vertu de trois lois fédérales : la *Narcotic Drugs Act* de 1967, la *Psychotropic Substances Act* de 1976 et la *Crimes (Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances) Act* de 1990.

Lois sur les drogues dans les États du Commonwealth d'Australie

En Australie, c'est aux États et aux Territoires qu'incombent la promulgation et l'application des lois sur les drogues illicites. Le droit à ce sujet varie sensiblement selon

Drugs, Canberra, juillet 2001. Disponible en ligne à : <http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publist.htm>.

¹⁸⁴ Voir le témoignage du professeur Eric Single devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, mai 2001. Disponible en ligne à l'adresse www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

¹⁸⁵ *ibid.*

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

les états et les territoires, mais sa structure, de façon générale, varie peu. Les principales lois en la matière sont les suivantes dans les différents états et territoires :

Nouvelle-Galles du Sud	<i>Drug Misuse and Trafficking Act 1985 ; Drug Court Act 1998</i>
Victoria	<i>Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981</i>
Queensland	<i>Drugs Misuse Act 1986; Drug Rehabilitation (Court Diversion) Act 2000</i>
Australie-Occidentale	<i>Misuse of Drugs Act 1981</i>
Australie-Méridionale	<i>Controlled Substances Act 1984</i>
Tasmanie	<i>Poisons Act 1971</i>
Territoire du Nord	<i>Drugs of Dependence Act 1990</i>
Territoire de la capitale de l'Australie	<i>Drugs of Dependence Act 1989</i>
Commonwealth	<i>Customs Act 1901 Narcotic Drugs Act 1967 Psychotropic Substances Act 1976 Crimes (Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances) Act 1990¹⁸⁶</i>

Chaque loi crée, sous une forme ou une autre, les infractions de possession, d'usage, de culture, de production et de trafic, de fourniture et de distribution. Les lois renferment également de longues annexes où figurent les drogues interdites et les différentes quantités afférentes, comme les quantités « traficables » et les quantités « commerciales ». Ces quantités servent à établir les peines maximales qui peuvent être infligées.

Les peines maximales pour les infractions graves, comme le trafic de drogues en « quantités commerciales », varient de 25 ans d'emprisonnement à l'emprisonnement à perpétuité; il convient de préciser que tous les états et territoires, à l'exception du Queensland, ont établi des peines maximales inférieures pour les infractions liées au cannabis. En vertu de la plupart de ces lois, une peine d'emprisonnement peut être infligée à toute personne déclarée coupable d'une infraction de possession simple ou d'usage, mais il est très rare qu'une telle peine soit imposée. En ce qui concerne tout particulièrement les infractions de moindre gravité, il existe souvent un écart substantiel entre les peines prévues par la loi et les peines infligées. À titre d'exemple, au

¹⁸⁶ On peut avoir accès aux lois sur les drogues illicites en vigueur dans les états et territoires à : <http://www.aic.gov.au/research/drugs/context/legislation.html>.

Queensland, où toute personne déclarée coupable de possession est passible d'une peine de 15 ans d'emprisonnement et d'une amende maximale de 300 000 \$A, la peine usuelle infligée par le tribunal correctionnel, où la très grande majorité des affaires de possession sont instruites, est une amende de quelques centaines de dollars, souvent sans relevé de la condamnation.¹⁸⁷

Depuis 1987 en Australie-Méridionale, 1992 dans le Territoire de la capitale de l'Australie et 1996 dans le Territoire du Nord, les personnes prises à commettre une infraction « mineure » liée au cannabis n'ont pas à comparaître devant le tribunal si elles acquittent « sur-le-champ » une amende relativement faible. Bien que la possession de cannabis soit toujours interdite, on inflige au contrevenant une sanction civile plutôt que criminelle. De plus, dans l'État de Victoria, la loi prévoit l'imposition de garanties précédant l'imposition de la peine pour les délinquants primaires accusés d'une infraction mineure liée aux drogues (*Drugs Poisons and Controlled Substances Act 1981*, s. 76). On impose des garanties aux délinquants primaires et la condamnation, le cas échéant, n'est pas portée au dossier de la personne si celle-ci respecte les garanties imposées. Mais dans l'État de Victoria, en Nouvelle-Galles du Sud, en Tasmanie, au Queensland et en Australie-Occidentale, toute forme de possession, d'usage et de fourniture de cannabis est criminellement interdite et entraîne des sanctions criminelles. De plus, dans tous les états et territoires, les peines imposées pour les infractions liées à des quantités commerciales sont toujours sévères, plus particulièrement si l'infraction se situe à l'extrémité supérieure de l'échelle.

Dans les états et territoires où l'interdiction liée au cannabis est à caractère civil, les infractions qui entraînent un avis d'infraction au civil comprennent la possession de petites quantités de cannabis (jusqu'à 100 g en Australie-Méridionale, 25 g dans le Territoire de la capitale de l'Australie et 50 g dans le Territoire du Nord) et la culture de plantes de cannabis (jusqu'à trois en Australie-Méridionale, cinq dans le Territoire de la capitale de l'Australie et deux dans le Territoire du Nord). Le contrevenant qui n'acquitte pas l'amende qui lui est imposée s'expose à une comparution devant le tribunal et à une condamnation.

Les états et territoires où l'interdiction liée au cannabis est à caractère criminel, viennent d'adopter des dispositions de mise en garde visant la « déjudiciarisation », en vertu desquelles les délinquants primaires ou secondaires qui commettent un délit de possession ou d'usage de cannabis peuvent faire l'objet uniquement d'une mise en garde ou sont tenus de se présenter à des séances d'information et d'orientation, plutôt que de comparaître devant le tribunal.

Quatre états ont établi des « tribunaux spéciaux sur les drogues » soit le Queensland, la Nouvelle-Galles du Sud, l'Australie-méridionale et l'État de Victoria. Au Queensland et en Nouvelle-Galles du Sud, ces tribunaux de « déjudiciarisation » ont

¹⁸⁷ Pour en savoir plus sur les lois australiennes en matière de drogues, voir : Brereton, D., « The History and Politics of Prohibition », in *Drugs and Democracy*, *op. cit.*

été établis en vertu de dispositions législatives, tandis qu'en Australie-Méridionale et dans l'État de Victoria, ils existent et fonctionnent de façon plus ou moins officielle.¹⁸⁸

L'une des particularités des lois australiennes en matière de drogues est le renversement du fardeau de la preuve. Ainsi, la *Drugs Misuse Act 1986* (Queensland) renferme une «disposition déterminative» pour le délit de possession, de sorte que la découverte de drogues interdites dans des locaux constitue une preuve *prima facie* de la possession de la drogue par la personne occupant les locaux, à moins que celle-ci ne parvienne à convaincre le tribunal qu'elle «ne savait pas ou que rien ne la portait à croire qu'il y avait de la drogue dans les locaux où elle a été trouvée» (paragraphe 57(c)). De même, en vertu de l'article 235 de la *Customs Act 1901* du Commonwealth, toute personne trouvée en possession d'une certaine quantité de drogue doit prouver, en se fondant sur la prépondérance des probabilités, qu'elle n'avait nullement l'intention de faire un trafic commercial de cette drogue, à défaut de quoi la personne sera condamnée sur la présomption de l'intention de s'adonner au trafic.

Les lois australiennes en matière de drogues confèrent aussi un vaste éventail de pouvoirs aux services de police et aux autres organismes d'application de la loi pour déceler les infractions en matière de drogues et faire enquête à ce sujet. En vertu de la *Drugs Misuse Act 1986* du Queensland, par exemple, les services de police sont autorisés, lorsqu'ils font enquête sur la possession d'une drogue proscrire, quelle qu'en soit la quantité, à faire des barrages routiers et à fouiller, saisir et remorquer les véhicules automobiles, à détenir et fouiller des personnes, à ordonner des fouilles corporelles et à pénétrer dans des locaux et les fouiller avec ou sans mandat (art. 18). De plus, lorsqu'il s'agit de délits comme le trafic de drogues, les services de police du Queensland peuvent demander au tribunal de leur permettre d'installer des appareils d'écoute dans les locaux privés.

En vertu de la *Telecommunications (Interception) Act 1979* du Commonwealth, les organismes d'application de la loi à l'échelon fédéral et dans pratiquement tous les états à l'exception du Queensland sont autorisés à intercepter les télécommunications lorsqu'ils mènent des enquêtes concernant des infractions graves liées aux drogues.

Au cours de la dernière décennie, les états et les territoires ont pour la plupart adopté également des lois leur permettant de confisquer les bénéfices tirés du crime, afin de pouvoir s'attaquer aux narcotrafiquants et aux narcoproducteurs. Le plus souvent, cette action ne peut être prise, qu'une fois la personne condamnée, mais en Nouvelle-Galles du Sud, l'ordonnance de confiscation peut être rendue sans qu'il y ait condamnation, si la Cour suprême est convaincue que la personne «selon toute probabilité» s'est livrée à des activités liées aux drogues (*Criminal Assets Recovery Act 1990*).

¹⁸⁸ Pour en savoir plus sur les tribunaux consacrés en matière de drogues australiens, voir : <http://www.aic.gov.au/research/drugs/context/courts.html>

Décriminalisation du cannabis¹⁸⁹

Bien que la Stratégie nationale sur les drogues constitue le cadre général en matière de drogues en Australie, les infractions en la matière et les peines connexes relèvent de la compétence des états et des territoires. Certains de ces états et territoires ont donc adopté des dispositions visant à décriminaliser l'usage du cannabis.

L'Australie-Méridionale a été la première, en 1987, à adopter cette approche prévoyant des modalités «d'expiation» (*Cannabis Expiation Notice* ou CEN) pour les infractions mineures liées au cannabis, comme la possession ou la culture de faibles quantités pour usage personnel ou la possession d'accessoires servant à l'usage du cannabis. En vertu de cette mesure, les services de police peuvent signifier un avis d'expiation aux adultes coupables d'une «infraction mineure liée au cannabis». Les contrevenants peuvent éviter les poursuites judiciaires en acquittant les frais indiqués variant entre 50 à 150 \$A dans les 60 jours suivant la signification de l'avis, le non-paiement dans les 60 jours pouvant mener à une poursuite judiciaire et, le cas échéant, à un casier judiciaire faisant état d'une condamnation. Cette mesure ne s'applique qu'aux usagers de cannabis et non à ceux et celles qui en font le commerce ou le trafic ou qui le produisent. Des peines plus graves pour les délits liés à la fabrication, à la production, à la vente ou à la distribution de toutes les drogues menant à la dépendance et de toutes les substances prohibées, y compris les délits liés aux fortes quantités de cannabis, ont été adoptées au même moment.

Cette mesure a été modifiée par la *Expiation of Offences Act, 1996*, loi qui permet aux personnes auxquelles on signifie un avis d'expiation d'opter pour une poursuite, afin de pouvoir contester l'avis. Avant l'entrée en vigueur de cette loi, ces personnes devaient refuser d'acquitter les frais d'expiation avant l'échéance pour pouvoir comparaître devant le tribunal et contester l'avis. Par contre, le fait d'opter pour une poursuite transforme la présumée infraction de délit expiable en délit qui peut donner lieu à une condamnation au criminel.

Le Territoire de la capitale de l'Australie et le Territoire du Nord ont adopté, respectivement en 1992 et en 1996, des mesures similaires. L'État de Victoria a mis en œuvre en 1998 un système de mises en garde (*cautioning*) à l'intention des auteurs d'une infraction mineure liée au cannabis ; un système similaire a été adopté peu de temps après en Australie-Occidentale.

Dans tous les cas, la possession de cannabis demeure une infraction criminelle. La nature de ces dispositions consiste à réduire, le cas échéant, la peine d'incarcération

¹⁸⁹ Pour avoir de plus amples détails sur le sujet, voir : Single, E., Christie, P., et R. Ali, (2000) «La dépenalisation de l'usage de cannabis en Australie et aux États-Unis : Ses effets», *Journal of Public Health Policy*, 21,2, pages 157-186. Disponible en ligne à : <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/ille-f/presentation-f/single-f.htm>.

qu'entraînait auparavant la possession de petites quantités de cannabis pour son usage personnel.¹⁹⁰

Diverses études d'évaluation ont été menées depuis, révélant des économies importantes et la diminution des répercussions sociales négatives sur les personnes déclarées coupables d'une infraction mineure liée au cannabis. De même, aucune des études menées en Australie-Méridionale¹⁹¹ n'a démontré une augmentation de l'usage de cette drogue comme conséquence directe de l'entrée en vigueur du programme CEN. S'il y a eu augmentation de l'usage du cannabis en Australie-Méridionale de 1985 à 1995, il y avait aussi eu augmentation à la grandeur du pays, même dans les États et les Territoires où l'usage du cannabis est totalement interdit : ainsi, la Tasmanie a connu au cours de cette période la plus forte augmentation de consommation hebdomadaire de cannabis en Australie et ce, malgré le fait que la consommation de cannabis y soit prohibée sévèrement.¹⁹²

Une étude comparative des personnes responsables d'infractions mineures liées au cannabis en Australie-Méridionale et en Australie-Occidentale a permis de conclure que ni les mesures d'expiation ni la prohibition n'avaient d'effet dissuasif sur les utilisateurs de cannabis, les contrevenants indiquant qu'un avis d'expiation ou une condamnation n'avaient pas ou pratiquement pas d'incidence sur leur décision de poursuivre leur usage du cannabis ou de consommer une autre drogue. D'autre part, on a constaté que les conséquences sociales négatives d'une condamnation pour un délit lié au cannabis étaient beaucoup plus graves que celles qu'entraînait un avis d'expiation. En effet, la proportion de personnes arrêtées pour usage de cannabis qui ont eu par la suite des problèmes à se trouver un emploi, qui ont eu d'autres démêlés avec l'appareil de justice pénale et qui ont eu des difficultés à se trouver un logement et des difficultés relationnelles, est plus élevée en Australie-Occidentale.¹⁹³

En ce qui concerne l'application de la loi et la justice pénale, le nombre de délits qui ont entraîné la signification d'un avis d'expiation pour usage de cannabis en Australie-Méridionale est passé d'environ 6 000 en 1987-1988 à près de 17 000 en 1993-1994 et durant les années subséquentes. Cela semble être l'expression d'une meilleure efficacité de traitement par les services de police des délits mineurs liés au cannabis et d'une transition graduelle de l'utilisation par les services de police de leur pouvoir discrétionnaire de servir des mises en garde informelles aux contrevenants à un processus d'enregistrement systématique de tous les délits mineurs. On a constaté que

¹⁹⁰ Afin d'en savoir plus sur les possibilités légales relatives au cannabis, voir : McDonald *et al.*, *Legislative Options for Cannabis Use in Australia*, *op. cit.*

¹⁹¹ Single, Christie, et Ali, *supra*, Nota 3, 11, 12, 18, 19 et 50. Voir aussi Rickard, M., (2001) *Reforming the Old and Refining the New: A Critical Overview of Australian Approaches to Cannabis*, Department of the Parliamentary Library, Information and Research Services, Rapport de recherche n° 6 2001-02, page 29. Disponible en ligne à : <http://www.aph.gov.au/library> (sous Rapports de recherche).

¹⁹² Rickard, *op. cit.*, page 30.

¹⁹³ National Drug Research Institute, Curtin University of Technology, *The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply*, document de travail produit pour le compte du Drugs and Crime Prevention Committee du Parliament of Victoria, Perth, Australie-Occidentale, 2000, p. xxxiv.

le nombre de contrevenants condamnés pour avoir omis d'acquitter les frais d'expiation dans les délais prescrits est important. Cela est dû en grande partie à une méconnaissance chez les usagers de cannabis des conséquences juridiques que peut avoir le non-paiement des frais d'expiation et aux difficultés financières de bon nombre de ceux-ci. Le plus souvent, les CEN s'appliquent à la possession d'une quantité inférieure à 25 g de cannabis et la moitié des CEN sont signifiés à des personnes qui se situent dans le groupe d'âges de 18 à 24 ans.¹⁹⁴

Cette mesure s'est révélée relativement économique et nettement plus économique que ce qu'aurait été l'interdiction totale de cannabis. On évalue à environ 1,24 million \$A le coût total du programme CEN pour 1995-1996, tandis que le total des recettes provenant des frais et des amendes est de l'ordre 1,68 million \$ pour le même exercice. On évalue à environ 2,01 millions \$A le coût total d'une démarche d'interdiction complète pour l'exercice en question, avec des recettes provenant des amendes de l'ordre de 1 million \$.¹⁹⁵

Un rapport sur le programme CEN¹⁹⁶ constate qu'au-delà des économies pour l'ensemble de la collectivité, ses bénéfices incluent : l'atténuation des conséquences sociales négatives pour les contrevenants, l'amélioration de l'efficacité de traitement des délits mineurs liés au cannabis et l'amélioration des sentiments à l'endroit des policiers. Par contre, la faible proportion de paiement des amendes, qui se situe à environ 45 %, ainsi que l'élargissement du filet de contrôle sont deux faiblesses notables.

Administration

Coûts publics

On évalue à 620 millions \$A la somme consacrée en 1992 à la lutte contre les drogues illicites par les gouvernements du Commonwealth, des États et des Territoires. On a consacré 84 % de cette somme, à l'application des lois, 6% au traitement des délinquants et 10 % à la prévention et à la recherche. On évalue à 30 millions \$A par année la somme consacrée par le Commonwealth, les États et les Territoires aux programmes d'entretien à la méthadone.

À la lumière d'estimations plus récentes, les gouvernements dépenseraient plus de 200 millions \$A par année dans les secteurs de la santé et du bien-être social, comme conséquence directe ou indirecte du commerce des drogues illicites.¹⁹⁷ Il en coûte, semble-t-il, de 450 à 500 millions \$A par année à l'appareil de justice pénale pour

¹⁹⁴ *Ibid.*, page xxxiii.

¹⁹⁵ Rickard, *op. cit.*, page 33.

¹⁹⁶ Robert Ali et coll., *The Social Impacts of the Cannabis Expiation Notice Scheme in South Australia*, Department of Health and Aged Care, Canberra, mai 1998. Disponible en ligne à : <http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/drugs.htm>

¹⁹⁷ John Broome, « Impacts Upon Social and Political Life », dans *Drugs and Democracy*, *op. cit.*, page 117.

composer avec le problème des drogues illicites.¹⁹⁸ On évalue à plus de 312 millions \$A la somme associée chaque année au crime contre les biens de la part des héroïnomanes/trafiquants d'héroïne.¹⁹⁹ Les autorités responsables de l'application des lois évaluent à au moins 2 milliards \$A par année le produit de la drogue en Australie. De plus, il semblerait qu'une proportion importante des fonds au montant de quelque 3,5 milliards \$A blanchis chaque année en Australie et transitant par l'Australie provient des activités liées aux drogues illicites.²⁰⁰

Les coûts économiques afférents à la prévention et au traitement des affections liées à l'usage des drogues, à la baisse de productivité en milieu de travail, au crime, au vol, aux accidents et aux autres activités d'application des lois dépassent les 18 milliards \$A par année.²⁰¹

Coûts sociaux

Une étude des conséquences sociales sur les délinquants primaires d'une condamnation pour un délit mineur lié au cannabis a permis de constater que les délinquants en question éprouvaient, dans une faible proportion, une certaine hargne à l'endroit des policiers; on s'est également rendu compte que bon nombre de ces délinquants avaient eu par la suite des problèmes à se trouver un emploi, d'autres démêlés avec la justice, des difficultés à se trouver un logement et des difficultés relationnelles.²⁰²

En rendant illégale la consommation de cannabis, on oblige les consommateurs à s'approvisionner en cannabis sur le marché clandestin, ce qui les expose à une foule de drogues illicites différentes potentiellement plus dangereuses que le cannabis. Comme autre coût social lié à la drogue, il y a la participation du crime organisé à la production et à la distribution sur une grande échelle. En dernier lieu, le marché clandestin est à l'origine d'une importante économie d'argent liquide. Il ne faut donc pas se surprendre du fait que certains policiers se prêtent à la corruption et se livrent à des activités comme l'usage et le commerce de drogues, la protection de narcotrafiants, le vol de drogues ou de sommes importantes et la présentation de faux témoignages devant les tribunaux.²⁰³

¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 117. Voir également : Sutton A., et S. James, «Law Enforcement and Accountability », in *Drugs and Democracy, op. cit.*, page 163, où on cite un montant de 404 millions \$A comme coût annuel de l'application des lois sur les drogues illicites dans le Commonwealth, les États et les Territoires.

¹⁹⁹ Broome, *op. cit.*, page 117.

²⁰⁰ *Ibid.*, page 118.

²⁰¹ Ce montant comprend les coûts afférents à l'usage de l'alcool et du tabac. Voir Rohl, T., « Evaluating the National Drug Strategy », dans *Drugs and Democracy, op. cit.*, page 134.

²⁰² The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply, *op. cit.* page 40.

²⁰³ *Ibid.*, pages 40-43.

Statistiques

Consommation²⁰⁴

L'*Australian Institute of Health and Welfare* procède tous les 2-3 ans à une enquête sur la consommation des drogues « *National Drug Strategy Household Survey (NDSHS)* ». La première a été menée en 1985 et la septième en 2001. Lors de la dernière enquête dont on possède les résultats (1998)²⁰⁵ 10 300 Australiens de 14 ans ont été interrogés sur leurs connaissances et opinions sur la consommation de drogues, leurs habitudes de consommation de drogues et des comportements connexes.

Les résultats de cette enquête indiquent que près de 46 % des Australien(ne)s ont déjà consommé des drogues illicites, 23 % au cours des 12 derniers mois. Le cannabis est la drogues de choix (39,1 % des personnes de 14 ans et plus en ayant déjà consommé et 17,9 % de ces personnes en ayant fait usage récemment). Près de la moitié des personnes qui avaient déjà fait usage de cannabis en avaient consommé durant les 12 derniers mois. Près de 11,5 % des répondants ont indiqué avoir déjà consommé des drogues antidouleur/des analgésiques (dans un but non médical); suivent ensuite les hallucinogènes (9,9 %) et les amphétamines (8,8 %). Seulement 2,2 % de la population australienne a déjà consommé de l'héroïne, 0,8 % indiquant un usage récent. La prévalence de la consommation de cocaïne était légèrement plus élevée, près de 4,3 % des répondants ayant déjà fait usage de cette drogue, 1,4 % indiquant une consommation récente.

La deuxième enquête à l'échelle nationale sur l'usage de substances illicites chez les élèves du secondaire a eu lieu en 1999. L'enquête portait sur 25 480 jeunes de 12 à 17 ans de 434 écoles secondaires réparties à la grandeur du pays. Les résultats indiquent que la consommation augmente avec l'âge pour toutes les substances, à l'exception des substances inhalées et des stéroïdes. Quel que soit l'âge, ce sont les analgésiques qu'on consomme le plus (comme médicaments ou non), au moins 95 % des répondant(e)s ayant déjà consommé ce type de substance. La consommation de cannabis est relativement élevée, notamment chez les jeunes de 16 et 17 ans, ceux-ci en consommant davantage que la population en général (47 % contre 39 %). Le nombre de garçons (32 %) ayant déjà fait usage de marijuana était légèrement plus élevé que le nombre de filles (29 %), tandis que c'était le contraire en ce qui concerne les analgésiques (98 % chez les filles contre 96 % chez les garçons). Exception faite de ces deux substances, les pourcentages de consommation antérieure et de consommation récente étaient pratiquement les mêmes pour les filles et les garçons.

²⁰⁴ Miller, M., et G. Draper, (2001) *Statistics on Drug Use in Australia 2000*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, mai. Disponible en ligne

à : <http://www.aihw.gov.au/publications/phe/sdua00/index.html>.

²⁰⁵ Pour avoir les résultats détaillés de l'enquête NDSHS de 1998, voir : Adhikari, P. et A. Summerill, (2000) *1998 National Drug Strategy Household Survey: Detailed Findings*, Australian Institute of Health and Welfare (Drug Statistics Series No. 6), Canberra, octobre. Disponible en ligne

à : <http://www.aihw.gov.au/publications/health/ndshs98d/index.html>.

Infractions²⁰⁶

Le cannabis est à l'origine de la majorité des arrestations liées à des infractions en matière de drogues en Australie ; en effet, les arrestations effectuées en raison d'infractions liées à cette drogue comptent, en 1998-1999, pour 70 % de toutes celles qui ont été faites en matière de drogues illicites. Toutefois, durant la période 1995-1996 à 1998-1999 le nombre de personnes arrêtées pour possession ou fourniture de marijuana a fortement diminué (de près de 79 000 à environ 58 000).

L'infraction de trafic de drogue est celle qui est le plus souvent à l'origine des peines d'emprisonnement. Des 1 663 personnes en prison en 1999 pour des infractions liées aux drogues, 78 % ont été condamnées pour des infractions de trafic/de commerce de drogues tandis que 11 % l'ont été pour des infractions de possession ou d'usage de drogues illicites. Le nombre de personnes emprisonnées pour avoir commis des infractions liées aux drogues a diminué entre 1995 et 1999 ; en effet, il comptait pour 11 % de la population carcérale en 1995 et pour 9 % de celle-ci en 1999. La proportion de personnes emprisonnées pour possession/usage de drogues n'a pratiquement pas varié (1 %) au cours des cinq dernières années, tandis que la proportion de personnes emprisonnées pour des raisons de commerce/de trafic et de fabrication/de culture de drogues diminue constamment.

Attitudes à l'égard de l'usage de drogues et de la législation afférente

Les résultats de l'enquête NDSHS de 1998 ont permis de constater que les répondants s'opposaient, en grande majorité, à l'usage courant de drogues illicites. Les hommes étaient généralement plus tolérants que les femmes. La marijuana est la drogue illicite dont la consommation est jugée la plus acceptable, 30,5 % des hommes et 20,6 % des femmes se déclarant ouvert(e)s à son usage courant.

L'appui à la légalisation des drogues illicites est sensiblement le même que celui de l'acceptabilité de l'usage courant de ces drogues : 33,8 % des hommes et 25,1 % des femmes se sont déclaré(e)s en faveur de la légalisation de la marijuana. En revanche, seulement 7 % des hommes et 5,1 % se sont déclaré(e)s en faveur de la légalisation de la cocaïne. Les personnes qui appuient la légalisation de l'héroïne, des amphétamines et de la cocaïne se situent, en général, dans les groupes d'âges de 20 à 29 ans et de 40 à 49 ans.

²⁰⁶ Miller et Draper, *op. cit.*, pages 53-58.

LES ÉTATS-UNIS²⁰⁷

Décrire adéquatement les politiques, et plus encore les pratiques aux États-Unis, en matière de drogues illicites pourrait faire l'objet d'un rapport en soi. Qu'on en juge : le budget de recherche du seul NIDA s'élève à 1 milliard \$ US, représentant environ 85 % des sommes consacrées mondialement à la recherche sur les drogues illicites ; le budget du *Office for National Drug Control Policy* est de plus de 18 milliards \$ US, quand le budget de la Stratégie canadienne sur les drogues est de ... 16 millions \$ canadiens, environ un demi de un p cent du budget du bureau américain ; les dépenses totales en matière de drogues illicites seraient de l'ordre de 35 milliards \$ US. Quand on sait en plus la complexité du système politique américain et la diversité de sa population, on n'a guère besoin d'en ajouter sur l'ampleur de la tâche.

Qui plus est, parler des États-Unis et de drogues illicites c'est parler d'un couple indissociable. Nous l'avons vu au chapitre précédent, les USA ont joué, et continuent de jouer, un rôle prépondérant dans la négociation et l'application des conventions internationales sur les drogues. Penser aux drogues quand il est question des USA c'est penser automatiquement à la « guerre à la drogue » et sa cohorte de statistiques sur le recours à l'incarcération, les sentences sévères, les coûts économiques et sociaux faramineux qui en découlent.

Nous ne pourrions, dans cette section, qu'effleurer cette complexité. Nous avons fort heureusement déjà discuté au cours de précédents chapitres, de diverses données sur les USA : taux de consommation au chapitre 6, recherches sur les effets au chapitre 7 par exemple. Notre tâche était encore plus difficile que nous n'avons pu entendre en audiences publiques les représentants de l'administration. Lors de notre journée d'audiences sur les États-Unis, nous avons entendu le Gouverneur du Nouveau-Mexique, monsieur Gary Johnson, et monsieur Ethan Nadelman du *Lindesmith Centre-Drug Policy Foundation*. Ce n'est que le 10 juin 2002 que nous avons pu avoir une rencontre privée avec le directeur du NIDA, M. Hanson, et le 11 juin une rencontre à huis clos avec M. Walters, le directeur de ONDCP.

Le cadre législatif de l'administration fédérale et des États

Traditionnellement, le droit criminel et son application sont en grande partie réservés à la compétence des États. L'article premier de la Constitution des États-Unis énonce les domaines de compétence législative du gouvernement fédéral et le dixième amendement dispose expressément que tous les pouvoirs qui ne sont pas délégués au

²⁰⁷ Cette section s'inspire largement du rapport préparé par la Bibliothèque du parlement pour le Comité spécial : Dolin, B., (2002) *Politique rationnelle sur les drogues : les États-Unis*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement, rapport d'étude préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

gouvernement central seront exercés par les États. Le droit criminel ne fait pas partie des pouvoirs délégués au gouvernement fédéral et, aux premiers jours du Congrès, les lois pénales fédérales ne régissaient que les actes préjudiciables au gouvernement national, comme la trahison et la contrefaçon, ou les délits de nature extraterritoriale, comme les actes de piraterie et autres crimes perpétrés en haute mer.

Cela n'a toutefois pas empêché le Congrès américain de jouer un rôle de premier plan dans la criminalisation de l'usage des drogues. Même si le « Père de la Constitution », James Madison, avait donné aux États l'assurance que leurs pouvoirs étaient « nombreux et illimités » et ceux du gouvernement central, « peu nombreux et limités »²⁰⁸, les tribunaux ont par la suite interprété d'une manière très large les pouvoirs du Congrès. Déjà en 1819, dans l'arrêt *McCulloch c. Maryland*²⁰⁹, la Cour suprême des États-Unis faisait une lecture libérale des dispositions de l'article premier selon lesquelles le gouvernement fédéral peut adopter toutes les lois qui sont « nécessaires et convenables » pour exercer les pouvoirs qui lui ont été conférés. Deux de ces pouvoirs sont celui de lever des impôts et celui de réglementer le commerce extérieur et inter-état. Comme nous le précisons plus loin, le gouvernement fédéral a utilisé ces champs de compétence comme point d'ancrage pour s'engager dans la réglementation de l'usage des drogues.

Historique²¹⁰

Entre la guerre de Sécession (1861-1865) et la fin du XIX^e siècle, la consommation et la vente d'opium, de morphine, de cocaïne et d'autres drogues psychotropes étaient légales et courantes. L'opium était disponible avec ou sans ordonnance médicale et il entrait dans la composition de nombreux médicaments brevetés, notamment des analgésiques, des préparations contre la toux et des sirops pour soulager les douleurs de la dentition chez les bébés. La cocaïne était également utilisée à des fins médicales et elle entrait dans la préparation de boissons gazeuses et du vin.

Les choses commencèrent à changer au tournant du siècle. L'héroïne, isolée en 1898, était réputée apporter le même soulagement que l'opium ou la morphine, sans risque de dépendance. Lorsqu'on découvrit son effet d'accoutumance peu après sa mise en marché, des appels racistes se faisaient déjà entendre pour protéger la société américaine contre les drogues. À l'origine, deux drogues étaient visées : la cocaïne, associée surtout aux Noirs qui avaient la réputation de s'adonner à la violence lorsqu'ils

²⁰⁸ In Currie D.P. (2000) *The Constitution of the United States: A Primer for the People*, Chicago: Univ. of Chicago Press, page 26.

²⁰⁹ 17 U.S. 316.

²¹⁰ Voir : Belenko, S.R. (dir.), (2000) *Drugs and Drug Policy in America: A Documentary History*, Westport: Greenwood Press; McNamara, J.D. (1997) « Commentary: Criminalization of Drug Use » *Psychiatric Times*, vol. XVII(9); Luna, E.G. (1997) « Our Vietnam: The Prohibition Apocalypse », 46 *DePaul L. Rev.* 483. Duke, Stephen B., (1995) « Commentary: Drug Prohibition: An Unnatural Disaster », 27 *Conn. L. Rev.* 571).

étaient sous son influence, et l'opium, associé aux Chinois qui fréquentaient les fumeries. Les sociétés de tempérance et les groupes religieux ont également joué un rôle prépondérant dans les pressions en faveur de la prohibition.

Malgré la forte opposition de l'industrie des médicaments brevetés, le Congrès américain adopta, en 1906, la *Pure Food and Drug Act*. Cette loi obligeait les fabricants de médicaments sans ordonnance à indiquer la quantité de drogues contenues dans ces médicaments, et ce, afin d'en freiner la consommation. Peu après, le Congrès a adopté le *Opium Smoking Act* de 1909 (*as Amended*, 1914) qui interdisait l'importation de cette drogue à des fins non médicales.

La Harrison Narcotic Act de 1914

La *Harrison Act* marque une étape importante de la politique américaine de lutte contre les stupéfiants. Adoptée en 1914, la *Harrison Act* visait au début à médicaliser la cocaïne et l'héroïne en limitant leur distribution aux seuls médecins, mais son objet officiel a vite été modifié sous l'influence de la ferveur prohibitionniste de l'époque et est devenu le modèle insolite auquel allait obéir l'administration de la politique américaine en matière de stupéfiants. En vertu des limites constitutionnelles telles qu'elles étaient perçues à l'époque, les lois fédérales s'appliquaient uniquement aux contrôles internationaux, au commerce entre les États et aux impôts. Par conséquent, la *Harrison Act* s'attaqua à l'usage des drogues en obligeant les vendeurs de drogues à obtenir un permis et à consigner toutes leurs ventes, soi-disant aux fins d'imposition. Cette même réglementation obligeait les consommateurs de drogues à obtenir une ordonnance. Même si la loi autorisait expressément les médecins à prescrire des stupéfiants, ils ne pouvaient le faire que dans l'exercice de leur profession.

Contestée devant les tribunaux, la validité de cette loi a été confirmée par la Cour suprême en tant que mesure fiscale et non en tant que mesure de maintien de l'ordre.²¹¹ Le tribunal avait jugé que la loi n'autorisait pas les médecins à prescrire des drogues à des toxicomanes dans le but de les soulager ou d'entretenir leur dépendance.²¹² L'arrêt *Behrman*²¹³, rendu en 1922, vint restreindre davantage le pouvoir des médecins de prescrire des drogues et, dans la foulée des poursuites intentées contre les pharmaciens et les médecins, il devint presque impossible, au début des années 20, de se procurer légalement des opiacés et d'autres drogues.

Les mesures ultérieures

Durant la Grande Dépression, les craintes soulevées par les « Mexicains dégénérés » qui fumaient de la marijuana entraînèrent également l'adoption d'une mesure législative. Certains observateurs y voient là le fil conducteur de la politique antidrogues américaine ; autrement dit, le facteur sur lequel on s'appuyait pour décider

²¹¹ *United States c. Doremus* (1919), 249 U.S. Reports 86. L'arrêt *United States c. Nigro* (1928), 276 U.S. Reports 332, a confirmé que la *Harrison Act* était une loi fiscale.

²¹² *Webb et al. c. United States* (1919), 249 U.S. Reports 96.

²¹³ *United States c. Behrman* (1922), 258 U.S. Reports 280.

s'il fallait criminaliser ou non une drogue particulière n'était ni ses propriétés inhérentes ni son potentiel de nuire à la société, mais plutôt le genre de personnes qui en faisaient usage.²¹⁴ En 1931, la consommation de marijuana était interdite dans 29 États et en 1937, le Congrès adopta la *Marihuana Tax Act* qui, à l'instar de la *Harrison Act*, conférait au gouvernement fédéral le pouvoir de contrôler la marijuana, en vertu du pouvoir de taxation du Congrès. Malgré l'opposition de l'Association médicale américaine, la loi reçut l'appui du chef de la police antidrogues du pays, le puissant directeur du *Federal Bureau of Narcotics* (FBN), Henry J. Anslinger.

Anslinger, un personnage clé dans l'histoire de la politique américaine de lutte contre les stupéfiants, fut nommé commissaire du FBN en 1930 et il dirigea cette organisation durant cinq administrations présidentielles, soit jusqu'en 1962. Souvent comparé à son contemporain J. Edgar Hoover qui dirigeait le F.B.I. avec autant de ténacité, Anslinger s'opposait à l'adoption d'une approche axée sur la santé publique, soutenant que la seule solution valable consistait à envoyer les consommateurs de drogues en prison. À maintes reprises, il laissa entendre que les stupéfiants faisaient partie d'un complot ourdi par les étrangers. Pendant la Seconde Guerre mondiale, il accusa les Japonais d'utiliser les stupéfiants pour miner l'ardeur des Américains au combat ; après la guerre, il soutenait que les Communistes essayaient de faire la même chose.

La législation actuelle et son application

La loi fédérale

La Controlled Substances Act

En 1970, le Congrès américain adopta la *Controlled Substances Act (CSA)*²¹⁵, en vertu du pouvoir du gouvernement fédéral de réglementer le commerce entre les États.²¹⁶ Cette loi abrogeait la plupart des lois fédérales antérieures, dont la *Harrison Act* et la *Marihuana Tax Act*, et elle constitue la pierre angulaire de la loi fédérale américaine actuelle en matière de stupéfiants. Les drogues y sont classées selon une série d'annexes et contrôlées à des degrés divers. La plupart des restrictions frappent les drogues classées dans l'annexe I dont la possession est interdite, sauf aux fins de recherches pour lesquelles un permis est accordé par le gouvernement fédéral. L'annexe I comprend des drogues comme la marijuana, l'héroïne, la MDMA, le LSD et le peyotl, drogues réputées n'avoir aucun usage médical et présentant un potentiel élevé

²¹⁴ Luna, *op. cit.*, page 490-495.

²¹⁵ Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970, Title II, 21 U.S.C. sec. 800-966.

²¹⁶ Pour prescrire des sanctions pénales, il suffit au Congrès de prouver qu'une catégorie d'activités nuit au commerce entre les États ; il n'est pas tenu de prouver que la conduite faisant l'objet de la poursuite a des conséquences sur le commerce. Voir Ehrlich, S. (2000) « The Increasing Federalization of Crime » 32 *Ariz. St.L.J.*825.

d'abus. Les substances de l'annexe II, utilisées à une fin médicale reconnue et réputées présenter un potentiel d'abus moins élevé que celles de l'annexe I, sont également soumises à des contrôles sévères. L'annexe II comprend la cocaïne, l'opium, la morphine, la mépéridine (démérol) et la codéine.

L'adoption de la CSA en 1970 marquait un changement important sur un point essentiel. Cette loi établissait une distinction entre la marijuana et les autres drogues et réduisait les sanctions fédérales, non seulement dans les cas de possession, mais également de trafic et de distribution. Cette situation allait toutefois changer sous l'administration Reagan, dans les années 80.

En 1982, le président Reagan signa un décret portant création du poste de conseiller de la Maison blanche en matière de politique antidrogues. La *Comprehensive Crime Control Act of 1984*, la *Anti-Drug Abuse Act of 1986* et la *Anti-Drug Abuse Amendment Act of 1988* renforçaient les sanctions fédérales applicables à divers délits liés aux stupéfiants (notamment à la marijuana), accroissant le financement des activités de lutte contre les stupéfiants et améliorant la coordination des efforts du gouvernement fédéral dans sa lutte contre les stupéfiants. La *National Narcotics Leadership Act* de 1988 créa l'*Office of National Drug Control Policy* (le Bureau de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants), dont le directeur est couramment appelé le « tsar de la drogue ».²¹⁷

De nombreux commentateurs ont fait valoir que ces lois ont été adoptées à une époque à laquelle sévissait une hystérie antidrogues extrêmement virulente causée par l'apparition de la cocaïne épurée (crack).²¹⁸ C'est probablement aux mythes propagés par les politiciens et véhiculés par les médias sur la cocaïne épurée que l'on doit pour une bonne part le recours accru aux peines minimales obligatoires et l'expansion qu'a connue la « guerre aux drogues » pendant l'ère Reagan.

Classement des drogues en vertu de la CSA – l'exemple de la marijuana

L'examen d'une demande adressée à la Drug Enforcement Administration en 2000 visant le reclassement de la marijuana permet de comprendre le processus de classement des drogues suivant les annexes de la CSA²¹⁹ Pour conclure que la marijuana devait demeurer dans l'annexe I, le département de la Justice s'est appuyé sur huit facteurs :

- Le potentiel réel ou relatif d'abus de la drogue ;
- Les preuves scientifiques de ses effets pharmacologiques ;
- L'état actuel des connaissances scientifiques concernant la drogue ;

²¹⁷ La page d'accueil du Bureau se trouve à www.whitehousedrugpolicy.gov.

²¹⁸ Voir, par exemple, Reinerman, C. et H. G. Levine (dir.), *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*, University of California Press, 1997. Dans un rapport sur les États-Unis publié en mai 2000, l'organisme Human Rights Watch a qualifié le phénomène de « panique morale ». Disponible en ligne à www.hrw.org/reports/2000/usa.

²¹⁹ Département de la Justice, Drug Enforcement Agency, « Notice: Denial of Petition », 18 avril 2001 dans le vol. 66, n° 75 du registre fédéral, pages 20037-20076.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- Son historique et les abus actuels ;
- L'étendue, la durée et l'importance de l'abus ;
- Les risques pour la santé publique, s'il y a lieu ;
- Les risques de dépendance psychique et physiologique ; et
- S'il s'agit d'un précurseur immédiat d'une substance déjà contrôlée en vertu de la CSA.

La demande de reclassement fut rejetée en partie au motif que la marijuana présentait un potentiel élevé d'abus. Bien que le terme « abus » ne soit pas défini dans la loi, l'Administration s'est penchée sur divers facteurs pour évaluer le potentiel d'abus. Elle a constaté en particulier que les usagers consomment cette substance en quantités suffisantes pour constituer une menace pour leur santé ou la sécurité d'autrui ou de la collectivité. L'Administration a conclu que, même si la marijuana présentait un faible niveau de toxicité comparativement à d'autres drogues dont on abuse, sa consommation tant aiguë que chronique entraînait un certain nombre de risques tels que des étourdissements, des nausées, des distorsions temporelles, des erreurs de jugement et des pertes de mémoire à court terme. Elle a également cité des études décrivant le « syndrome de sevrage de la marijuana » caractérisé par l'hyperactivité, l'agitation, l'insomnie, des nausées et des crampes qui durent pendant quelques jours.

Un autre élément important de l'analyse qui militait contre le reclassement de la marijuana était le fait que cette drogue n'avait pas d'usage médical reconnu aux États-Unis. Aucun traitement à base de marijuana n'a encore été autorisé par la *Food and Drug Administration*. Pour que le traitement soit autorisé, les conditions suivantes doivent être réunies :

- La composition chimique de la drogue doit être connue et reproductible ;
- La drogue doit avoir fait l'objet d'un nombre suffisant d'études de sécurité ;
- La drogue doit avoir fait l'objet d'un nombre suffisant d'études bien contrôlées prouvant son efficacité ;
- La drogue doit être approuvée par des spécialistes compétents ; et
- La preuve scientifique doit être mise à la disposition du grand public.

La législation proposée

La bataille législative au sujet des drogues se poursuit encore devant le Congrès américain. Le projet de loi *Drug Dealer Liability Act* de 1999 a été approuvé par la Chambre des représentants et envoyé au Sénat à la fin de l'an 2000. Cette mesure législative imposerait une responsabilité civile aux trafiquants de drogues pour les dommages découlant – directement ou indirectement – de la consommation de substances contrôlées. Elle autoriserait même les consommateurs de drogues à intenter des poursuites pour les dommages subis, à condition qu'ils divulguent aux agents de lutte contre les stupéfiants tout ce qu'ils savent sur la source de la drogue illicite. Même

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

si on ne sait pas encore si ce projet de loi sera adopté, treize États ont déjà adopté une loi sur le modèle de la *Drug Dealer Liability Act*.²²⁰

Le 17 octobre 2000, la Chambre des représentants approuvait la *Protecting Our Children from Drugs Act* de 2000. Cette loi modifierait la *Controlled Substances Act* en imposant des sanctions plus sévères aux trafiquants de drogues qui font appel à des enfants pour leur trafic. Les peines obligatoires minimales seraient plus sévères pour les trafiquants qui utilisent des enfants de moins de 18 ans pour distribuer de la drogue à l'intérieur ou à proximité des écoles ou d'autres « lieux protégés » comme les terrains de jeu et les arcades de jeux vidéo. D'autres projets de loi sont à l'étude, notamment la *Drug Free America Act* de 2001, la *Domestic Narcotic Demand Reduction Act* de 2001 et la *Drug Treatment and Research Enhancement Act* de 2001.

Les sanctions fédérales

Les tableaux suivants résument les amendes et les peines d'emprisonnement prévues pour certaines infractions à la *Controlled Substances Act* et à d'autres lois fédérales connexes²²¹. Il est à noter que dans le cas d'un troisième délit grave (« felony ») impliquant des quantités constituant un délit du premier degré, une peine d'emprisonnement à perpétuité s'applique, sans possibilité de libération. Il est également à noter que les poids indiqués, sans égard à la substance utilisée, se rapportent à tout mélange renfermant une quantité décelable d'une drogue illicite. Les délits de complot et de « tentative » entraînent les mêmes peines que l'infraction elle-même.

²²⁰ L'Arkansas, la Californie, le Colorado, la Géorgie, Hawaii, l'Illinois, l'Indiana, la Louisiane, le Michigan, l'Oklahoma, la Caroline du Sud, le Dakota du Sud, l'Utah et les îles Vierges américaines.

²²¹ Le Congrès a adopté divers projets de loi contre le crime comportant des dispositions antidrogues, notamment la *Crime Control Act* de 1984 (P.L. 98-473), la *Anti-Drug Abuse Act* de 1986 (P.L. 99-570), la *Anti-Drug Abuse Act* de 1988 (P.L. 100-690), la *Crime Control Act* de 1990 (P.L. 101-647) et la *Violent Crime Control and Law Enforcement Act* de 1994 (P.L. 103-322). Collectivement, ces lois accroissent la sévérité des peines pour des infractions liées aux drogues et augmentent le financement des activités de lutte contre les stupéfiants.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Tableau 1²²²

Distribution, possession dans l'intention de distribuer, fabrication, Importation et exportation illicites				
Substance	Infraction/récidive	Quantité	Amende (en dollars)	Peine d'emprisonnement
Héroïne	Première infraction	1 kg ou plus	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité
		100 g à 1 kg	2 à 5 millions	de 5 à 40 ans
		Moins de 100 g	1 à 5 millions	jusqu'à 20 ans
	Deuxième infraction ²²³	1 kg ou plus	8 à 20 millions	de 20 ans à la détention à perpétuité
		100 g à 1 kg	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité
		Moins de 100 g	2 à 10 millions	jusqu'à 30 ans
Feuilles de coca, cocaïne ou « crack »	Première infraction	50 g ou plus	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité
		5 à 50 g	2 à 5 millions	de 5 à 40 ans
		Moins de 5 g	1 à 5 millions	jusqu'à 20 ans
	Deuxième infraction	50 g ou plus	8 à 20 millions	de 20 ans à la détention à perpétuité
		5 à 50 g	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité
		Moins de 5 g	2 à 10 millions	Jusqu'à 30 ans
LSD	Première infraction	10 g ou plus	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité
		1 à 10 g	2 à 5 millions	de 5 à 40 ans
		Moins de 10 g	1 à 5 millions	jusqu'à 20 ans
	Deuxième infraction	10 g ou plus	8 à 20 millions	de 20 ans à la détention à perpétuité
		1 à 10 g	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité
		Moins de 10 g	2 à 10 millions	Jusqu'à 30 ans
Marijuana	Première infraction	1000 kg ou plus ou 1000 plants ou plus	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité

²²² Source : Doyle, C., *Drug Offences: Maximum Fines and Terms of Imprisonment for Violation of the Federal Controlled Substances Act and Related Laws*, Library of Congress Congressional Research Service, 1^{er} novembre 2000.

²²³ Par deuxième infraction, on entend une infraction commise après une première condamnation pour toute infraction liée à la drogue en vertu de *n'importe quelle* loi antidrogues du gouvernement fédéral, d'un État ou d'un pays étranger.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Distribution, possession dans l'intention de distribuer, fabrication, Importation et exportation illicites				
Substance	Infraction/ récidive	Quantité	Amende (en dollars)	Peine d'emprisonnement
		100 à 1000 kg ou 100 à 1000 plants	2 à 5 millions	de 5 à 40 ans
		50 à 100 kg ou 100 plants	1 à 5 millions	Jusqu'à 20 ans
		Moins de 50 kg ²²⁴	250 000 à 1 million	Jusqu'à 5 ans
	Deuxième infraction	1000 kg ou plus ou 1000 plants ou plus	8 à 20 millions	de 20 ans à la détention à perpétuité
		100 à 1000 kg ou 100 à 1000 plants	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité
		50 à 100 kg ou 100 plants	2 à 10 millions	jusqu'à 30 ans
		Moins de 50 kg	500 000 à 2 millions	jusqu'à 10 ans

Tableau 2

Simple possession				
Drogue	Infraction/ récidive	Quantité	Amende (en dollars)	Peine d'emprisonnement
À base de cocaïne	Première	Plus de 5 g	Jusqu'à 250 000	de 5 à 20 ans
	Première	5 g ou moins	1 000 minimum	jusqu'à 1 an
Toutes les autres drogues	Première	N'importe quelle quantité		
À base de cocaïne	Deuxième ²²⁵	Plus de 3 g	Jusqu'à 250 000	de 5 à 20 ans
Toutes les autres drogues	Deuxième	N'importe quelle quantité	2 500 minimum	de 15 jours à 2 ans
À base de cocaïne	Troisième	Plus de 1 g	Jusqu'à 250 000	de 5 à 20 ans
Toutes les autres drogues	Troisième	N'importe quelle quantité	5 000 minimum	de 90 jours à 3 ans

²²⁴ La distribution d'une petite quantité de marijuana sans rémunération est traitée comme une simple possession et les peines applicables sont résumées dans le deuxième tableau.

²²⁵ Par condamnation antérieure, on entend une condamnation pour toute infraction prévue à la *Controlled Substances Act* ou dans toute loi antidrogues d'un État.

Lois en vigueur dans les États

Généralités

Aux États-Unis, un groupe appelé *National Conference of Commissioners on Uniform State Law* a le mandat d'élaborer des lois que tous les États seront encouragés à adopter en vue de promouvoir l'uniformisation législative dans le pays. La plus récente *Uniform Controlled Substances Act* date de 1994. Cette loi définit en détail les activités illicites, mais elle laisse la détermination des amendes et des peines à la discrétion de chaque État. La plupart des États ont adopté les principales dispositions de la *Uniform Act*²²⁶, à l'exception du New Hampshire et du Vermont, où les lois en vigueur ne sont pas calquées sur la *Uniform CSA*, bien qu'elles contiennent certaines dispositions similaires et visent le même objectif général. Il importe également de signaler certaines exemptions relatives à l'utilisation de la marijuana à des fins médicales, dont il sera question plus loin.

En ce qui a trait à la détermination des peines, il existe de grandes différences entre les États.²²⁷ En ce qui concerne les infractions relatives à d'autres drogues, certains États appliquent des peines extrêmement sévères. D'autres États qui appliquent des peines aussi sévères sont en train de réviser les peines obligatoires minimales, souvent pour des raisons d'ordre fiscal. Par exemple, l'assemblée législative de la Louisiane a remanié ses lois antidrogues en juin 2001. La nouvelle législation prévoit des peines réduites pour les infractions liées aux drogues et abroge les peines obligatoires minimales imposées pour de nombreux crimes non violents. Comme l'a dit un législateur républicain, « cela coûte trop cher d'emprisonner ces gens et de jeter la clé ».

L'usage médical de la marijuana

Depuis 1978, 35 États ont promulgué des lois relatives à l'utilisation de la marijuana à des fins médicales. Depuis lors, cinq de ces lois ont expiré ou ont été abrogées, mais les autres sont toujours en vigueur. Parmi les États restants :

- Douze États ont promulgué des lois créant des « programmes de recherche thérapeutique » qui autorisent la recherche scientifique (bien que l'interdiction fédérale en rende l'application complexe).

²²⁶ La *Uniform Laws Annotated*, Master Edition, volume 9, parties II, III et IV, présente des notes à l'usage des États qui adoptent la loi. Sous la rubrique *General Statutory Note*, il est dit que les États dont la loi antidrogues s'appuie sur la *Uniform Act* sont considérés comme ayant adopté de façon importante les principales dispositions de la *Uniform Act*, mais que le texte officiel de la loi de l'État s'écarte du texte officiel de telle manière qu'il est impossible d'indiquer avec précision dans les notes statutaires toutes les substitutions, omissions et adjonctions. Pour cette raison, on recommande de consulter la loi de chaque État pour connaître les détails particuliers de chaque CSA. Une autre référence utile est Richard A. Leiter (dir.), *National Survey of State Laws*, 3^e Ed., Detroit, Gale Group, 1999, qui présente, aux pages 152 à 188 des tableaux des infractions et des peines prévues par tous les États relativement à la cocaïne, à l'héroïne et à la marijuana.

²²⁷ L'Annexe 2 du rapport de B. Dolin, *op. cit.*, décline les principales alternatives.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- Dix États (en plus du district fédéral de Columbia) ont promulgué des lois symboliques qui, tout en reconnaissant la valeur médicale potentielle de la marijuana, n'offrent aucune protection contre les arrestations.
- Huit États ont adopté des lois qui autorisent les patients à consommer de la marijuana à des fins médicales malgré l'interdiction fédérale.

Le tableau suivant résume la situation dans les huit États qui ont adopté de telles lois autorisant l'utilisation de marijuana à des fins médicales. Même si la possession de marijuana demeure un crime fédéral, la plupart des arrestations liées à la drogue sont effectuées par la police de l'État ou la police locale. Comme le gouvernement fédéral ne peut forcer ces corps policiers à appliquer les lois fédérales, les consommateurs de marijuana à des fins médicales parviennent généralement à échapper aux poursuites dans ces États. Cependant, comme la marijuana n'est pas vendue en pharmacie, certains centres de distribution, appelés « clubs d'acheteurs », ont vu le jour, mais ils se sont butés à la loi fédérale.

La Cour suprême s'est récemment penchée sur le cas des « clubs d'acheteurs » dans l'affaire *Conant c. Oakland Cannabis Buyers' Cooperative*.²²⁸ La Cour a statué à l'unanimité qu'on ne pouvait plaider la nécessité médicale pour se soustraire aux interdictions relatives à la fabrication et à la distribution de marijuana prévues à la *Controlled Substances Act*. Comme cette drogue est classée dans l'annexe 1 de la CSA, elle est considérée comme n'ayant pas d'usage médical. Bien que l'arrêt *Conant* ne rende pas inopérantes les lois des États concernant l'usage thérapeutique de la marijuana, il accroît néanmoins le pouvoir fédéral d'intenter des poursuites en vertu de la CSA dans tous les États. Cela dit, les efforts du gouvernement fédéral pour appliquer la loi n'ont jamais visé, jusqu'à maintenant, les personnes qui possèdent ou cultivent de petites quantités à des fins thérapeutiques. Ils ne visaient que les « clubs d'acheteurs » (également appelés « club compassion »).

Au sujet du tableau suivant, il est à noter que la qualité de marijuana qu'un patient peut posséder varie d'un État à l'autre, de même que les dispositions qui dégagent les soignants de toute responsabilité criminelle.

État et date de promulgation	Protection offerte aux patients	Documentation requise
------------------------------	---------------------------------	-----------------------

²²⁸ N° 00-151. Entendue le 28 mars 2001 – Décision rendue le 14 mai 2001. Citée sous : 532 U.S. ___ (2001).

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

État et date de promulgation	Protection offerte aux patients	Documentation requise
Alaska – le 3 nov. 1998	Défense affirmative ⁽²²⁹⁾ assurée aux patients inscrits auprès de l'État	Attestation signée par le médecin confirmant que le patient a été examiné, qu'il souffre d'une maladie débilitante et que d'autres médicaments ont été envisagés.
Californie – le 5 nov. 1996	Pas de poursuite lorsque le patient possède ou cultive de la marijuana uniquement à ses propres fins thérapeutiques.	Approbation écrite ou verbale du médecin qui a jugé que la marijuana pouvait être bénéfique pour la santé du patient dans le traitement d'une maladie reconnue.
Colorado – le 7 nov. 2000	Pas de poursuite lorsque le patient détient une fiche d'inscription; défense affirmative lorsqu'il ne détient pas de fiche mais qu'il se conforme aux exigences de la loi.	La maladie débilitante a été diagnostiquée avant l'arrestation du patient et celui-ci a obtenu une recommandation d'un médecin attestant que la marijuana pourrait le soulager.
Hawaii – le 14 juin 2000	Pas de poursuite lorsque le patient détient une fiche d'inscription; la défense <i>choice of evils</i> (choix entre deux maux) est également autorisée ⁽²³⁰⁾ .	Fiche obtenue sur présentation du dossier médical ou attestation d'un médecin que le patient souffre d'une maladie débilitante et que les bienfaits de la marijuana peuvent vraisemblablement compenser les risques pour la santé.
Maine – le 2 nov. 1999	L'État a le fardeau de prouver que l'usage de la drogue à des fins thérapeutiques par le patient n'est pas autorisé par la loi.	Dossier médical ou lettre d'un médecin attestant que le patient souffre d'une maladie reconnue, qu'il a informé le patient des risques et que le patient pourrait être soulagé par l'utilisation thérapeutique de la marijuana.
Nevada – le 7 nov. 2000	Pas de poursuite.	« Recommandation requise »; le législateur n'a pas encore précisé les modalités.
Oregon – le 3 nov. 1998	Pas de poursuite lorsque le patient détient une fiche d'inscription; défense affirmative lorsque le défendeur ne possède pas de fiche mais qu'il se conforme à la loi; défense <i>choice of evils</i>	La maladie débilitante a été diagnostiquée dans les 12 mois précédant l'arrestation du patient et celui-ci a obtenu une recommandation du médecin attestant que la marijuana pourrait atténuer les symptômes

²²⁹ Une « défense affirmative » exige que le défendeur prouve selon toute probabilité qu'il ne déroge pas à la loi.

²³⁰ La défense *choice of evils* (choix entre deux maux) désigne la défense fondée sur la nécessité médicale. Reconnue depuis longtemps par la common law, ce moyen de défense permet à un défendeur de prouver au tribunal, dans le cas de l'utilisation de la marijuana à des fins médicales, que son infraction à la loi s'avérait nécessaire pour éviter un plus grand mal, soit la douleur causée par la maladie débilitante. Certains États, comme on peut le voir dans le tableau, ont codifié ce moyen de défense.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

État et date de promulgation	Protection offerte aux patients	Documentation requise
		ou les effets de la maladie.
Washington – le 3 nov. 1998	Pas de poursuite lorsque le patient est admissible, ne possède pas une quantité de marijuana supérieure à celle nécessaire pour son traitement et présente les documents valides requis par la loi; défense affirmative lorsqu'il est en conformité avec la loi.	Attestation signée par le médecin ou dossier médical indiquant que le médecin est d'avis que les « bienfaits potentiels » de la marijuana pourraient être supérieurs aux risques pour la santé.

Buts et objectifs de la politique fédérale de lutte contre les stupéfiants

Les buts de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants des États-Unis, tels qu'énoncés, sont la prévention, l'éducation, le traitement et la recherche, complétés par des activités de « réduction de l'offre »²³¹. Dans le rapport annuel 2001 du Bureau de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants (ONDCP), on peut lire ce qui suit :

[Traduction] « Au moyen d'un éventail équilibré de mesures visant à réduire la demande et l'offre, notre objectif est de réduire de moitié, d'ici 2007, la disponibilité et l'abus de drogues et d'au moins 25 % les conséquences de l'abus. »²³²

En comparant le problème de la drogue au cancer, l'ONDCP énumère les buts et les objectifs stratégiques suivants comme étant au cœur de l'intervention du gouvernement fédéral dans ce domaine.²³³

But 1: Éduquer les jeunes Américains et leur donner les moyens de rejeter les drogues illicites de même que l'alcool et le tabac.

- Objectif 1 : Éduquer les parents et autres aidants naturels, les enseignants, les entraîneurs, les membres du clergé, les professionnels de la santé, les dirigeants du milieu des affaires et de la collectivité afin qu'ils aident les jeunes à rejeter les drogues illicites et à renoncer à la consommation d'alcool et de tabac avant l'âge légal.
- Objectif 2 : Mettre en œuvre un vigoureux programme de publicité et de communication pour faire connaître les dangers de la consommation de drogues illicites, d'alcool et de tabac chez les jeunes.
- Objectif 3 : Promouvoir des politiques de tolérance zéro à l'égard des jeunes qui consomment des

²³¹ *National Drug Control Strategy: 2001 Annual Report*, Office of National Drug Control Policy, page 3.

²³² *Ibid.*, page 4.

²³³ En ligne à l'adresse suivante :

<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/policy/99ndcs/goals.html>

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

drogues illicites, de l'alcool et du tabac à la maison, à l'école, au travail et au sein de la collectivité.

- Objectif 4 : Mettre en place des programmes et des politiques de prévention fondés sur des recherches à l'intention des élèves de la maternelle à la 12^e année afin de prévenir la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites.
- Objectif 5 : Aider les parents et les mentors adultes à encourager les jeunes à adopter un mode de vie positif et sain et à leur servir de modèles.
- Objectif 6 : Encourager et faciliter la création de coalitions et de programmes communautaires visant à prévenir l'usage de drogues ainsi que la consommation d'alcool et de tabac chez les mineurs.
- Objectif 7 : Créer des partenariats avec les médias, l'industrie des loisirs et les associations sportives professionnelles dans le but de prévenir l'idéalisation, la tolérance ou la banalisation des drogues illicites et de la consommation d'alcool et de cigarettes par les jeunes.
- Objectif 8 : Élaborer et appliquer une série de principes étayés par la recherche pouvant servir de point de départ à l'élaboration d'un programme de prévention.
- Objectif 9 : Soutenir et valoriser la recherche, notamment la production de données scientifiques, dans le but d'enrichir les programmes de lutte contre les drogues, l'alcool et le tabac à l'intention des jeunes.

But 2 : Accroître la sécurité des Américains en réduisant de manière substantielle les crimes et la violence liés à la drogue.

- Objectif 1 : Renforcer l'application de la loi, notamment grâce à des groupes d'intervention antidrogue mandatés par le gouvernement fédéral, les États et les localités pour combattre la violence liée à la drogue, démanteler les organisations criminelles et arrêter et poursuivre en justice les chefs de syndicats de trafiquants.
- Objectif 2 : Accroître la capacité des zones de trafic intense de stupéfiants à lutter contre le trafic des stupéfiants.
- Objectif 3 : Faciliter l'application des lois afin de démanteler les réseaux de blanchiment d'argent et saisir et confisquer les revenus provenant de la criminalité.
- Objectif 4 : Briser le cycle de l'abus de drogues et de la violence.
- Objectif 5 : Soutenir et valoriser la recherche, notamment la production de connaissances et de données scientifiques, dans le but de faciliter l'application de la loi ainsi que la poursuite, l'incarcération et le traitement des contrevenants impliqués dans des affaires de drogues illicites.

But 3 : Réduire les coûts de santé et les coûts sociaux engendrés par la consommation de drogues illicites.

- Objectif 1 : Soutenir et promouvoir le traitement efficace, efficient et accessible des toxicomanes par la mise en place d'un système adapté aux nouvelles tendances en matière de toxicomanie.
- Objectif 2 : Réduire les problèmes de santé liés à la drogue, en particulier les maladies infectieuses.
- Objectif 3 : Promouvoir l'adoption nationale de programmes sans drogue en milieu de travail, particulièrement d'un programme général comprenant les volets suivants : tests de dépistage de drogues, éducation, prévention et intervention.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- Objectif 4 : Soutenir et promouvoir l'éducation, la formation et la certification de professionnels travaillant auprès de toxicomanes.
- Objectif 5 : Soutenir la recherche visant la mise au point de médicaments et de protocoles connexes pour prévenir ou réduire la dépendance aux drogues et leur consommation.
- Objectif 6 : Soutenir et valoriser la recherche et la technologie, notamment la collecte et l'analyse de données scientifiques, afin de réduire les coûts sociaux et les coûts de santé engendrés par la consommation de drogues illicites.
- Objective 7: Soutenir la recherche scientifique sur les conséquences de la légalisation des drogues et en diffuser les résultats et les données pertinentes.

But 4 : Protéger les frontières aériennes, terrestres et maritimes des États-Unis contre la menace des stupéfiants.

- Objectif 1 : Mener des opérations adaptées au contexte visant à localiser, démanteler, détourner et saisir les drogues illicites qui transitent vers les États-Unis et aux frontières du pays.
- Objectif 2 : Améliorer la coordination et l'efficacité des programmes américains d'application de la loi en mettant l'accent sur la frontière sud-ouest, Porto Rico et les îles Vierges américaines.
- Objectif 3 : Accroître la coopération bilatérale et régionale avec le Mexique et les autres pays par où transitent la cocaïne et l'héroïne afin de réduire l'entrée de drogues illicites aux États-Unis.
- Objectif 4 : Soutenir et valoriser la recherche et la technologie – notamment la production de connaissances et de données scientifiques – afin de repérer et de saisir les drogues illicites qui transitent vers les États-Unis et aux frontières du pays et de démanteler et de décourager leur trafic.

But 5 : Démanteler les sources étrangères et nationales d'approvisionnement en drogues.

- Objectif 1 : Réduire considérablement la culture mondiale de coca, d'opium et de marijuana et la production d'autres drogues illicites, en particulier la méthamphétamine.
- Objectif 2 : Désorganiser et démanteler les grandes organisations internationales de trafic de stupéfiants et arrêter, poursuivre et incarcérer leurs chefs.
- Objectif 3 : Participer aux efforts de lutte contre la drogue dans les pays producteurs et renforcer la volonté politique et les moyens de contrôle de ces pays en ce qui a trait aux drogues.
- Objectif 4 : Mettre sur pied et soutenir des initiatives bilatérales, régionales et multilatérales et mobiliser les efforts des organisations internationales en vue de lutter contre tous les aspects de la production, du trafic et de la consommation de drogues illicites.
- Objectif 5 : Promouvoir des politiques et des lois internationales visant à décourager le blanchiment d'argent et à faciliter les enquêtes sur le blanchiment d'argent ainsi que la saisie des revenus générés par cette activité.
- Objectif 6 : Soutenir et valoriser la recherche et la technologie, notamment la production de données scientifiques, visant à réduire l'approvisionnement mondial en drogues illicites.

Administration de la politique

Comme nous l'avons dit plus haut, le budget national consacré à la lutte antidrogue est colossal. Plus de 18 milliards \$ US sont prévus au budget de l'exercice 2001 pour soutenir les buts et les objectifs de la stratégie nationale de lutte contre les stupéfiants. De nombreux départements fédéraux, notamment ceux de la Défense, de l'Éducation et de la Justice, ainsi que le Département d'État et le Trésor, y participent et ils doivent souvent coordonner leurs efforts avec les gouvernements des États et les agences gouvernementales locales ainsi qu'avec une diversité de groupes communautaires et professionnels. Le Bureau de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants assure la coordination de toutes ces activités.

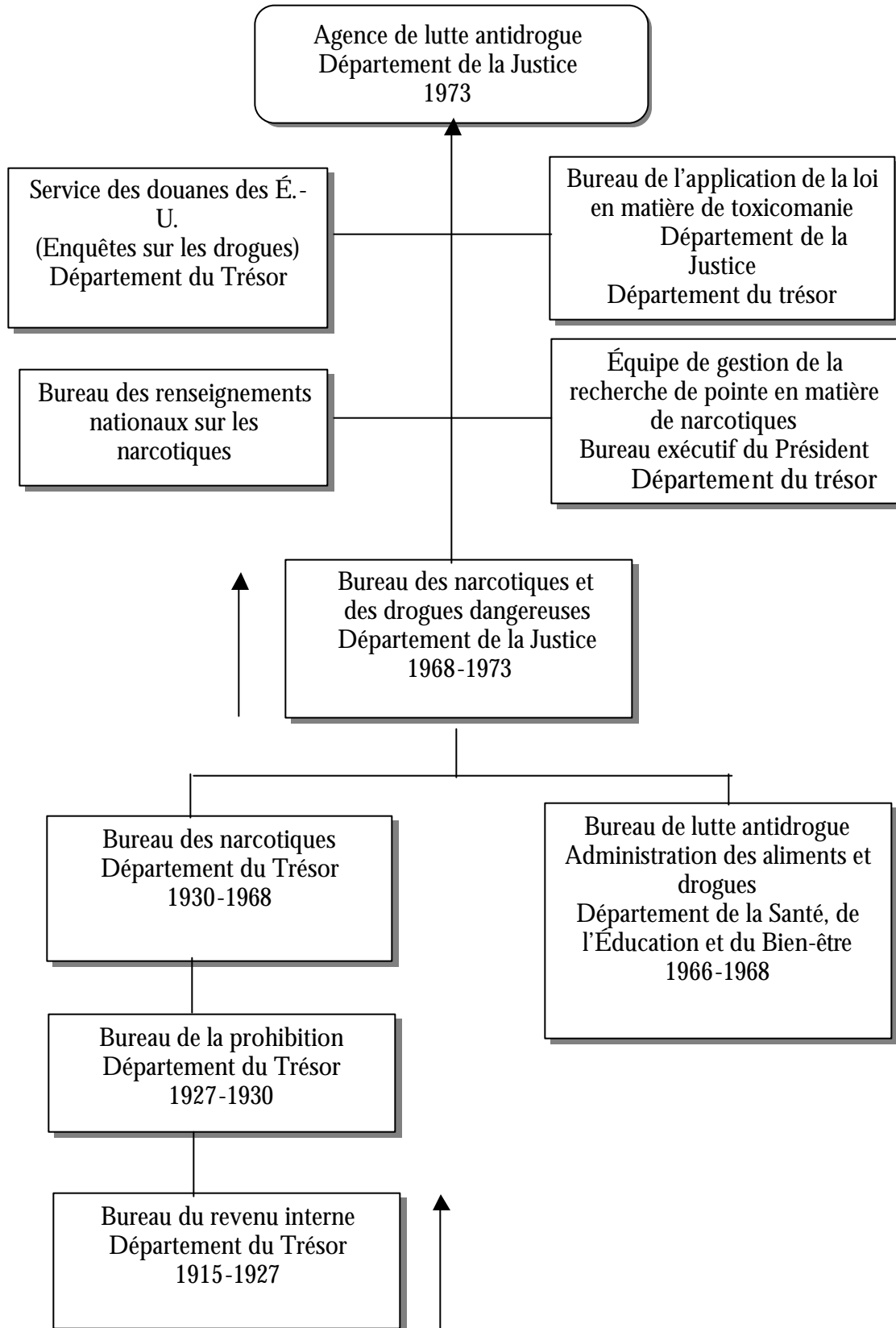
Le département de la Justice, l'un des acteurs clés, est responsable des nombreuses agences œuvrant dans ce domaine et il reçoit une part importante du budget consacré à la lutte contre les stupéfiants, soit plus de 8 milliards \$ US en 2001²³⁴ Il finance diverses agences, notamment le *Bureau of Prisons*, le *F.B.I.*, INTERPOL, le *U.S. Marshals Service*, l'*Immigration and Naturalization Service* et la *Drug Enforcement Administration* (DEA). La DEA²³⁵ mérite une mention spéciale dans l'administration de la politique antidrogue par le département de la Justice. Sa mission consiste à appliquer les lois et les règlements sur les substances contrôlées et à recommander et appuyer des programmes visant à réduire la disponibilité des substances contrôlées illicites sur les marchés nationaux et internationaux. Créée en 1973, cette agence a succédé au FBN d'Anslinger et à d'autres organismes fédéraux d'application des lois, comme on peut le constater dans l'organigramme suivant.²³⁶

²³⁴ Source : Bureau exécutif du Président des États-Unis, *Summary: FY 2002 National Drug Control Budget*, avril 2001, page 11.

²³⁵ Adresse du site Web de la DEA : <http://www.usdoj.gov/dea/>.

²³⁶ Source : Site Web de la DEA ; <http://www.usdoj.gov/dea/agency/genealogy.htm>.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS



Outre ses fonctions d'application de la loi, la *DEA* gère le service national de renseignements sur les stupéfiants et elle est responsable, sous la direction stratégique du Secrétariat d'État et des ambassadeurs américains, de tous les programmes qui comportent un lien avec ses homologues chargés de l'application des lois sur les drogues dans les pays étrangers. À ce titre, l'Agence assure un lien avec les Nations Unies, l'Interpol et d'autres organisations sur les dossiers concernant les programmes internationaux de lutte contre les stupéfiants. Au nombre des mesures extra-territoriales prises par les Américains figurent « l'Opération Colombie », un programme visant à réduire la production de cocaïne dans ce pays et auquel plus d'un milliard de dollars ont été affectés, ainsi que des mesures conjointes d'application des lois prises de concert avec des gouvernements étrangers, notamment celui du Mexique. En outre, le *Foreign Assistance Act* oblige l'administration américaine à limiter considérablement l'aide bilatérale accordée aux pays considérés par la Maison Blanche comme de grands producteurs de stupéfiants ou comme principales routes d'acheminement des stupéfiants. De même, le *Foreign Narcotics Kingpin Designation Act* permet au président de désigner des étrangers comme « barons de la drogue » et, ainsi, de les priver de tout accès au système financier américain et de rendre illégale toute transaction entre eux et des entreprises ou des particuliers des États-Unis.

Sujets d'actualité et débats

Les coûts de l'incarcération, l'application plus fréquente des lois antidrogues aux minorités ethniques et la corruption policière qu'occasionne la guerre aux drogues font l'objet, dans ce débat permanent, d'une attention croissante. En effet, le gouverneur républicain du Nouveau Mexique a appelé à la décriminalisation de toutes les drogues – « Il faut en contrôler, en réglementer et en taxer la vente »²³⁷ – signalant que préférer régler les problèmes découlant de l'abus des drogues en incarcérant les toxicomanes plutôt qu'en les traitant coûte de plus en plus cher. Lors de nos audiences, le Gouverneur nous a dit :

« (...) je pense que la guerre à la drogue a abouti à un échec retentissant. (...) Quand je constate que la moitié de l'argent que nous dépensons pour faire exécuter les lois, la moitié de l'argent que nous dépensons pour faire marcher les tribunaux et la moitié de l'argent que nous dépensons pour faire fonctionner les prisons est lié à la drogue, je sais que c'est là le problème le plus important auquel nous sommes confrontés aujourd'hui. Aux États-Unis, nous dépensons chaque année 50 milliards \$ à cause d'activités criminelles reliées à la drogue. (...) Aux États-Unis, les deux-tiers des détenus sont incarcérés à la suite de condamnations ayant trait à la drogue. Près de 500 000 personnes, un quart de la population carcérale, sont en prison à cause d'actes liés aux drogues. Il en coûte aux États-Unis plus de 8,6 milliards \$ par an juste pour garder enfermés des gens condamnés pour une infraction liée aux

²³⁷ « New Mexico Governor Calls for Legalizing Drugs », CNN.com, 6 octobre 1999. Disponible en ligne à : www5.cnn.com/US/9910/06/legalizing.drugs.01/.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

drogues. En dépit de toutes ces dépenses, les drogues illicites sont maintenant moins chères, plus disponibles et plus fortes qu'elles ne l'étaient il y a 20 ans.

(...) Aux États-Unis, quand les gens sont arrêtés, c'est parce qu'ils possèdent laquelle de ces substances? Nous arrêtons 1,6 million de personnes par an. La population du Nouveau Mexique est de 1,8 million d'habitants. J'habite le Nouveau-Mexique, un état gigantesque, et quand je m'y promène, je ne peux pas m'empêcher de penser que l'équivalent de la population de Nouveau-Mexique est arrêtée chaque année aux États-Unis. C'est absolument choquant. Sur ces 1,6 million d'arrestations, il y en a 800 000 pour possession de marijuana et la moitié du temps ce sont des Hispaniques qui sont arrêtés. Est-ce que la moitié des consommateurs de marijuana des États-Unis sont des Hispaniques? Non, pourtant on arrête de façon disproportionnée parmi la communauté hispanique.

Dans l'état actuel des choses que devons-nous faire? Premièrement il faut légaliser la marijuana. Deuxièmement, il faut adopter des stratégies de réduction des méfaits en ce qui concerne toutes les autres drogues. Troisièmement, il faut passer d'une approche axée sur la criminalisation à un modèle médical. »²³⁸

D'autres dénoncent la politique actuelle parce que les Afro-américains sont ciblés de façon disproportionnée par les agents d'application des lois antidrogue. Le groupe *Human Rights Watch* a révélé, dans une étude publiée en 2000, que les Noirs comptent pour 62,7 % de l'ensemble des contrevenants incarcérés dans les prisons d'État pour des infractions liées aux drogues, tandis que les Blancs n'en représentent que 36,7 %, même si les données confirment que ce clivage racial « n'a qu'un lointain rapport avec l'écart numérique séparant les Noirs et les Blancs qui contreviennent aux lois antidrogue »²³⁹. Divers experts signalent aussi l'effet délétère des drogues sur l'application des lois, notamment Joseph McNamara, ancien chef de police de San Jose, Californie, maintenant à la retraite, selon lequel la corruption des fonctionnaires sera un problème grave « tant que la politique antidrogues actuelle restera en vigueur »²⁴⁰.

²³⁸ Témoignage du Gouverneur Gary E. Johnson, Nouveau-Mexique, devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 5 novembre 2001, fascicule 9, pages 36 à 38.

²³⁹ Fellner, Jamie, avocat-conseil pour Human Rights Watch, « United States: Punishment and Prejudice: Racial Disparities in the War on Drugs », Human Rights Watch, mai 2000, au paragraphe 2 de « Summary and Recommendations ». Disponible en ligne à : www.hrw.org/reports/2000/usa.

²⁴⁰ McNamara, J. D., « When Cops Become the Gangsters », Los Angeles Times, 21 septembre 1999. Disponible en ligne à : www.nakedgov.com/mcnamara.htm.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Statistiques

Nous avons présenté au chapitre 6 un ensemble de données sur l'usage de cannabis. Nous terminons cette description de la situation aux USA par un ensemble de tableaux sur certains indicateurs sélectionnés.

Estimation de la consommation nationale de drogues aux États-Unis (en tonnes métriques)²⁴¹

Année	Cocaïne	Héroïne	Marijuana	Méthamphétamine
1996	288	12,4	874	14,3
1997	312	13,1	960	11,9
1998	291	12,5	952	15,9
1999	276	12,9	982	15,5
2000	269	12,9	1 009	15,5

Enquête nationale de 1997 auprès des ménages sur l'abus de drogues : consommation de drogues illicites dans le passé²⁴²

Age du répondant	Jamais consommé	L'année dernière	Le mois dernier
12 – 17	23,7 %	18,8 %	11,4 %
18 – 25	45,4 %	25,3 %	14,7 %
26 – 34	50,8 %	14,3 %	7,4 %
35 et plus	31,5 %	6,1 %	3,6 %

Quantité de drogue consommée en 1998 par des élèves du secondaire supérieur²⁴³

Drogue	Jamais consommé	L'an dernier	Le mois dernier
Marijuana	49,1 %	37,5 %	22,8 %
Cocaïne	9,3 %	5,7 %	2,4 %
Crack	4,4 %	2,5 %	1 %
Stimulants	16,4 %	10,1 %	4,6 %
LSD	12,6 %	7,6 %	3,2 %
PCP	3,9 %	2,1 %	1 %
Héroïne	2 %	1 %	0,5 %

²⁴¹ Source : Bureau de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants. 2000. *What America's Users Spend on Illegal Drugs, 1988-1998*.

²⁴² Source : Bureau de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants, Centre de documentation sur la politique antidrogue, *Drug Data Summary*, avril 1999.

²⁴³ *Ibid.*

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Prix des drogues et degrés de pureté : années choisies entre 1981 et 1998²⁴⁴

Quantité achetée	1981 Prix/Pureté (le g pur)	1988 Prix/Pureté (le g pur)	1996 Prix/Pureté (le g pur)	1997 Prix/Pureté (le g pur)	1998 Prix/Pureté (le g pur)
Cocaïne					
1 g ou moins	378,70\$/ 40,02 %	218,33\$/ 75,99 %	159,05\$/ 72,5 %	178,97\$/6 4,72 %	169,25\$/7 1,23 %
10 à 100 g	191,5/ 59,59 %	78,84/ 83,53 %	49,45/ 68,44 %	45,58/67, 05	44,30/65, 92
Héroïne					
0,1 g ou moins	3 114,80/4, 69	2 874,19/1 9,22	2 175,88/ 23,95	2 114,97/2 5,24	1 798,80/2 4,29
1 à 10 g	1 194,05/1 9,1	947,32/39, 48	373,30/45 ,21	327,88/45, 38	317,97/51, 33
Marijuana					
10 g ou moins	6,41 \$	12,50 \$	10,42 \$	10 \$	10,41 \$
100 à 999 g	2,75	3,41	2,95	2,63	2,59

Budget national consacré à la lutte contre les drogues²⁴⁵

Année	Montant (en milliards de \$US)
1999	17,1
2000	17,9
2001	18,1
2002	19,2

²⁴⁴ *Ibid.*

²⁴⁵ Ces chiffres représentent les fonds dépensés pour soutenir les buts et les objectifs de la Stratégie nationale de lutte contre les stupéfiants et comprennent les sommes figurant au budget de divers départements, notamment Défense, Éducation, Justice, État et Trésor. Source : *National Drug Control Budget Executive Summary, Fiscal Year 2002*, Bureau de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants, 9 avril 2001.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Estimation du nombre total d'arrestations et du nombre d'arrestations liées aux drogues

1989-1999²⁴⁶

Année	Nombre total d'arrestation	Arrestations toutes drogues confondues		Répartition des arrestations pour infractions liées aux drogues					
				Héroïne/Cocaïne		Marijuana		Autres	
		Nombre	%	Vente	Possession	Vente	Possession	Vente	Possession
1989	14 340 900	1 351 700	,4	19,1	34,7	6,2	23,1	7,0	9,8
1990	14 195 100	1 089 500	,6	21,0	33,3	6,1	23,9	4,5	11,2
1991	14 211 900	1 010 000	,1	22,5	32,8	6,1	22,4	4,8	11,5
1992	14 075 100	1 066 400	,5	20,6	32,4	6,6	25,5	4,6	10,4
1993	14 036 300	1 126 300	,0	19,2	31,1	6,2	27,6	4,3	11,6
1994	14 648 700	1 351 400	,2	16,8	30,3	5,8	29,8	4,1	13,2
1995	15 119 800	1 476 100	,7	14,7	27,8	5,8	34,1	4,4	13,3
1996	15 168 100	1 506 200	,9	14,2	25,6	6,3	36,6	4,3	13,3
1997	15 284 300	1 583 600	0,3	10,3	25,4	5,6	38,3	4,7	15,8
1998	14 528 300	1 559 100	0,7	11	25,6	5,4	38,4	4,8	14,8
1999	14 031 070	1 532 200	0,9	10	24,5	5,5	40,5	4,1	15,4

²⁴⁶ Source : *Crime in the United States: Uniform Crime Reports*, U.S. Department of Justice, Federal Bureau of Investigation (1990-2000).

Adultes emprisonnés dans des établissements carcéraux des États ou du gouvernement fédéral ou dans des prisons locales, 1989-1999²⁴⁷

Année	Prisons d'État	Prisons fédérales	Total – prisons d'État & fédérales	% de personnes incarcérées pour infractions liées à la drogue		Prisons locales
				Fédérales	État	
1989	629 995	53 387	683 382	49,9	19,1	395 553
1990	684 544	58 838	743 382	53,5	21,7	405 320
1991	728 605	63 930	792 545	55,9	21,3	426 479
1992	778 495	72 071	850 566	58,9	22,1	444 584
1993	828 566	80 815	909 381	59,2	22,1	459 804
1994	904 647	85 500	990 147	60,5	22,4	486 474
1995	989 004	89 538	1 078 542	59,9	22,7	507 044
1996	1 032 440	95 088	1 127 528	60,0	22,7	518 492
1997	1 059 588	99 175	1 176 922	62,6	20,7	567 079
1998	1 178 978	123 041	1 232 900	58,7	20,7	592 462
1999	1 209 123	135 246	1 366 369	57,8	Données non disponibles	605 943

Populations correctionnelles aux États-Unis : statistiques choisies pour 1997²⁴⁸

En 1997, environ 5,7 millions de résidents adultes américains (soit près de 2,8 % de l'ensemble de la population adulte résidant aux États-Unis) se trouvaient sous une forme ou une autre de surveillance correctionnelle. Environ 70 % étaient sous surveillance dans la collectivité, en probation ou en libération conditionnelle. Près de 9 % des adultes Noirs étaient sous supervision correctionnelle tandis que chez les adultes Blancs, ce chiffre s'établissait à 2 % et pour les autres races, le total s'établissait à 1,3 %.

Poursuites fédérales pour des infractions liées aux drogues : statistiques choisies pour 1999²⁴⁹

En 1999, les procureurs américains ont entamé des procédures d'instruction touchant 117 994 suspects. Dans 32 % des cas, il s'agissait de poursuites pour des infractions liées à la drogue. Le nombre de suspects comparissant devant un tribunal

²⁴⁷ Sources : Bureau of Justice Statistics Bulletin, *Prisoners in 1999* (Aug, 2000), *Prisoners in 1998* (Aug, 1999), *Prisoners in 1997* (Aug, 1998), *Correctional Populations in the United States*, 1995, 1994, 1993, 1992, 1991, 1990, 1989. *Jails and Jail Inmates*, 1993-94. *Jail Inmates*, 1992; 1990. Les données relatives aux pourcentages pour 1997 de personnes condamnées pour des infractions liées à la drogue sont tirées du rapport spécial sur les statistiques du bureau de la Justice, *Substance Abuse and Treatment, State and Federal Prisoners, 1997* (janvier 1999) et de données non publiées provenant du Bureau des prisons.

²⁴⁸ Source : *Correctional Populations in the United States, 1997*, Bureau des statistiques de Justice, Département de la Justice des É.-U., (novembre 2000).

²⁴⁹ Source: U.S. Compendium of Federal Judicial Statistics, 1999, (avril 2001).

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

de district des États-Unis pour des infractions liées à la drogue (77 %) était supérieur à celui des suspects poursuivis pour des crimes violents (59 %), des infractions contre l'ordre public (53 %) ou des infractions contre la propriété (50 %). Parmi les contrevenants reconnus coupables de crimes graves (« *felony* ») liés à la drogue par un tribunal fédéral en 1999, 93 % ont été condamnés à des peines d'emprisonnement. La durée moyenne des peines pour tous les contrevenants condamnés par un tribunal fédéral en 1999 était de 57,8 mois; pour les infractions liées à la drogue, la durée moyenne était de 75,4 mois.

Saisies de biens autres que des drogues effectuées par la DEA – 1997²⁵⁰

Au cours de l'exercice 1997, la *Drug Enforcement Administration* a procédé à 15 860 saisies de biens autres que des drogues en vertu des lois sur la confiscation de drogues. La valeur totale de ces biens est estimée à 552 millions \$ US.

Type de biens	Nombre de saisies	Valeur (en dollars)
Devises	8 123	284 680 029
Autres instruments financiers	507	73 602 092
Biens immobiliers	748	108 833 498
Véhicules	3 695	47 379 874
Embarcations	111	5 884 754
Aéronefs	24	8 945 000
Autres moyens de transport	172	1 734 731
Autres	2 480	1 734 731

²⁵⁰ Source : Centre de documentation du Bureau de la politique nationale de lutte contre les drogues, *Drug Data Summary*, Avril 1999.

CHAPITRE 21

OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE

Une politique publique ne se réduit pas à la législation habilitante, dans ce cas-ci la loi pénale. Pourtant, en matière de drogues illicites, la législation pénale occupe une place symbolique et matérielle déterminante. En fait, tout se passe comme si elle était l'ossature même de toute la politique publique. Les débats publics sur le cannabis ne tournent pas autour des questions de santé publique, de santé des usagers, ou de prévention des usages à risque et excessifs, mais portent sur les questions de savoir s'il faut décriminaliser ou non, créer une infraction civile ou garder une infraction pénale, si l'on peut légaliser et jusqu'où. D'ailleurs, au moment même où nous mettons la dernière main à notre rapport, le ministre de la Justice du Canada lance précisément quelques ballons d'essai sur la « décriminalisation » du cannabis. Indépendamment des mérites de cette approche – que la suite de ce chapitre explicitera et commentera – il est clair pour nous que modifier ici ou là la loi pénale ne fait pas une politique publique en la matière. En ce qui nous concerne, **une politique publique en matière de cannabis doit être d'abord et avant tout, et essentiellement, une politique de santé publique axée sur la responsabilisation des pouvoirs publics et des usagers.**

Sur un plan général, la tendance à réduire les débats sur les drogues à leur support juridique s'inscrit sûrement dans le contexte de la juridicisation croissante des relations sociales, où l'adoption d'une loi est devenue l'outil central, parfois unique, de la politique d'État. Mais en matière de drogues illicites, il y a d'autres facteurs à l'oeuvre.

D'une part, cette attitude s'inscrit au cœur même des approches adoptées depuis le début du XXe siècle en matière de drogues, où la prohibition pénale a été le fil conducteur – et réducteur – des politiques publiques. Ce n'est en fait qu'en raison de la « crise » du sida que l'on a « découvert » les mérites d'une approche de réduction des méfaits pour les usagers de drogues. Découverte qui n'était pas nécessairement fondée, chez les décideurs, sur une volonté de protéger la santé des usagers de drogues autant que sur la protection de la société des non-usagers. De même quand on s'est attaqué aux problèmes de criminalité découlant de la criminalisation des drogues pour les usagers (nous ne parlons pas ici de la criminalité organisée des narcotrafiquants) ce n'était pas tant pour améliorer leurs conditions de vie que pour protéger les non-usagers des « méfaits » de l'usage de drogues.

D'autre part, l'interdit pénal demeure souvent, dans les mentalités, le « dernier rempart » contre la prolifération incontrôlée de l'usage de drogues. Sans l'interdit pénal, nous a-t-on dit, la consommation de cannabis pourrait bien exploser et être hors contrôle. L'hypothèse sous-jacente, rarement rendue explicite, voulant que la criminalisation des drogues contribue effectivement à en diminuer l'usage, n'a pourtant jamais été démontrée. Et ce chapitre démontrera que tout donne à penser que les politiques héritées de la prohibition ont peu d'effet sur les niveaux d'usage aussi bien que sur la disponibilité des drogues.

Une politique publique se réduit d'autant moins à l'adoption d'une législation que les lois ne contiennent que trop rarement des énoncés de principes directeurs qui permettraient d'en connaître les buts et objectifs. En matière de drogues illicites, où les enjeux relèvent de la santé publique et de la culture (incluant l'éducation et la recherche) d'abord et avant tout, et où le droit pénal ne devrait constituer qu'un dernier recours, une politique publique doit reposer sur des principes intelligibles et énoncer des objectifs clairs. Et pour se matérialiser, elle doit disposer de l'ensemble des outils capables d'agir sur les divers enjeux que les drogues posent aux sociétés. La législation est l'un de ces outils.

Les coûts sociaux et économiques des drogues illicites touchent de vastes pans de l'organisation sociale : ils se comptent en baisse de productivité et en pertes pour les entreprises, en heures d'hospitalisation et soins médicaux de toutes sortes, en temps policier et en jours d'incarcération, et en vies brisées ou perdues. Même si personne ne peut dire exactement quelle en est la proportion, une partie de ces coûts provient non pas des substances elles-mêmes mais du fait qu'elles soient criminalisées. La drogue qui est le plus souvent associée à la violence et à des infractions criminelles, incluant la conduite avec facultés affaiblies, est en fait la seule qui soit légale : l'alcool.¹ Quant au cannabis, hormis les réseaux criminalisés qui contrôlent une part du circuit de production et de distribution, il n'entraîne pas de criminalité ni d'insécurité. Même ses coûts sociaux et de santé sont relativement limités par rapport à ceux de l'alcool et du tabac. En fait, plus que pour n'importe quelle autre drogue illicite, nous pouvons affirmer que **c'est sa criminalisation qui est la principale source de coûts sociaux et économiques.**

Pourtant, malgré que les principaux coûts sociaux des drogues touchent les entreprises, la santé ou les familles, la trop grande importance du discours juridique crée un déséquilibre de l'action publique au profit des agences chargées de l'application de la loi. Personne ne niera que leur travail soit nécessaire pour assurer l'ordre et la paix publique et pour lutter contre la criminalité organisée. Au même moment, le fait que 90 % et plus des ressources soient consacrées à l'application de la loi, que les actions les plus visibles dans la sphère publique sur les drogues soient les opérations policières et les décisions des tribunaux, et que, au moins en matière de cannabis, la loi soit en

¹ Là-dessus, nous renvoyons à la récente étude menée pour le CCLAT : Permanen, K. et al. (2002) *op. cit.*

décalage par rapport aux attitudes et opinions des citoyens, crée un fossé réel entre les besoins et la pratique.

La plupart des stratégies nationales connaissent une forme semblable de déséquilibre. Mais les stratégies nationales qui semblent les mieux à même de réussir sont celles qui se donnent des moyens pour corriger ce déséquilibre. Ces stratégies mettent en place des outils de connaissance et d'observation, identifient des indicateurs de réussite par rapport à leurs objectifs, et créent un véritable centre nerveux de mise en œuvre et de suivi de la politique publique. La loi, la loi pénale notamment, est alors remise à sa place qui est celle d'un moyen parmi d'autres pour atteindre les objectifs fixés et non de devenir un but en soi.

Ce chapitre se divise en trois sections. La première porte précisément sur la question de l'efficacité des mesures légales de lutte aux drogues et démontrera que les régimes juridiques ont peu d'effets sur la consommation ou sur l'offre. La seconde section décrit les diverses composantes d'une politique publique. Et la troisième réfléchit sur les orientations de la politique pénale, définissant au passage les principaux termes qui sont utilisés : décriminalisation, dépénalisation, déjudiciarisation, légalisation, réglementation.

L'INEFFICACITÉ DES POLITIQUES PÉNALES

On utilise généralement deux indicateurs clés pour mesurer l'efficacité des politiques pénales en matière de drogues : la diminution de la demande et la diminution de l'offre. Certains auteurs tentent aussi de mesurer l'efficience économique de diverses options de contrôle² mais nous laisserons cet aspect de côté, les données demeurant trop incomplètes.

Les moyens de mesurer l'impact des politiques publiques sur l'offre et la demande se heurtent à une série d'embûches méthodologiques. Premièrement, ces deux indicateurs sont relativement artificiels et surtout ne sont pas séparés l'un de l'autre ; c'est-à-dire que les actions sur l'un et sur l'autre sont concurrentes, souvent le fait des mêmes acteurs – pensons par exemple aux policiers qui font de « l'éducation » aux drogues dans les écoles, agissant théoriquement sur la demande mais faisant sûrement en même temps un travail susceptible de mener à une réduction de l'offre. Deuxièmement, la capacité des institutions responsables d'agir sur l'un et l'autre dépend en retour de toute une série d'indicateurs relatifs à leurs moyens et ressources, leurs pratiques et habiletés, leur compétence. Ainsi, pour la police, le nombre de policiers par habitant et les orientations générales des forces de l'ordre (police communautaire, police traditionnelle plus réactive) de même que la priorité accordée aux infractions reliées aux drogues, peuvent influencer le nombre d'incidents signalés et les décisions

² Sur cette question voir Jackson, A.Y. (2002) *op. cit.*, et la discussion au chapitre 18.

de porter des accusations. Plus généralement, la quantité globale des ressources consacrées par un État à sa politique sur les drogues pourrait avoir un effet sur l'un et l'autre de ces indicateurs. En somme, la mesure de l'efficacité n'est pas immédiate.

Il est encore plus difficile d'évaluer, même indirectement, les effets des actions mises en œuvre, quand des objectifs clairs, idéalement accompagnés d'indicateurs, ne sont pas définis par l'autorité publique, ce qui est le cas au Canada actuellement comme nous l'avons vu au chapitre 11. Ceci étant, à défaut d'être en mesure de proposer une évaluation rigoureuse des politiques publiques sur les drogues, nous examinerons la question par le biais d'une série d'indicateurs indirects.

Des impacts sur la consommation ?

Orientation générale des politiques

Au niveau le plus général, les États, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, donnent une orientation générale à leurs politiques sur les drogues : certaines plus tolérantes ou permissives comme aux Pays-Bas (mais aussi en Belgique, Espagne ou Allemagne) d'autres plus axées sur la prohibition et la non consommation comme aux États-Unis, en Suède ou en France. Ce sont là des catégorisations crues, réductionnistes de la complexité des politiques des uns et des autres. Même aux USA, où se poursuit une politique de « guerre à la drogue », les actions menées couvrent un vaste champ. De plus, entre le discours de politique publique et sa traduction dans des actions concrètes, il y a souvent un écart important. Par exemple, le discours répressif en France s'accompagne d'une activité policière limitée à l'endroit des usagers. Au Canada, plusieurs témoins nous ont dit que l'activité répressive de la police n'est pas suivie d'effet par les décisions des tribunaux. Il n'y a donc pas adéquation directe entre les énoncés politiques et les actions menées concrètement.

Diverses études comparatives ont tenté de répondre à la question de savoir si les politiques publiques influent sur les niveaux de consommation. Une étude menée par Reuband compare des pays européens « tolérants » (Pays-Bas, Espagne, Danemark et Italie) à des pays restrictifs (Allemagne, France, Norvège, Royaume-Uni et Suède). Cette étude n'a pas observé de différences significatives entre les niveaux de consommation, quelles que soient les orientations des politiques publiques.³

Le message du Conseil fédéral suisse sur la révision de la loi sur les stupéfiants rapporte les résultats d'une étude comparative de Cesoni sur 7 pays européens qui concluait que le régime juridique n'avait pas d'influence sur la fréquence de consommation.⁴

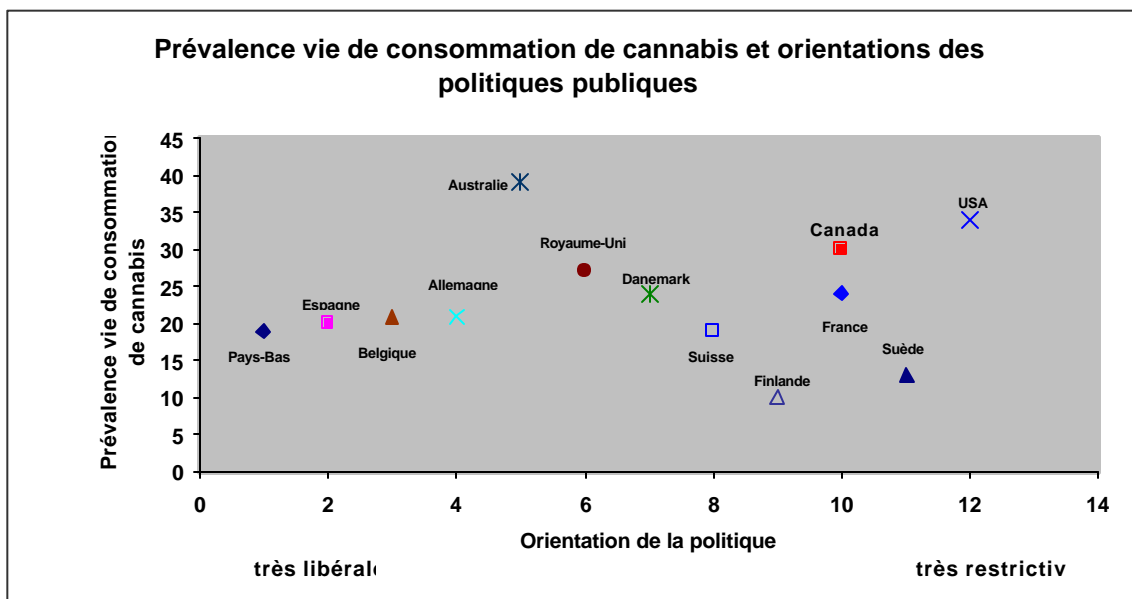
³ Reuband, K., (1995) « Drug use and drug policy in Western Europe. » *European Addiction Research*, vol 1, pages 32-41.

⁴ Cesoni, L.L. (1999) « Usage et actes préparatoires de l'usage des drogues illicites : les choix en matière d'incrimination. Analyse comparative de l'usage de drogues illicites de sept législations européennes. In Conseil fédéral suisse, *op. cit.*, page 3560.

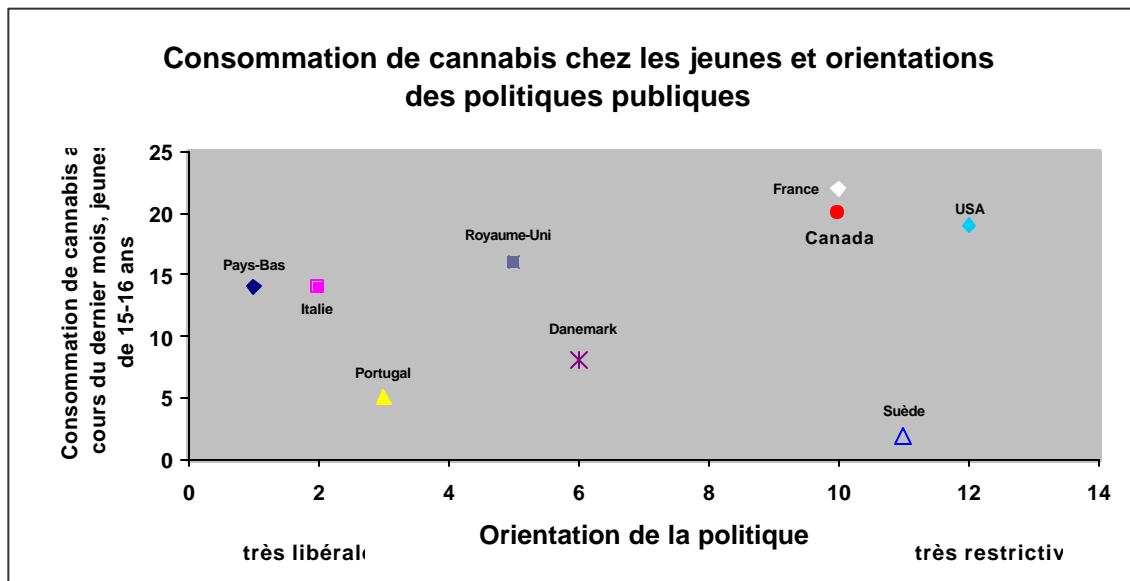
RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Une autre étude réalisée pour l'Office fédéral suisse de la Santé publique classe les politiques de pays européens sur un axe allant de « très libérale » à « très restrictive » et les met en relation avec la prévalence vie de consommation de cannabis. L'étude n'a pas observé de relation entre la sévérité de la législation et le niveau d'usage.⁵

Nous avons produit deux graphiques similaires, classant de la même manière les politiques des pays en ajoutant le Canada, l'Australie et les États-Unis. Nous avons utilisé les données du chapitre 6 sur la prévalence vie de consommation dans la population générale (graphique 1) et au cours du dernier mois chez les 15-16 ans (graphique 2).



⁵ Conseil fédéral Suisse (2001) *Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants*, page 3560.



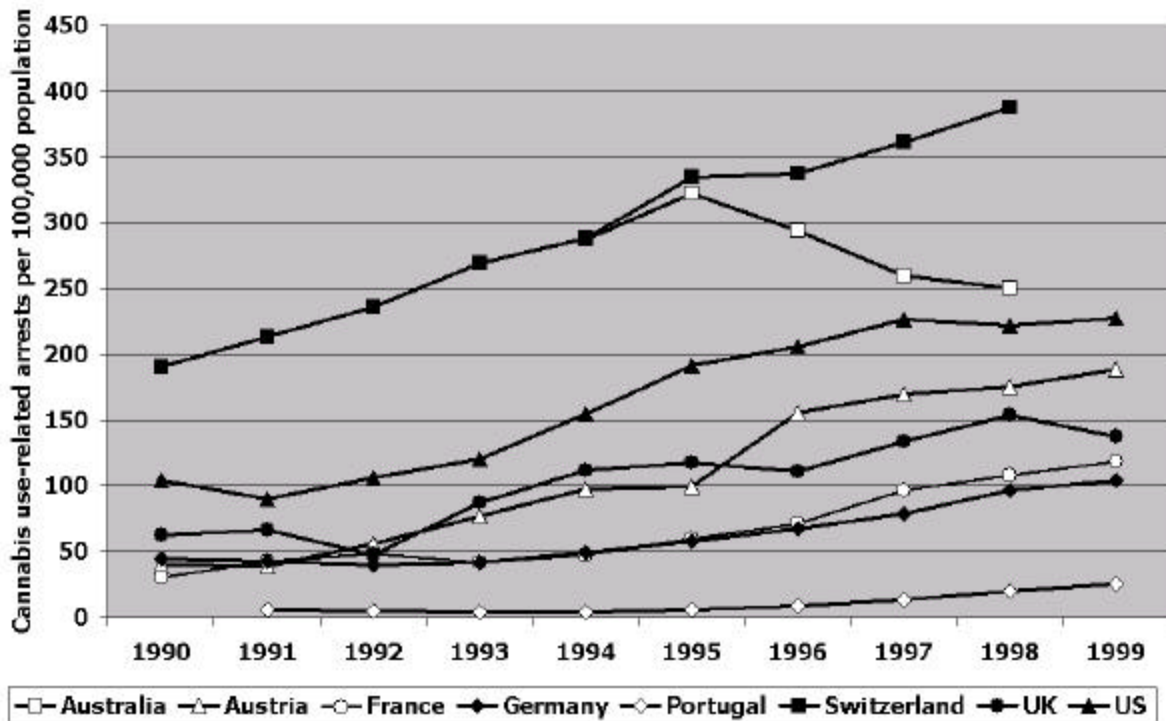
Ces graphiques démontrent qu'il n'y a pas de relation immédiate entre les tendances de consommation et les orientations des politiques publiques. Des pays à tendance très libérale ont des taux faibles (Espagne, Pays-Bas ou Portugal), tandis que des pays avec des politiques très restrictives ont des taux élevés (USA, Canada, France). Évidemment cette absence d'association peut s'expliquer par le fait que ces données statistiques sont statiques – il ne s'agit pas de séries temporelles – et donc peu sensibles aux variations qui peuvent se produire d'une année à l'autre. Mais elle s'explique peut-être aussi par le fait qu'il se ferait peu d'arrestations d'usagers, traduisant ainsi une incohérence entre les discours et les actions concrètes. C'est ce qu'examine la section suivante.

Consommation de cannabis et arrestations

Divers auteurs ont examiné la relation entre les niveaux d'arrestation et la délinquance généralement, la consommation de drogues en particulier. L'une des études récentes a été menée par Kilmer⁶ dans le cadre de la Conférence scientifique européenne sur le cannabis. Nous reproduisons ce graphique à la page suivante.⁷

⁶ Kilmer, B., (2002) «Do cannabis possession laws influence cannabis use ? » in Pelc, I. (dir.) *International Scientific Conference on Cannabis*. Bruxelles.

⁷ Ne disposant pas de la base de données originales, nous reproduisons le graphique en langue anglaise originale ; les lecteurs francophones nous pardonneront cet écart.

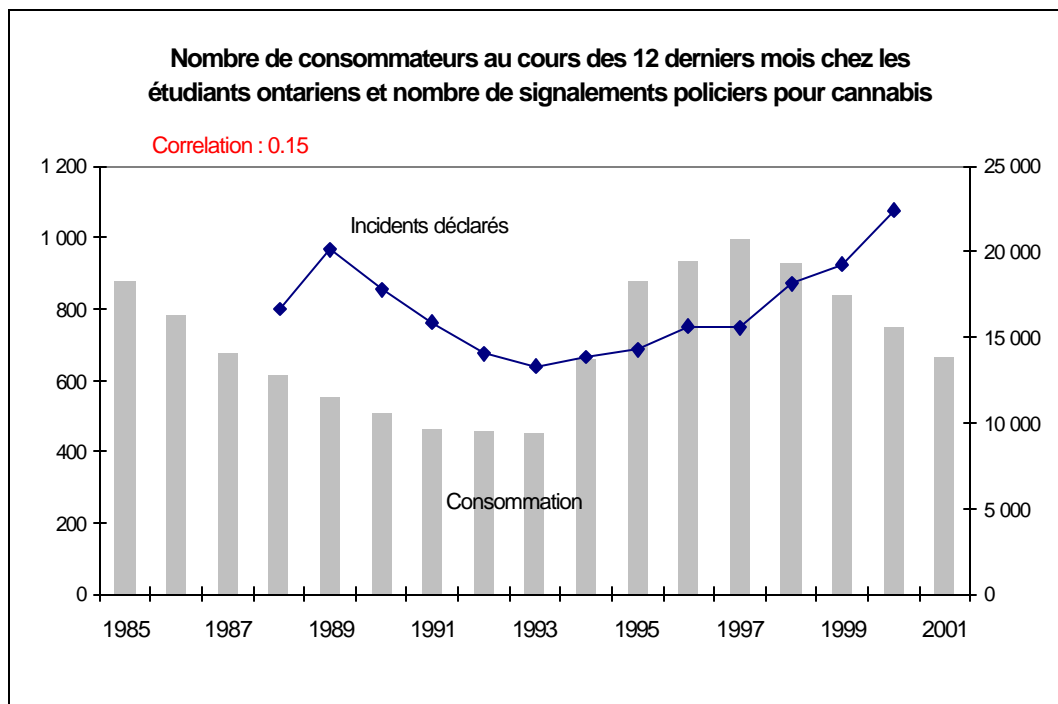


Ce graphique démontre que, dans tous les pays, le nombre d'arrestations par habitant pour possession simple de cannabis a augmenté au cours de la période 1990 – 1999, à l'exception de l'Australie. On observe que la Suisse, considérée comme relativement modérée actuellement, connaît le nombre le plus élevé d'arrestations par habitant, suivis par les USA, l'Autriche, le Royaume-Uni, la France et l'Allemagne.

Ici encore, il ne transparaît pas de relation immédiate entre les orientations de la politique publique et les décisions d'arrestation. Avec une orientation beaucoup moins sévère, la Suisse et l'Australie arrêtent proportionnellement plus que les USA, la Suisse ayant des taux de consommation nettement moins élevés que ceux des USA, tandis que ceux de l'Australie sont à peu près identiques.

Le nombre de policiers par habitant n'explique pas cette variation des taux d'arrestation : la France a beaucoup plus de policiers que les USA ou le Royaume-Uni mais arrête beaucoup moins que les USA et moins que le RU pour possession simple.

Nous avons produit un graphique mettant en relation l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois chez les étudiants de niveau secondaire en Ontario et les arrestations faites par les policiers pour possession de cannabis la même année. Nous avons choisi l'Ontario puisque c'est la seule province disposant de séries temporelles continues sur les niveaux de consommation, et que le niveau de signalement en Ontario est très près de la moyenne canadienne comme l'a démontré le chapitre 14. Le graphique suivant donne les résultats.



Ce graphique démontre une relation statistique très faible (0,15) entre l'activité policière et l'usage de cannabis. Autrement dit, l'activité policière ne dissuade pas les jeunes étudiants de faire au moins une expérimentation au cannabis.

Par ailleurs, la criminologie enseigne que ce n'est pas tant la sévérité des sentences qui importe pour dissuader de commettre une infraction que la probabilité de l'arrestation. En matière de lois sur les drogues, cette probabilité est très faible, comme le démontre le tableau suivant.

Probabilités d'arrestation pour possession de cannabis ⁸

	1995	1996	1997	1998	1999
Allemagne			2,7 %		
Australie	3,7 %			2,1 %	
Autriche	1,7 %		1,7 %		2,0 %
Canada	1,8 %				
États-Unis	2,8 %	3,0 %	3,1 %	3,2 %	3,2 %
France					2,0 %
Royaume-Uni		2,1 %			
Suède			2,4 %	2,9 %	

⁸ Tableau tiré de Kilmer, B., *op. cit.*, page 108.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Dépenses publiques

Si aucun des facteurs précédents n'est apparemment relié aux niveaux de consommation, peut-être le niveau de dépenses publiques l'est-il ?

Il est hasardeux de tenter d'estimer l'ensemble des coûts des politiques publiques en matière de drogues. Même sur un poste apparemment aussi précis que celui de l'application de la loi, les estimations sont imprécises : comme nous l'avons vu au chapitre 14, les coûts de l'application de la loi par les forces policières varient entre 700 millions \$ et 1 milliard \$. Les dépenses publiques spécifiques à la consommation de drogues pour le traitement ou la prévention, même si l'on sait qu'il s'agit de postes budgétaires nettement inférieurs à l'application de la loi, n'en sont pas moins imprécises.⁹ Lorsqu'on veut faire des comparaisons internationales, les choses sont encore plus compliquées : les services sont organisés différemment, les coûts ne sont pas comptabilisés de la même manière, les orientations de service et plus généralement les orientations de l'État ne sont pas les mêmes.

Ces réserves faites, nous tentons néanmoins l'exercice à partir de données provenant de diverses sources. Pour rendre l'exercice un peu plus comparable, nous limitons la comparaison aux seules dépenses relatives à l'application de la loi, qui de toutes façons représentent entre 70 % et 90 % des dépenses publiques en matière de drogues illicites. Le tableau suivant résume les données. (Notons que, pour le Canada, nous avons utilisé les données de l'étude réalisée pour le CCLAT, et non les estimations que nous avons produites au chapitre 14 ; selon nos données le coût par habitant de l'application de la loi (police, justice et prisons), pourrait être de 30 \$ par habitant.)

Coûts de l'application de la loi dans divers pays

	Coûts de l'application de la loi	Coûts per capita
Allemagne, 1992 ¹⁰	6,3 milliards DM	
Australie, 1992 ¹¹	450 millions AUS \$	
Canada, 1992 ¹²	300 millions \$ US	10 \$ US
Etats-Unis ¹³	12,3 milliards \$ US	40 \$ US
France, 1998 ¹⁴	500 millions \$ US	8 \$ US
Pays-Bas ¹⁵	230 millions \$ US	15 \$ US

⁹ Là dessus, voir notamment Kopp, P. et P. Fenoglio (2000) *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*. Paris : OFDT.

¹⁰ Source : Rehm, J., (2001) *The Costs of public policies to fight illegal drugs*. Mémoire présenté au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, page 13.

¹¹ Source : Rehm, J., (2001) *The Costs of public policies to fight illegal drugs*. Mémoire présenté au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, page 13.

¹² Single, E., et coll., *op. cit.*

On constate que des pays avec des niveaux de consommation moyens (Allemagne, Pays-Bas) ont des dépenses plus faibles que les USA qui ont un taux de consommation élevé, et surtout que les dépenses d'application de la loi de ces pays sont supérieures à celles de deux pays nettement plus restrictifs que sont la France et le Canada.

Bref, ici encore, les niveaux de consommation de cannabis échappent à une détermination des politiques publiques axées sur la réduction de la demande par la répression de l'usage.

Des impacts sur l'offre ?

Les politiques publiques ont-elles des impacts sur la disponibilité ou les prix des drogues ? Les données disponibles semblent indiquer que non.

Malgré un effort soutenu de contrôle national et international et de lutte contre les trafics, macro comme micro, locaux aussi bien qu'internationaux, la disponibilité des drogues, du cannabis en particulier, n'a pas diminué. En ce qui concerne les prix, soit ils ont diminué significativement comme dans le cas de l'héroïne ou de la cocaïne, soit ils sont restés relativement stables comme dans le cas du cannabis et de ses dérivés.¹⁶ L'augmentation relative du prix de certaines cultures de cannabis serait au moins autant reliée à l'effort d'amélioration de la « qualité » (niveau de THC, cultures organiques, etc.) et à la réalisation d'une marge de bénéfices importante pour les producteurs et trafiquants, qu'à l'effort des agences d'application de la loi.

Conclusion

Le titre de cette section annonçait notre conclusion : **si les politiques publiques ont pour but de réduire la consommation et l'offre de drogues, spécifiquement de cannabis, tout indique qu'elles ont échoué. Nous reprenons à notre compte les conclusions auxquelles sont arrivées les études suisses notamment : les politiques publiques axées sur l'interdiction de la consommation n'ont pas, ou très peu, d'influence sur les niveaux d'usage.**

On peut penser que la situation serait pire si ce n'étaient des efforts actuellement consentis à lutter contre les drogues illicites. C'est possible. À l'inverse, on peut aussi penser que les efforts de lutte qui occupent le centre de la scène entraînent des effets

¹³ Source : Kopp, P. et C. Palle (1999) « Économistes cherchent politique publique efficace. » in Faugeron, C., (ed.) *Les drogues en France*. Paris : Georg, page 261.

¹⁴ Source : Kopp, P. et C. Palle (1999) « Économistes cherchent politique publique efficace. » in Faugeron, C., (ed.) *Les drogues en France*. Paris : Georg, page 261.

¹⁵ Source : Kopp, P. et C. Palle (1999) « Économistes cherchent politique publique efficace. » in Faugeron, C., (ed.) *Les drogues en France*. Paris : Georg, page 261.

¹⁶ Voir là dessus, aux États-Unis, l'une des études les plus complètes sur la question : Abt Associates (2001) *The price of illicit drugs : 1981 through the second quarter of 2000*. Washington, DC : Office of National Drug Control Policy.

pervers plus grands que les bénéfiques qu'ils ne produisent, notamment le non-respect de lois qui ne sont pas en phase avec les attitudes et pratiques de la population.

L'une des raisons de cet échec tient à la place centrale, trop importante en fait, qu'occupe le droit pénal dans une vision d'interdiction de l'usage, une orientation plus ou moins explicite mais toujours omniprésente, toujours déterminante, de l'horizon d'une société sans drogues.

Est-ce dire qu'il ne faille rien faire ? Nous ne le pensons pas. Est-ce dire qu'il faille laisser les seules lois du marché modeler les usages comme si les drogues étaient une marchandise comme une autre, ainsi que le proposent certains chantres du libre marché¹⁷? Certainement pas. Les substances psychoactives, qu'il s'agisse de cannabis ou d'alcool ou de médicaments, ne sont pas des produits comme d'autres. Même le cannabis, dont nous avons vu au chapitre 7 qu'il n'a pas les effets délétères que certains lui prêtent et qu'il est, en comparaison avec le tabac, une substance à certains égards moins nocive, même le cannabis donc doit faire l'objet d'une certaine forme de régulation et d'une intervention de la puissance publique.

La question que nous pose le constat de l'échec patent et coûteux, aux plans humain, social comme économique, des orientations de politique publique que le Canada a retenues jusqu'à présent, est celle précisément de savoir quelles doivent être les orientations et les composantes d'une politique publique en matière de cannabis. Et dans ce contexte, quels seront le rôle et les orientations de la législation. C'est l'objet des sections qui suivent.

ÉCONOMIE GÉNÉRALE D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE SUR LE CANNABIS

Nous sommes conscients qu'il y a quelque chose d'artificiel à la distinction obligée par notre mandat entre le cannabis et ses dérivés et les autres substances psychoactives. Certes, il n'y a pas un, mais des usages de substances. C'est vrai pour le cannabis comme ce l'est pour l'alcool, les médicaments, la cocaïne ou l'ecstasy. Les usages se différencient selon la substance – on ne consomme pas du cannabis comme on consomme des médicaments ni même de l'alcool. Mais il y a aussi un fond commun aux usages de substances psychoactives hors contexte médical : elles sont en priorité conçues comme une source de plaisir, voire comme un moyen d'augmenter la conscience et les sens. Il se trouvera bien entendu d'autres formes d'usage, l'abus par exemple n'étant plus axé sur le plaisir convivial mais sur un mécanisme d'ordre physiologique et psychologique témoignant d'une perte de contrôle voire d'une détresse. Mais aussi loin que remonte l'histoire les humains ont consommé des substances psychoactives pour des raisons ayant trait à l'émancipation de soi.

¹⁷ Par exemple, l'économiste Milton Friedman.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Les usages se différencient aussi pour une même substance. L'usage de cannabis, associé d'abord au soin de soi – usages à caractère médical – et aux rites à caractère religieux, est devenu, dans les sociétés occidentales du XXe siècle, une expression de la contre-culture et du mouvement hippie, avant de devenir une drogue de consommation conviviale. Les usages de cannabis sont la plupart du temps autorégulés, mais dans un certain nombre de cas, lorsqu'ils s'inscrivent sur un fond de conduites à risque, ils peuvent mener à des abus.

Une politique publique sur les substances psychoactives doit être **intégrée** si elle veut être en mesure de saisir les dimensions communes aux usages de substances – surtout lorsqu'on constate des polyconsommations – et en même temps elle doit être capable de proposer des **approches adaptées** selon les substances.

Intégrée, une politique publique sur les drogues relèvera d'un centre nerveux capable de rassembler les fils conducteurs entre les substances et les usages et de proposer un sens aux usages de drogues. Autrement, dit, une approche ressemblant davantage à celle que met en œuvre la Mission interministérielle en France plutôt que l'éclatement entre divers centres de responsabilité à la fois en compétition et en vase clos les uns par rapport aux autres, comme en témoigne l'expérience américaine ou canadienne où drogues illicites, tabac et alcool relèvent de bureaucraties différentes.

Adaptée, une politique sera capable de proposer des modes d'appréhension ainsi que des outils spécifiques aux diverses substances et aux divers usages. L'usage abusif de cigarettes est une cause de cancer du poumon, pas de mortalité pour cause de conduite avec facultés affaiblies. Mais certains médicaments sont aussi susceptibles de causer des accidents mortels. Le cannabis peut être relié à l'un et à l'autre : cancers à cause de la combustion, accidents de la route à cause des ses effets psychomoteurs. Il faut donc être en mesure de saisir la spécificité en même temps que les points communs.

Intégrée et adaptée, une politique publique doit viser la connaissance des relations entre les substances et les modes et contexte d'usage, de sorte à cerner au plus près les éléments déterminants du passage d'une consommation autorégulée qui n'est pas problématique, aux conduites à risque et aux usages excessifs susceptibles de générer des problèmes. Les problèmes sont de deux ordres : pour la santé des usagers, et pour la santé et la sécurité des autres. Ces deux ordres de problèmes appellent des mesures distinctes. Certaines seront d'ordre préventif : faire connaître aux usagers les risques, et surtout les informer des facteurs à tenir en compte pour repérer chez soi, par soi-même, les marqueurs d'une conduite à risque qui peut entraîner des problèmes. Ils sont peu nombreux à être en mesure de le faire, mais les consommateurs de tabac qui fument de trois à cinq cigarettes par jour et s'y tiennent, ne sont probablement pas plus à risque de cancer du poumon que les non-fumeurs. Apprendre donc à gérer la consommation, à reconnaître les dangers, et disposer aussi de moyens et d'outils pour le faire. D'autres mesures sont d'ordre dissuasif : l'alcool au volant en est un bon exemple. Enfin, certaines mesures sont curatives : quelle que soit la substance, de la simple aspirine à l'héroïne, certaines personnes, pour toutes sortes de raisons bien

antérieures à la consommation de la substance elle-même, ont des conduites de consommation abusive qui mène à des problèmes de santé. Il faut avoir les outils pour le traitement et la guérison.

En ce sens, et c'est le troisième critère, une politique sur les substances psychoactives sera d'abord et avant tout une **politique de santé publique** : prévenir, dissuader des abus et traiter, sont bel et bien les trois grands moments de l'intervention en santé publique. Non qu'il s'agisse de vouloir la santé pour les autres ; non que la collectivité peut décider de ce que chacun fait au nom d'un quelconque et prétendu bien public ; mais plutôt une politique de santé publique qui, comme en matière d'alcool, contribue à **réduire les risques reliés** aux diverses formes d'usages des diverses substances. Une politique de santé publique sur les substances psychoactives est donc une politique de réduction des risques.

Les politiques de réduction des méfaits ont été associées à des actions telles l'échange de seringues, la prescription de méthadone ou d'héroïne. Pour certains même, une politique de réduction des méfaits aurait le double effet pervers de privilégier le rôle du médecin et de pouvoir coexister avec une approche prohibitionniste dont elle ne fait alors qu'atténuer les effets pervers.¹⁸ Il s'agirait alors « d'une doctrine de transition, contradictoire et ambiguë, dont l'ambiguïté permet toutes les adaptations. »¹⁹ Pire, selon le psychiatre américain Thomas Szasz, il s'agirait d'une position « moralement répugnante » traduisant le paternalisme thérapeutique de l'État.²⁰

Nous pensons que l'essentiel est de reconnaître (1) que les usages de substances psychoactives ne peuvent être éliminés, qu'ils font partie de l'expérience humaine et que tous les usages ne sont pas des abus – quelle que soit la substance – et en même temps (2) que toutes les substances peuvent entraîner des conséquences négatives pour l'utilisateur comme pour la société et qu'il convient alors de contribuer au bien-être des individus et de la collectivité en informant, en offrant des outils de prévention des abus, et en assurant qu'existe une infrastructure de soins. Reconnaître, autrement dit, qu'on n'est pas moins citoyen, ni moins bon citoyen, parce qu'on consomme du cannabis plutôt que de l'alcool, ou parce qu'on fait le choix d'en prendre plutôt que d'être abstinent, mais qu'individus et sociétés auront, selon les circonstances et modes de consommation, des besoins distincts.

Enfin, une politique publique sur les drogues ne cible pas les usagers mais les intègre dans sa mise en œuvre. Trop longtemps, lorsqu'il est question de drogues illicites, incluant le cannabis, on a cherché à connaître les caractéristiques particulières des consommateurs. Comme s'ils avaient quelque chose de particulier qui les distinguerait fondamentalement des usagers de tabac, d'alcool, ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage médical. Il se peut que les usagers à problème

¹⁸ Par exemple, l'appréciation critique que font Caballero et Bisiou, page 114-115.

¹⁹ *Ibid.*, page 116.

²⁰ *Ibid.*, page 120

aient des caractéristiques communes. Mais ce n'est ni la substance ni le fait qu'ils soient usagers qui sont en cause : d'autres facteurs sous-jacents au développement de conduites à risque retiendront plutôt l'attention.

Certains nous ont dit que les politiques de réduction des méfaits et des risques, ou même la décriminalisation du cannabis, en « banalise » l'usage. Il ne s'agit pas de banalisation mais de normalisation. L'usage excessif de n'importe quelle substance est nocif ; toutes les substances peuvent présenter des dangers pour la santé des usagers, même le café. Normaliser l'usage et l'usager ne signifie pas pour autant banaliser. Une politique publique sur les drogues vise donc à **normaliser les usages de substances psychoactives**, c'est-à-dire à ne pas marginaliser les usagers, sans pour autant banaliser et baisser les bras et faire l'autruche devant les dangers spécifiques aux diverses substances.

Pour résumer, une **politique publique sur les substances psychoactives doit être intégrée et adaptée, cibler les usages et conduites à risque et les abus selon une approche de santé publique qui ne banalise ni ne marginalise les usages**. Pour se concrétiser, une telle politique se décline en diverses composantes.

COMPOSANTES D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE

Les politiques publiques que nous avons décrites au chapitre précédent, ainsi que d'autres telles celle du Danemark, du Portugal, ou du Mexique pour ne donner que ces exemples, ont en commun un certain nombre d'éléments : elles relèvent d'un centre de responsabilité fort, elles favorisent l'interconnexion et la multiplicité des points de vue, elles visent à susciter un consensus national sur des objectifs clairs et mesurables, et elles s'appuient sur des outils indépendants de connaissance et d'évaluation.

Un centre de responsabilité

On peut ne pas être d'accord avec les orientations politiques de l'Office sur les drogues de la Maison Blanche (ONDCP) ; personne ne niera que ce bureau donne des orientations majeures à la politique nationale sur les drogues aux États-Unis. On peut ne pas apprécier certaine rigidité structurelle à la Mission interministérielle en France, voire critiquer sa timidité sur les débats législatifs, mais on sera d'accord aussi pour dire que la MILDT a su aiguillonner les politiques et pratiques françaises ces cinq dernières années. Chacun des États que nous avons examinés au chapitre précédent a un centre de responsabilité visible, connu, disposant d'une légitimité indéniable en même temps que des moyens d'action à la hauteur des attentes.

Il ne fait pas de doute, selon nous, que la question des drogues, en ce qu'elle ne relève pas d'une seule compétence ministérielle ni n'appartient en propre à une administration, en ce qu'elle touche à nos modes d'être en relation avec la société et

avec les autres, et dans la mesure surtout où elle exige une capacité d'intégration en même temps que de différenciation, doit être animée par une instance qui n'est pas redevable à un ministère et qui est capable d'insuffler des directions – ce qui ne signifie pas imposer des diktats – à l'ensemble des acteurs.

Interconnexion

Les politiques sur les substances psychoactives concernent tout autant les éducateurs que les thérapeutes, les policiers que les anthropologues, les diplomates que les associations locales, sans oublier les usagers. La capacité de faire des liens pour la connaissance et la compréhension suppose déjà une capacité à établir et maintenir des liens entre les spécialités, entre les administrations, avec les citoyens. C'est tout le sens de l'interconnexion dont doit être capable une politique sur les drogues.

Élaboration en commun d'objectifs partagés

Nous avons vu, aux chapitres 11 et 18 notamment, que la politique fédérale sur les drogues, en plus de manquer de rigueur et de clarté, de moyens et d'infrastructures, ne tient pas lieu d'une politique nationale. Qu'il y ait place à la spécificité des approches particulières entre les provinces et territoires qui composent la diversité canadienne, il ne faut pas douter. En même temps, pour qu'émerge peu à peu une culture commune sur les drogues, une meilleure compréhension des comportements d'usage que la capacité de comparer entre lieux géographiques est à même de susciter, et pour que les acteurs soient en mesure de bénéficier au mieux des expériences des uns et des autres, il faut qu'existent des outils pour élaborer en commun des objectifs partagés.

Au delà, la capacité à – et la volonté de – définir des objectifs, constitue le socle sur lequel s'appuie la possibilité même de déterminer si les actions menées sont en phase avec les objectifs, si elles sont efficaces, bref, d'évaluer les impacts de ce qu'on fait.

Des outils de connaissance

Une politique publique doit aussi s'appuyer sur les connaissances. C'est là ce que nous ont dit de nombreux témoins, de tous les horizons. Les pays de l'Union européenne, les États-Unis, l'Australie, se sont dotés d'outils de connaissance puissants, notamment d'observatoires des drogues et des toxicomanies. La plupart du temps autonomes par rapport à la puissance publique et indépendants du pouvoir politique, ces observatoires sont capables de mesurer l'évolution des tendances et des formes d'usage des diverses substances, de connaître les tendances émergentes et les nouveaux produits, voire d'évaluer les politiques publiques. Nous voyons mal comment le Canada peut continuer à faire l'économie d'un outil de connaissance national sur les usages de substances psychoactives.

OPTIONS LÉGISLATIVES

Et la loi alors ? La législation découle des orientations de la politique publique, elle les appuie et les complète ; elle est un moyen, non un objectif.

Les débats sur le cannabis sont hautement contaminés par les discussions autour de la décriminalisation, de la dépénalisation, de la légalisation. Mais ces termes sont souvent mal compris, d'autant qu'ils ne sont pas nécessairement clairs. Cette dernière section consiste à définir chacun des termes clés dans ce débat et à suggérer des indicateurs à partir desquels il convient d'évaluer chacune de ces options.

Clarifications terminologiques

Décriminalisation ou dépénalisation ?

Le glossaire de terminologie sur les drogues produit par l'Office des Nations Unies sur le contrôle des stupéfiants (PNUCID) donne la définition suivante de ces deux termes :

[Traduction] «*Décriminalisation ou dépénalisation*

Abroger les contrôles de nature pénale et les sanctions criminelles relativement à une activité qui demeure toutefois illégale et sujette à une réglementation et à des sanctions non pénales (p.ex. sanctions administratives telles la suspension du permis de conduite).

Sous l'option «prohibition avec pénalités civiles » la possession de quantités de drogues réputées pour usage personnel fait l'objet d'un traitement civil impliquant généralement une sanction de type amende, au lieu de sanctions pénales avec dossier criminel et incarcération. Les sanctions pénales les plus sévères continuent généralement de s'appliquer aux infractions les plus sérieuses de possession, vente, production ou culture selon des quantités que la loi considère comme du trafic ou des fins commerciales. »²¹

Pour Caballero et Bisiou, la dépénalisation consiste essentiellement à retirer les drogues du champ du droit pénal. Ils distinguent entre dépénalisation totale et dépénalisation de l'usage.²² Dans le premier cas, il n'y a plus aucune forme de contrôle, autre que les «lois du marché ». On voit combien on est éloigné de la définition proposée par le PNUCID. La dépénalisation de l'usage correspond de plus près à la décriminalisation telle qu'entendue par le rapport du PNUCID. C'est aussi la définition qu'en donne l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

²¹ UN Office for Drug Control and Crime Prevention (2000) *Demand Reduction. A Glossary of Terms*. Vienne : auteur, page 18.

²² Caballero et Bisiou, *op. cit.*, page 117.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

La possession, ou détention, de cannabis pour usage personnel est « décriminalisée » en Allemagne, en Australie, en Espagne, en Italie, au Portugal, aux Pays-Bas. Mais la ressemblance s'arrête là, chacun de ces pays ayant donné une couleur différente à ce terme. En Australie et dans les états américains où la possession de cannabis est décriminalisée, l'acte demeure néanmoins illégal et les personnes peuvent recevoir une amende. En Allemagne, la Cour constitutionnelle a jugé que la poursuite pour possession de petites quantités de cannabis contrevenait aux droits fondamentaux et n'était pas justifiée. En Espagne et en Italie, la possession de petites quantités de cannabis n'est pas une infraction et la consommation est autorisée sauf dans les endroits publics. Toutefois, comme au Portugal, lorsqu'une personne est trouvée en possession de cannabis, elle pourra recevoir une sanction administrative (amende en Espagne et au Portugal ; suspension de permis en Italie).²³ Aux Pays-Bas, l'infraction de possession demeure dans les textes de loi mais l'usage et certaines formes de vente (les coffee shops) sont tolérées.

La décriminalisation est donc partielle dans tous les cas. Elle est parfois *de jure* comme en Espagne, en Italie ou au Portugal et dans d'autres cas *de facto* comme aux Pays-Bas ou au Danemark.

Au Canada, certains auteurs se sont prononcés en faveur de la décriminalisation du cannabis. Le texte le plus connu est probablement celui du groupe de travail sur les politiques du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.²⁴ Dans ce texte, les auteurs identifient quatre options de « décriminalisation » :

- Des amendes en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRDS) de sorte à exclure l'emprisonnement comme sanction possible. Cette option maintient l'illégalité de la possession de cannabis et les conséquences sur le dossier criminel.
- Une infraction civile : recourant aussi à l'amende comme sanction, cette option diffère de la première en ce que la possession de cannabis n'est plus illégale en vertu de la LRDS, mais serait sanctionnée sous les dispositions de la Loi sur les contraventions;
- Les mesures alternatives (ou la déjudiciarisation) : en vertu de cette option, la possession demeure une infraction criminelle punissable mais les mesures sont suspendues si le contrevenant accepte de se soumettre à une autre forme de « traitement » ou de mesure communautaire. Les tribunaux spéciaux sur les drogues sont une forme de mesure alternative.
- La dévolution aux provinces : selon cette approche, les provinces seraient libres d'adopter les mesures de contrôle qu'elles jugent nécessaires (à l'exclusion de mesures criminelles qui sont du ressort fédéral). Il est

²³ Voir EMCDDA (2001) *Decriminalisation in Europe? Recent Developments in Legal Approaches to Drug Use*. Lisbonne : auteur. Disponible en ligne à www.emcdda.org

²⁴ Fischer et coll., (1998) « Cannabis use in Canada: policy options for control. » *Options politiques*. Octobre.

toutefois difficile de suivre le raisonnement des auteurs sur cette approche puisqu'elle ressemble davantage à une forme de légalisation qu'à la décriminalisation.

Au Québec, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a adopté une recommandation proposant, lorsque les intervenants le jugent approprié, des mesures de déjudiciarisation.²⁵ Le CPLT définit la déjudiciarisation comme «l'exercice, par le procureur de la Couronne, d'un pouvoir discrétionnaire lui permettant de ne pas poursuivre le contrevenant et de recourir plutôt à des mesures de rechange.»²⁶ Cependant, il note aussi que la déjudiciarisation peut recevoir une définition plus large, où le pouvoir discrétionnaire est exercé en amont de la mise en accusation par le policier, en donnant au consommateur un simple avertissement. Dans son avis, le CPLT observe que :

- Les infractions liées au cannabis représentent au moins 60 % des infractions rapportées en vertu de la LRDS et que celles de possession sont les plus fréquentes.
- Le nombre d'infractions rapportées pour possession de cannabis est en hausse mais la proportion ayant entraîné des poursuites est en baisse, même si elle demeure majoritaire (environ 60 % des affaires en 1997).
- Les pratiques d'accusation et de recours aux mesures alternatives varient entre régions au Canada et au sein du Québec.
- Les peines imposées par les tribunaux sont le plus souvent des amendes.

Mais cette recommandation timide refuse d'en faire une approche systématique, allant jusqu'à associer la consommation de cannabis à des activités délinquantes ou criminelles, ou lorsque des risques sont associés à la consommation de produits présentant une forte concentration en THC, comme si le fait de consommer des alcools forts devait entraîner des mesures plus sévères que de boire du vin.

On voit bien que le terme décriminalisation est truffé de contradictions. Alors qu'on dit le retirer du champ du droit pénal, l'acte demeure toujours illégal. La sanction est moins sévère, mais il demeure qu'une sanction s'applique, sanction qui, dans certains cas, peut avoir les mêmes effets que la sanction pénale et d'être encore plus discriminatoire : le jeune ou le démuné incapables de payer l'amende risquent de se retrouver en prison plus souvent que les adultes et les personnes bien insérées socialement. C'est ce que rappelait le Dr Kendall au Comité :

« Si le Canada adoptait cette recommandation, nous devrions prendre des mesures pour éviter de reproduire ce qui s'est passé en Australie, où l'établissement du « programme expiatoire pour le

²⁵ Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999) *Avis sur la déjudiciarisation de la possession simple de cannabis*. Montréal : CPLT.

²⁶ *Ibid.*, page 2.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

cannabis » a eu pour effet d'élargir le « filet » parce que les policiers ont donné des contraventions à des consommateurs qu'ils avaient ignorés auparavant.

Beaucoup de contrevenants n'ayant pas payé leurs amendes ont été condamnés par le système de justice pénale, ce qui a involontairement fait en sorte que le nombre de personnes incriminées est aussi important sinon plus qu'avant l'adoption de la nouvelle mesure. »²⁷

De même, malgré ses réussites, le système néerlandais de vente contrôlée de cannabis, qui est assimilé à une décriminalisation *de facto*, n'a aucun moyen de réguler la production et la distribution qui continue d'appartenir pour partie du moins au crime organisé ni d'assurer un contrôle de qualité et notamment de la concentration en THC.

Selon certains auteurs, la décriminalisation n'est en fait qu'une forme de « prohibition moins sévère. »²⁸ Autrement dit, sous une apparence de mesure socialement responsable et rationnelle, c'est encore la logique de la prohibition qui prévaut. Le fond ne change pas, seulement la forme. On n'aura pas plus de capacité à faire de la prévention ou de l'éducation sous ce modèle que sous un modèle de prohibition. Pire peut-être, le modèle de prohibition tient un discours clair et cohérent ; on ne peut en dire autant des approches de décriminalisation.

Certains diront que la décriminalisation est un pas dans la bonne direction qui donne à une société le temps d'acculturer le cannabis, de convaincre les opposants que le chaos ne s'installe pas, d'adopter aussi des mesures efficaces de prévention. Nous pensons cependant que **cette approche est en fait le scénario du pire, privant l'État d'un outil de régulation nécessaire sur l'ensemble du processus de production, de distribution et de consommation, en même temps qu'elle transmet un double message au fond plutôt hypocrite.**

Légalisation

Le Glossaire des Nations Unies définit ce terme comme :

[Traduction] « *Légalisation*

Abroger la prohibition d'une activité auparavant illicite, p.ex. la vente ou la consommation non médicale de substances psychoactives. Cette approche ne signifie pas nécessairement l'abrogation de tous les contrôles sur cette activité (p.ex. la vente aux mineurs). »²⁹

Le terme légalisation rejoint ici la notion de dépénalisation de Caballero et Bisiou avec ceci en plus qu'il ne s'en remet pas aux seules lois du marché mais accepte une forme de réglementation imposant certaines restrictions. Plus précisément :

²⁷ Dr Perry Kendall, Officier de santé de la Colombie-Britannique, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 17 septembre 2001, fascicule 6, page 40.

²⁸ MacCoun, R., Reuter, P. et T. Schelling (1996) « Assessing alternative drug control regimes. » *Journal of Policy Analysis and Management*. Vol 15, no 3, page 332.

²⁹ UNDCP (2000) *op. cit.*, page 41.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

« La légalisation contrôlée est un système qui vise à remplacer l'actuelle prohibition des drogues par une réglementation de leur production, de leur commerce et de leur usage en vue d'en limiter les abus préjudiciables à la société. (...) à la différence de la dépénalisation, elle conserve au droit pénal un rôle de prévention des abus nuisibles aux tiers, qu'il s'agisse des usagers (ivresse) ou des producteurs (contrebande). »³⁰

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de système de légalisation contrôlée du cannabis. La Suisse s'en rapproche avec son projet de modification de la Loi sur les stupéfiants. Il en a cependant existé un certain nombre dans l'histoire, par exemple les régies de l'opium ou du kif des puissances coloniales jusqu'à la première moitié du XXe siècle.

Par contre, il existe des systèmes légalisés de fabrication, distribution, vente et consommation de produits tels l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes, dont il est possible de s'inspirer pour réguler l'ensemble du circuit de production du cannabis.

Réglementation

Le Glossaire des Nations Unies définit ce terme comme suit :

[Traduction] « *Réglementation*

Les règles régissant tous les aspects du contrôle des drogues promulgués par la loi. La violation de ces règles entraîne des pénalités de nature pénale ou non pénale, telles les amendes et la suspension de permis, selon la gravité du délit et l'intention de l'auteur. »³¹

On peut bien jouer sur les mots, mais la réglementation est en fait une application nécessaire de toute forme de contrôle, qu'il s'agisse d'un système de prohibition ou d'un système de légalisation. N'importe quel produit de consommation humaine, depuis les automobiles que nous conduisons jusqu'aux aliments que nous mangeons, sont assujettis à certaines formes de réglementation. Contrôles de qualité, exigences environnementales, conformité aux normes industrielles, règlements sur l'accessibilité, sont autant de formes de réglementations qui sont nécessaires pour que nous ayons l'assurance que nous ne nous empoisonnerons pas en mangeant, ne conduirons pas des véhicules défectueux, ne brancherons pas des appareils dangereux.

La réglementation est la forme la plus courante de contrôle par l'État et le droit pénal intervient généralement lorsque les contrôles ont échoué ou lorsque les normes prévues n'ont pas été respectées.

Il en va de même actuellement du régime international de contrôle des stupéfiants. Et la loi canadienne porte sur les substances contrôlées. Le régime de contrôle peut aller de l'interdiction de tout usage sauf pour des fins médicales ou scientifiques (comme pour l'opium, la cocaïne ou le cannabis), à des formes moins sévères de contrôles, permettant une accessibilité à des produits même s'ils sont réputés dangereux, mais sous certaines conditions.

³⁰ Caballero et Bisiou, *op. cit.*, page 132.

³¹ UNDCP (2000) *op. cit.*, page 63

Classification des régimes de politiques juridiques

Examinant les divers régimes de politiques juridiques, MacCoun, Reuter et Schilling distinguent trois types de régimes de politiques juridiques : prohibitionnistes, à accès contrôlé et réglementés, chacun pouvant prendre diverses formes. Nous reproduisons à la page suivante le tableau qu'ils ont proposé pour classer les différents régimes.³²

Les régimes de prohibition varient selon divers axes : selon la nature de l'activité prohibée (possession, usage, usage en public, etc.), selon la sévérité des sanctions (amendes civiles, amendes pénales, incarcération), selon l'intensité de la répression (ressources, priorité) et selon la capacité plus ou moins grande d'exercer un pouvoir discrétionnaire (déjudiciarisation, mesures alternatives, etc.). Le lecteur comprendra mieux pourquoi la décriminalisation est en fait une mesure de prohibition assouplie.

Les régimes d'accès contrôlé sont dans une zone grise entre la prohibition et la réglementation. Par certains côtés, ils ressemblent davantage aux modèles de prohibition, notamment en donnant au médecin ou au pharmacien, le pouvoir de décider plutôt que de favoriser la responsabilité individuelle de l'utilisateur. C'est le modèle médical que critiquaient aussi bien Szasz que Caballero ou, plus près de nous, Malherbe dans son document de réflexion sur le rôle de l'éthique et de la santé publique. On voit mieux aussi pourquoi l'approche de réduction des méfaits s'inscrit dans cette zone grise, à cheval entre la prohibition et la réglementation, la prescription de méthadone ou d'héroïne pour le traitement des dépendances étant le cas de figure par excellence du pouvoir médical.

Enfin, le troisième type de modèle est le modèle réglementaire qui exerce divers types de contrôles sur le qui (qui peut acheter, restrictions aux mineurs), le quoi (les substances peuvent avoir des niveaux d'accessibilité différents), le comment (les points de vente, leur localisation, les exigences envers les producteurs et les vendeurs) et le quand (heures du jour, jours de la semaine, etc.).

³² Reproduit de MacCoun et coll., *op. cit.*, page 333. [Traduction]

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Prohibitionniste ↓ ↑ Accès contrôlé ↓ ↑ Réglementaire ↓ ↑	Prohibition pure : aucun usage possible (p.ex., cannabis)	Restrictions décroissantes ↓
	Prescription prohibitionniste : usage pour fins médicales seulement	
	Traitement : prescription pour le traitement de la dépendance (p.ex. la méthadone)	
	Prescription réglementée : autoadministration sous ordonnance pour le soulagement de problèmes psychologiques (p.ex., le système en vigueur pour le Valium)	
	Licences positives : disponibilité pour tout adulte ayant une licence démontrant sa capacité à faire un usage approprié	
	Licences négatives : disponible à tout adulte qui n'a pas renoncé à ce droit en violant certaines conditions (p.ex, acte criminel)	
	Marché libre pour adultes : semblable à l'alcool	
	Marché libre : aucune réglementation (p.ex la caféine).	

Nous sommes d'avis qu'il **n'existe fondamentalement que deux régimes** : un régime axé sur la prohibition et un régime de légalisation. L'un et l'autre reposent sur une réglementation, et c'est la nature, les orientations, de cette réglementation qui leur confère leurs qualités spécifiques.

Les régimes de prohibition se distinguent en régimes de prohibition pénale ou médicale. Dans le premier cas, celui qu'on appelle parfois la prohibition pure, l'institution au centre de la décision est la justice – police et tribunaux. Dans le second cas, l'acteur au centre de la décision est le médecin. Dans l'un et l'autre cas, l'utilisateur est considéré comme un « mineur », une personne en danger, qu'il faut protéger contre elle-même. C'est ce que d'aucuns appellent le paternalisme juridique. L'un et l'autre

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

seront plus ou moins stricts, plus ou moins sévères, mais reposent sur une conception selon laquelle tout usage mettant l'utilisateur et la société à risque doit être strictement contrôlé. Dans ce cas de figure, **la décriminalisation de l'usage est une variante faible de la prohibition**, comportant au final plus de désavantages que d'avantages. Non seulement elle n'agit pas sur le circuit de la production et conserve le caractère de l'illégalité, mais elle s'interdit de surcroît une réelle éducation des usagers à des conduites responsables et rend impossibles des actions fortes de prévention. Par contre, **l'approche de réduction des méfaits est la variante forte d'un régime prohibitionniste**. Reconnaisant qu'elle ne peut rien faire pour éliminer les dommages causés par la criminalisation des marchés, elle cherche cependant à réduire les effets pervers de la prohibition sur les usagers, les plaçant au cœur de sa pratique, en mettant en place des systèmes de connaissance du contenu des drogues (pensons par exemple à l'analyse des comprimés d'ecstasy lors des raves).

Régimes de prohibition			
	Acteur central	Degré de prohibition	Sévérité
Pénal	Police / Justice	Interdiction de fabrication, culture, production, vente, trafic, usage et consommation	+++
		Décriminalisation de l'usage avec traitement pénal / Déjudiciarisation	++
		Infractions civiles	+
Médical	Médecin	Usages thérapeutiques reconnus seulement	+ / -
		Traitement de la dépendance	+ / -
		Prescription générale d'un médecin	+ / -

Qu'il soit pénal ou médical, le régime de prohibition appelle une réglementation qui place la loi pénale en son cœur : tout rapport avec les drogues qui n'est pas autorisé sous le modèle médical sera puni d'une sanction pénale ou quasi-pénale.

L'autre type de régime repose sur une légalisation du cannabis. Il prend aussi diverses formes.

Régimes de légalisation

	Acteur central	Niveaux d'accessibilité	Degré de contrôle
Étatique	Collectivité	Licences d'utilisateur Licence de production / distribution / vente	+ ↓
Marché	Usager	Marché libre	-

Les régimes de légalisation vont de la délivrance d'une licence d'utilisateur sous certaines conditions (par exemple ne pas avoir de dossier pénal ou avoir eu des problèmes de dépendance), au libre marché sans aucune forme de contrôle.

Critères pour une politique juridique sur le cannabis

Certaines analyses ont exploré la question de l'efficacité comparative de régimes de politique publique en termes de coûts et bénéfices, d'autres en termes des coûts sociaux. Dans le premier cas, l'analyse est impossible à faire simplement parce qu'il n'y a pas deux stratégies vraiment différentes qu'on pourrait comparer : il n'existe pas un modèle de réglementation du cannabis qu'on pourrait comparer à un modèle de prohibition. L'autre approche consiste à réfléchir aux coûts sociaux induits par les drogues selon un modèle de « coût de la maladie » qui repose sur un scénario « contre-factuel » : que se passerait-il s'il n'y avait pas consommation de cette drogue ? Mais d'une part, comme nous l'avons vu au chapitre 18, il est difficile de connaître les coûts actuels induits par le cannabis et la réponse de politique publique à son endroit, et d'autre part il est impossible de prédire quels seraient les coûts sociaux réels.

« La question est de savoir si la société se porterait mieux en autorisant l'usage d'une ou plusieurs nouvelles drogues. La réponse ne peut être positive que si le bien-être collectif augmente (ou que le « coût social » de la drogue diminue). Nul ne sait quel serait l'impact sur le « coût social » de la légalisation des drogues illicites. L'augmentation du niveau de consommation, les effets de substitution entre les drogues actuellement illicites, le tabac et l'alcool, la baisse des effets négatifs des drogues imputables à l'illegalité actuelle, et a fortiori, le résultat de toutes ces variations combinées sont imprévisibles. Il est impossible de prouver la supériorité de la prohibition sur la légalisation, ni d'ailleurs le contraire. »³³

L'hypothèse du scénario contre-factuel dans les études des coûts sociaux des drogues pose elle-même un défi de taille puisqu'elle repose sur l'idée, jamais démontrée, de l'éradication de la consommation d'une drogue. Héritier du champ de la santé où

³³ Kopp, P., et P. Fenoglio (2000) *op. cit.*, page 12.

l'on peut effectivement réfléchir à partir d'un modèle contre-factuel parce que l'on peut, dans certains cas, éradiquer ou presque une maladie – pensons par exemple aux maladies infantiles – ce modèle ne s'applique pas dans le cas des drogues, à moins de faire un exercice tellement hypothétique qu'il faut se demander s'il en vaut l'effort. C'est une chose de tenter d'identifier le plus précisément possible la diversité des coûts sociaux et économiques induits par les drogues pour réfléchir ensuite aux choix de politiques publiques ; cela en est une autre de prétendre qu'on peut les mesurer réellement.

MacCoun, Reuter et Schelling proposent deux séries de critères, les premiers tenant compte des applications spécifiques aux diverses substances, et les seconds portant sur les coûts et conséquences acceptables. Une matrice en quatre axes leur permet de distinguer :

- Le domaine des conséquences : santé de la collectivité et des usagers ; fonctionnement de la collectivité et des individus en son sein ; ordre public et sécurité ;
- Les torts potentiels sur chacun de ces domaines ;
- Ceux qui subissent ces torts (usagers, trafiquants, proches, employeurs, voisins, société) ; et enfin
- La source primaire du tort (la substance, son statut juridique, l'intervention de la justice).

Comment choisir ? Établissons tout de suite que **la décision demeure nécessairement, en bout de piste, une décision politique**. Les données épidémiologiques sur les niveaux de consommation du cannabis et empiriques sur ses effets et conséquences sont claires : le cannabis n'est pas une substance psychoactive aussi dangereuse que les politiques d'interdiction voudraient le faire croire. Les données comparatives sur les politiques publiques, quoique limitées, sont elles aussi claires : les actions menées sous le modèle prohibitionniste ne sont pas efficaces. Ceci étant, nous ne savons évidemment pas quelles seront les conséquences d'un régime alternatif, en l'occurrence de l'approche réglementaire que nous proposons. C'est précisément pourquoi nous insistons pour que toute stratégie en la matière soit clairement axée sur des impératifs de santé publique et se donne des outils pour suivre l'évolution de sa mise en œuvre.

Applications au cannabis

Nous ne disposons pas de toutes les données empiriques permettant de décider de l'ensemble des conséquences potentielles des différents régimes. Cette situation s'explique par le simple fait que, pour être en mesure de produire ces données, il faudrait avoir fait l'expérience du contrôle du cannabis sous chacun de ces régimes. Or, nous n'avons connu, depuis le début du XXe siècle, qu'un régime de prohibition plus ou moins renforcé selon les cas de figure.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Au demeurant, parions que, même si nous disposions de données empiriques, les choix demeureraient, en bout de piste, des choix politiques parce que ce sont fondamentalement des choix de politiques publiques qui, comme nous l'a démontré notre chapitre sur les principes directeurs, ne sont pas déterminés par le savoir scientifique.

Néanmoins, si nous tentons d'appliquer ces critères au cannabis, nous pensons qu'un **régime d'accessibilité réglementée** est le plus à même de réduire les conséquences négatives pour les usagers et pour la société.

	Interdiction	Accessibilité contrôlée
Conséquences sur :		
La santé	<ul style="list-style-type: none"> - Négation de l'usage et donc absence de distinction entre formes d'usages (usage, usage à risque, abus) - Primauté de l'abstinence d'où la difficulté de faire une prévention adaptée à la réalité - Coûts de santé reliés à la méconnaissance des formes d'usage - Absence de contrôle de qualité qui peut occasionner des problèmes - Difficulté pour les usagers à reconnaître les usages à risque et à reconnaître les problèmes de dépendance qui peuvent exister 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation possible du nombre d'usagers - Meilleure reconnaissance de l'usage et meilleure capacité à distinguer entre les formes d'usage - Capacité à faire une prévention qui ne soit pas axée sur l'abstinence - Possible augmentation des soins de santé pour les usagers excessifs suite à une augmentation du nombre d'usagers - Possibilité de contrôler la qualité ainsi que le contenu en THC - Outils de dépistage des conduites à risque et formes de traitement non pénalisantes
Fonctionnement de la société et des individus	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleur rendement individuel (scolaire, professionnel) si la prohibition est entièrement réussie et s'il n'y a pas de substance de remplacement - Mise en contact des usagers avec des réseaux potentiellement criminalisés - Atteinte aux droits des personnes - Diminution théorique de la disponibilité de la substance - Augmentation théorique du prix de la substance 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité d'une augmentation de certaines conséquences négatives sur les usagers et leur entourage si le niveau de consommation augmente - Accessibilité légale de la substance qui normalise et démystifie - Élimination des conséquences négatives de la criminalisation sur les usagers - Contrôle des prix et de la disponibilité - Nécessité de contrôler la conduite avec facultés affaiblies - Nécessité de maintenir des interdictions relatives à la vente aux mineurs

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Ordre public et sécurité	<ul style="list-style-type: none">- Augmentation de la criminalité organisée- Trafics illégaux importants- Perte de respect pour la loi- Violence dans les milieux criminalisés	<ul style="list-style-type: none">- Diminution de la criminalité organisée- Contrôle accru du trafic illégal- Augmentation possible du sentiment d'insécurité des résidents près des points de vente
---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nous sommes tout à fait conscients que, pour ce qui est du régime réglementaire, nos énoncés sont tout à fait théoriques. Nous pensons toutefois que l'ensemble des données que nous avons recueillies sur le cannabis et ses dérivés justifie notre conclusion générale à l'effet que **la réglementation de la production, de la distribution et de la consommation de cannabis, pour autant qu'elle s'inscrive dans une politique publique intégrée et adaptée, est la mieux à même de répondre aux principes d'éthique axée sur l'autonomie, de gouvernance favorisant l'agir responsable et de limitation du droit pénal aux actes qui causent un préjudice démontrable à autrui. Un régime de réglementation sur le cannabis devrait permettre notamment :**

- **De cibler plus efficacement les trafics illégaux et de diminuer le rôle du crime organisé.**
- **De mener des programmes de prévention plus adaptés à la réalité et plus à même de prévenir et dépister les conduites à risque.**
- **De mieux contrôler les produits, leur qualité et leurs propriétés.**
- **De mieux informer et éduquer les usagers.**
- **De respecter les libertés individuelles et collectives et de mettre la loi en phase avec le comportement des Canadiens.**

Nous sommes d'avis que la société canadienne est prête pour une politique responsable de réglementation du cannabis pour autant qu'elle respecte ces principes fondamentaux.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites avait pour mandat d'examiner l'approche de politique publique canadienne en matière de cannabis, son efficacité et ses impacts, à la lumière des connaissances sur les effets sociaux et sanitaires du cannabis et du contexte international. Au cours des deux dernières années, nous avons entendu des experts canadiens et étrangers et revu une imposante somme de travaux de recherche scientifique, nous avons cherché à saisir l'état de l'opinion et des attitudes de nos concitoyens, nous avons réfléchi sur des principes directeurs susceptibles d'orienter une politique publique sur les drogues illicites, sur le cannabis en particulier. Notre rapport a tenté de faire le point sur l'état des connaissances et des pratiques, proposant au fil des chapitres un certain nombre de conclusions.

Nous dégageons ici les principales conclusions qui émergent de l'ensemble de ces informations, et présentons les recommandations qui en découlent, traduisant ainsi la thèse fondamentale qui sous-tend notre rapport, à savoir : ***dans une société libre et démocratique qui reconnaît fondamentalement mais non exclusivement la primauté du droit comme source de règles normatives, et où la puissance publique doit le plus possible favoriser l'autonomie et conséquemment utiliser avec parcimonie les outils de contrainte, une politique publique sur les substances psychoactives doit s'articuler sur des principes directeurs respectant la vie, la santé, la sécurité et les droits et libertés de chaque individu qui, naturellement et légitimement, recherche son bien-être et son épanouissement, et a la capacité de reconnaître la présence, la différence et l'équivalence de l'autre.***

IL Y A TRENTE ANS, LE DAIN

Il y a maintenant trente ans, la Commission Le Dain rendait public son rapport sur le cannabis. Cette Commission royale disposait de moyens autrement plus importants que les nôtres. Par contre, nous disposons d'une base de connaissances nettement plus élaborée ainsi que du recul additionnel que nous donnent ces trente ans.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

La Commission avait conclu que la criminalisation du cannabis n'avait reposé sur aucun fondement scientifique. Trente ans plus tard, nous pouvons réaffirmer sa conclusion et ajouter que la continuation de la criminalisation du cannabis ne se justifie toujours pas au regard des données scientifiques sur sa dangerosité.

La Commission avait entendu et étudié les mêmes arguments sur la dangerosité du cannabis : apathie, perte d'intérêt et de concentration, difficultés d'apprentissage. Certains commissaires, pour la majorité, avaient conclu que ces préoccupations, sans être prouvées, justifiaient une politique restrictive. Trente ans plus tard, nous pouvons affirmer que les études menées depuis n'ont pas confirmé la validité de ces éléments du syndrome dit amotivationnel et ajouter que la plupart des études infirment l'existence de ce syndrome pour cause de consommation de cannabis.

La Commission avait conclu qu'on ne connaissait pas suffisamment les effets de l'usage excessif et persistant. Nous pouvons affirmer que ces formes d'usage existent, qu'elles présentent des risques pour la santé, mais que ces usages excessifs demeurent le fait d'une minorité de consommateurs. Et ajouter aussi qu'une politique publique doit se donner les moyens de prévenir et dépister les conduites à risque, ce que nos politiques n'ont pas réussi à faire jusqu'à maintenant.

La Commission avait conclu que les effets à long terme du cannabis sur les fonctions cérébrales avaient été largement exagérés mais qu'ils pouvaient affecter le développement des adolescents. Nous abondons dans le même sens, précisant que les conséquences à long terme du cannabis semblent, dans la plupart des cas, réversibles et notant de surcroît que les adolescents qui sont ou deviennent consommateurs au long cours constituent une infime minorité de ceux qui expérimentent le cannabis. Et ajoutant encore qu'une politique publique doit précisément viser à prévenir l'usage précoce ainsi que les conduites à risque.

La Commission s'était inquiétée que la consommation de cannabis ne mène à l'usage d'autres drogues. Trente ans d'expérience aux Pays-Bas montrent amplement le contraire, de même que les politiques libérales de l'Espagne, de l'Italie ou du Portugal. Et chez nous, malgré l'augmentation constante des usagers de cannabis, nous n'avons pas proportionnellement plus d'usagers de drogues dures qu'il n'y en avait à l'époque.

La Commission s'était encore inquiétée que la légalisation ne signifierait l'augmentation de la consommation, notamment chez les jeunes. Nous n'avons pas légalisé et nous détenons l'un des taux les plus élevés au monde. Les pays qui ont adopté une politique plus libérale ont pour la plupart des taux moindres que les nôtres, et ont des taux qui se sont stabilisés après une courte période d'augmentation.

Trente ans plus tard, nous constatons que :

- **Des milliards de dollars ont été engloutis dans l'application des lois sur le cannabis sans donner plus de résultats : il y a plus de consommateurs, plus d'usagers réguliers, plus d'usagers réguliers chez les adolescents**

- **Des milliards de dollars ont été engloutis dans l'application des lois sur le cannabis pour en réduire l'offre sans donner plus de résultats : le cannabis est plus disponible que jamais, cultivé à grande échelle, exporté même, grossissant les coffres et augmentant le pouvoir d'organisations criminelles**
- **Des dizaines de milliers d'arrestations et de condamnations ont été prononcées pour possession de cannabis, des milliers de personnes incarcérées, sans affecter le moindre des tendances d'usage, mais augmentant encore davantage le fossé que la Commission avait noté entre la loi et son respect par le public.**

Il est temps de se rendre à l'évidence : nos politiques ont été inefficaces parce que ce sont de mauvaises politiques.

L'INEFFICACITÉ DES PRATIQUES ACTUELLES

Il n'y a pas, à proprement parler, de stratégie ni fédérale ni nationale. Certaines provinces ont une stratégie, d'autres non. Il y a beaucoup de bruit mais peu d'actions fortes. En l'absence d'indicateurs clairs et acceptés par l'ensemble des acteurs pour évaluer l'efficacité des politiques publiques au Canada, il est difficile de déterminer si les actions menées sont efficaces. Puisque la politique vise à réduire la demande, c'est-à-dire les taux d'usage, et l'offre en diminuant la disponibilité et poussant les prix à la hausse, on peut au moins utiliser ces deux indicateurs.

Si l'on examine les tendances d'usage de cannabis, tant chez les adultes que chez les jeunes, **force est d'admettre que nos politiques sont inefficaces**. Nous avons vu au chapitre 6 que les tendances d'usage sont en augmentation. Si nos estimations reflètent adéquatement la réalité, pas moins de 2 millions de Canadiens âgés entre 18 et 65 ans ont fait usage du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois, et au moins 750 000 jeunes entre 14 et 17 ans ont fait usage du cannabis au moins une fois par mois et environ le tiers d'entre eux à chaque jour, proportions qui seraient, au moins dans les quatre provinces les plus peuplées, en augmentation. Qu'il s'agisse de l'usage ou des usages à risque, toutes les données laissent penser que l'un et l'autre sont en augmentation.

Évidemment, il faudrait être en mesure d'établir clairement si l'objectif poursuivi est l'horizon d'une société sans drogue, du moins sans cannabis, ou si l'on vise à réduire les conduites à risque et les abus. Mais là dessus, on nage en pleine confusion tant nos politiques publiques ont maintenu l'emploi de termes vagues et refusé de décider si elles sont axées sur l'abus de substances comme l'indique la terminologie anglaise de plusieurs documents ou la lutte à la toxicomanie comme le veulent les titres français.

Il y a beau jeu de condamner la « banalisation » du cannabis dans la population pour « expliquer » ces augmentations : mais il faudrait aussi savoir pourquoi cette banalisation, si tant est qu'elle se produise. Et il faudrait aussi savoir d'où proviendrait cette banalisation, tenant compte de la prégnance des discours anti-drogues. On peut blâmer les tribunaux et les juger trop laxistes : peut-être les juges ont-ils une longueur d'avance sur les responsables des politiques sur le cannabis et de l'application des lois. Il faudrait d'ailleurs savoir si les sentences sont vraiment aussi faibles que certains le prétendent. Il faudrait surtout se demander si des sentences plus sévères seraient un dissuasif efficace, sachant par ailleurs que le risque de détection par la police – que les corps policiers eux-mêmes estiment à guère plus de 10 % – est un dissuasif beaucoup plus important que la sentence. Bon an mal an, plus de 20 000 Canadiens sont arrêtés pour possession simple de cannabis seulement, et peut-être jusqu'à 50 000 selon la manière d'interpréter les statistiques. C'est déjà beaucoup trop de Canadiens pour ce type de comportement. Pourtant, rapporté au nombre d'usagers au cours des 12 derniers mois, soit environ 3 millions de personnes au total, ce sont des chiffres dérisoires. Il ne faut pas croire qu'on pourrait augmenter significativement ce nombre même en consacrant des milliards supplémentaires à la répression policière. Et il ne faut surtout pas penser qu'on devrait même tenter de le faire.

Si l'on examine la disponibilité et le prix des drogues, **il faut aussi admettre que les politiques de réduction de l'offre sont inefficaces.** Partout au Canada, et en Colombie-Britannique et au Québec plus qu'ailleurs, l'industrie du cannabis est en croissance, inondant les marchés locaux, irritant nos voisins américains, alimentant plein les coffres le monde interlope. Quant aux prix, ils ne diminuent pas soit, mais la qualité des produits augmente, notamment le contenu en THC – même si nous doutons de l'ampleur de l'augmentation qui nous a parfois été rapportée. Pourtant, les organisations policières disposent déjà de plus de pouvoirs et de latitude en matière de drogues qu'en toute autre matière pénale, plus encore depuis la tragédie du 11 septembre 2001. Pourtant, les sommes consacrées à la répression représentent déjà plus de 90 % de toutes les dépenses relatives aux drogues illicites toutes drogues confondues. Jusqu'où veut-on aller plus loin ?

Clairement, les réponses actuelles sont inefficaces. Et elles sont inefficaces. C'est un peu comme jeter l'argent des contribuables par la fenêtre au nom d'une croisade que la dangerosité du produit ne justifie pas. On nous a dit que les drogues, le cannabis inclus, ne sont pas dangereuses parce qu'illégales mais illégales parce que dangereuses. C'est peut-être vrai d'autres drogues, ce ne l'est pas du cannabis. Il faudrait qu'on se le dise une fois pour toutes et qu'on cesse de faire prendre une croisade pour la poursuite du bien public.

UNE POLITIQUE PUBLIQUE BASÉE SUR DES PRINCIPES DIRECTEURS

On peut souhaiter la santé pour tous et le bonheur au quotidien. Mais chacun d'entre nous sait combien l'un et l'autre sont fragiles. Surtout, nous savons tous que ni la santé ni le bonheur ne peuvent être imposés. Moins encore imposés par le droit criminel au nom d'une certaine idée de la morale. Quoique alléchants que puissent être les appels à une société sans drogues, et même si certains pourraient souhaiter que personne n'ait envie de fumer, de boire de l'alcool, ou de fumer un joint, nous savons en même temps que ces comportements, pour le meilleur et pour le pire, font partie de la réalité sociale et de l'histoire de l'humanité.

Quel doit alors être le rôle de l'État ? Ni abdiquer et laisser les marchés des drogues à l'état sauvage, ni non plus imposer une manière de vivre. Nous avons plutôt opté pour une conception où les politiques publiques de l'État doivent **favoriser et soutenir l'émancipation des personnes et des collectivités**. Pour certains, ce sera sûrement l'émancipation hors des drogues. Mais pour d'autres, la voie de l'émancipation peut passer par l'usage de drogues. Et pour la société dans son ensemble, cela signifie un État qui ne dicte pas ce qu'il convient d'ingurgiter et sous quelle forme. Soutenir l'émancipation signifie alors, obligatoirement, flexibilité et adaptabilité. C'est pourquoi une politique publique sur le cannabis saura être claire en même temps que tolérante, servir de guide en même temps que se retenir d'imposer une norme unique. Cette conception du rôle de l'État s'appuie sur une **éthique de l'autonomie et surtout de la responsabilité des personnes et des collectivités**. Il est effectivement beaucoup plus difficile de laisser aux personnes la capacité de prendre leurs décisions ; plus difficile parce que donnant moins l'illusion du contrôle. Mais précisément, c'est une illusion ; et nous le savons. Réconfortante peut-être à certains moments, mais susceptible de susciter combien d'excès, combien de souffrances inutiles aussi. Une éthique de la responsabilité informe sur les attentes sociales (ne pas consommer en public, ne pas vendre aux enfants), éduque sur les comportements responsables (reconnaître les conduites à risque, savoir consommer avec modération), et soutient les personnes en difficulté (en offrant un éventail de traitements).

De cette conception de l'action publique, découle un rôle restreint pour le droit pénal. En matière de cannabis, **il s'agira uniquement de proscrire les comportements qui causent un tort démontrable à autrui** : trafics illégaux, vente à mineurs, conduite avec facultés affaiblies.

Enfin, une politique publique saura tirer parti des connaissances et de la recherche scientifique sans tomber dans l'illusion scientifique comme si la science pouvait donner des réponses aux questions d'ordre politique. Oui, la connaissance a un rôle à jouer, et important, comme **outil d'aide à la décision**. Autant pour aider aux décisions de la puissance publique que celles des citoyens. Mais la science ne peut qu'être cela, et c'est bien suffisant. C'est pourquoi nous pensons qu'un observatoire des drogues et des dépendances, ainsi qu'un programme de recherches s'imposent : pour aider à la décision de ceux qui suivront après nous.

UNE STRATÉGIE FÉDÉRALE CLAIRE ET COHÉRENTE

Même si nous nous sommes concentrés sur le cannabis, nous avons été à même d'observer les faiblesses inhérentes de la stratégie fédérale en matière de substances psychoactives. À l'évidence, il n'y a pas de véritable stratégie et d'orientation d'actions. Derrière le leadership supposé de Santé Canada, se profilent en effet une absence de moyens réels d'action, un patchwork d'approches désarticulées entre les diverses substances, un éclatement aussi des actions des divers ministères. Certes, il y a des structures de coordination, mais sans des moyens véritables et des orientations claires, chacun mène ses actions selon ses priorités. Il en résulte que sont financés toute une série de programmes d'action sans que l'on puisse discerner la logique d'ensemble.

De nombreux acteurs nous ont fait part de leur désarroi devant ce puzzle dont les morceaux semblent parfois évanescents, cet empilement de décisions dont on voit mal la cohérence et qui occasionnent maintes frictions sur le terrain. Divers observateurs étrangers nous ont aussi souligné leur étonnement que le Canada, pays riche et qui n'est pas à l'abri des problématiques liées aux substances psychoactives, n'ait pas un « champion », un porte-parole, une figure d'autorité capable de maîtriser les enjeux réels en même temps que d'obtenir une véritable concertation entre les acteurs.

C'est pourquoi nous recommandons la création d'un poste de conseiller national en matière de substances psychoactives au sein du Bureau du Conseil Privé. Il ne s'agit pas de créer une superstructure gérant l'ensemble des budgets et actions relatives aux substances psychoactives. En clair, nous envisageons une approche semblable à celle de la Mission interministérielle à la drogue et à la toxicomanie en France plutôt qu'une approche semblable à celle de l'Office pour la politique sur le contrôle des drogues aux États-Unis.

Soutenu par un petit secrétariat et par les personnels prêtés par les ministères, ce Conseiller aurait pour mandat de conseiller le Cabinet et le Premier ministre sur les questions nationales et internationales relatives aux substances psychoactives, d'assurer la coordination fédérale entre les ministères et agences, de veiller à l'élaboration et à l'atteinte des objectifs d'action du gouvernement fédéral en matière de substances psychoactives et d'agir comme porte-parole du Gouvernement canadien sur la scène internationale sur les questions relatives aux substances psychoactives.

Recommandation 1

Le Comité recommande que soit créé, au sein du Bureau du Conseil privé, un poste de Conseiller national sur les substances psychoactives et les dépendances ; que ce conseiller soit appuyé d'un petit secrétariat ; et que chaque ministère et organisme fédéral concerné par les substances psychoactives détachent auprès de ce secrétariat et à sa demande, le personnel nécessaire.

UNE STRATÉGIE NATIONALE SOUTENUE PAR DES MOYENS ET DES OUTILS

Une politique et une stratégie fédérales ne font pas une stratégie nationale. Provinces, territoires, municipalités, organismes communautaires, voire le secteur privé, y jouent un rôle, chacun selon son champ de compétences, chacun selon ses priorités. C'est nécessaire et cette diversité mérite d'être encouragée. Au même moment, il faut aussi encourager une certaine harmonisation et surtout des échanges fructueux sur les pratiques et les embûches, sur les progrès et les reculs, sur les connaissances. Hormis les actions portées à bout de bras et avec peu de moyens par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, il y a trop peu d'occasions et de mécanismes favorisant ces échanges. **L'importance des enjeux relatifs aux drogues et aux dépendances, aujourd'hui comme demain, justifie que le Gouvernement du Canada consacre des moyens et se dote des outils susceptibles de contribuer véritablement à des politiques justes, équitables et éclairées.**

Comme la plupart des observateurs canadiens et étrangers de la situation des drogues, nous n'avons pu que constater la faiblesse de nos outils et moyens de détermination et de suivi de nos objectifs de politique publique en matière de substances psychoactives. On peut ne pas être d'accord avec les objectifs chiffrés que propose l'Office américain du tsar sur les drogues pour la réduction de la consommation ou pour le nombre de programmes de traitement implantés et évalués. On peut au moins reconnaître qu'il s'agit là de balises proposées à l'ensemble des acteurs et de points de référence pour une évaluation des progrès accomplis.

On peut ne pas être tout à fait à l'aise avec la complexité du processus australien de définition d'objectifs où une grande conférence quinquennale réunit l'ensemble des partenaires des divers paliers de gouvernement, des institutions et du milieu associatif, mais on peut au moins constater que les objectifs agréés par l'ensemble des participants constituent un cadre de référence clair et permettent une meilleure harmonisation.

On peut encore penser lourde la structure de connaissance sur les tendances et modes d'usage des drogues telle qu'on la voit en Europe dans l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et dans les quinze pays de l'Union, ou coûteuse la pratique américaine de mener diverses études épidémiologiques chaque année. On peut même admettre que les enquêtes menées souffrent d'un certain nombre de problèmes et sont loin de fournir une représentation parfaite des phénomènes de consommation de substances psychoactives. Mais au moins ces outils, cités internationalement, permettent à la fois de constituer une base d'information solide pour analyser les évolutions dans le temps, pour tenter de saisir l'apparition de nouveaux phénomènes de consommation et y réagir rapidement, pour évaluer la pertinence et l'efficacité des actions menées. Rien de tout cela n'existe au Canada et, parmi les pays riches de l'Occident, nous sommes les seuls à ne pas disposer d'une telle structure de connaissance.

Pour ces diverses raisons, le Comité recommande que le Gouvernement du Canada soutienne diverses actions susceptibles de permettre l'élaboration d'une

véritable stratégie nationale. Il s'agirait en premier lieu de convoquer une conférence nationale avec l'ensemble des partenaires pour fixer les objectifs et priorités d'action sur un horizon de cinq ans. Cette conférence devrait aussi identifier des indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis après cinq ans. En deuxième lieu, il faut refonder le Centre canadien sur l'alcoolisme et la toxicomanie. Non seulement cet organisme n'a-t-il pas de moyens, mais de surcroît il est toujours sujet aux aléas de la volonté politique du ministre de la Santé. Le Centre devrait disposer d'un budget aux dimensions des problématiques des substances psychoactives ainsi que de l'indépendance nécessaire lui permettant de mener ses travaux. Enfin, il faut aussi constituer au sein du Centre un véritable observatoire canadien des drogues et des dépendances.

Recommandation 2

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada mandate le Conseiller national sur les substances psychoactives et les dépendances à convoquer pour 2003 une conférence nationale de haut niveau regroupant les acteurs clés des provinces, territoires, municipalités et associations, pour fixer des objectifs et des priorités d'action en matière de substances psychoactives sur un horizon de cinq ans.

Recommandation 3

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada modifie la législation habilitante du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies pour en changer l'appellation pour *Centre canadien sur les substances psychoactives et les dépendances* ; en faire un organisme relevant du Parlement du Canada ; doter cet organisme d'un budget de fonctionnement annuel de base de 15 millions \$ sujet à révision annuelle à la hausse ; exiger de cet organisme qu'il dépose au Parlement fédéral et aux Assemblées et Parlements des provinces et territoires un rapport annuel sur les actions menées, les enjeux soulevés par la pratique, la recherche et les tendances ; mandater cet organisme à assurer la coordination nationale de la recherche sur les substances psychoactives et les dépendances, et à mener certaines études sur des questions spécifiques ; et mandater le Centre à réaliser à tous les cinq ans une évaluation de la stratégie nationale en matière de substances psychoactives et de dépendances.

Recommandation 4

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada inclue spécifiquement dans la législation constituant le Centre canadien sur les drogues et les dépendances la création, au sein du Centre, d'un *Observatoire canadien sur les substances psychoactives et les dépendances* ; prévoit que cet Observatoire soit mandaté pour mener, à chaque deux ans, en collaboration avec les organismes pertinents, des enquêtes sur les tendances d'usage des drogues et problématiques de dépendances dans la population adulte ; assure avec les provinces et les territoires l'harmonisation des études en population étudiante et leur régularité aux deux ans ; mène des études ponctuelles sur des sujets spécifiques ; et dépose un rapport bisannuel sur les tendances d'usage et les problématiques émergentes.

UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Lorsque le cannabis a été inclus parmi les drogues prohibées en 1923, il n'y a eu ni débat public ni discussion des effets connus de cette drogue. En fait, les opinions exprimées étaient sans commune mesure avec les dangers que pouvait représenter cette substance. Un demi-siècle plus tard, la Commission royale d'enquête sur l'usage non médical des drogues, la Commission Le Dain, avait apporté un peu plus de rationalité dans le débat sur le cannabis et fait le point sur l'état des connaissances. Ses commissaires étaient divisés non pas tant sur la nature de la drogue et de ses effets que sur le rôle de l'État et du droit pénal pour atteindre des objectifs de santé publique. Trente ans après le rapport de la Commission Le Dain, nous pouvons affirmer que, consommé de manière modérée, **le cannabis en soi présente peu de dangers pour les usagers ou pour la société, mais que certaines formes d'usage présentent des risques pour les usagers.**

Par contre, en plus d'être inefficace et coûteuse, la criminalisation actuelle entraîne une série de conséquences perverses pour les usagers qu'elle marginalise et expose au risque discriminatoire de l'arrestation et de la procédure judiciaire, pour la société en alimentant les réseaux de criminalité organisée qui profitent de la prohibition, et pour les gouvernements en diminuant leur capacité à faire une véritable prévention des usages à risque.

Ajoutons que, **même si le cannabis avait des effets négatifs importants, il faudrait s'interroger sur la pertinence d'utiliser la voie pénale pour en limiter les conséquences.** Nous avons démontré que le droit pénal n'est pas un outil de

gouvernance approprié dans les matières relevant de choix personnels et dont on sait que la prohibition s'accompagne d'effets pervers souvent plus importants que les effets positifs escomptés. Mais l'état des connaissances accumulées sur le cannabis, ses effets et ses conséquences, nous permet de ne pas avoir même à soulever cette question.

Pour autant, les données disponibles montrent qu'on ne peut plus continuer à se cacher l'ampleur du phénomène de consommation de cannabis. Nous avons vu en effet au chapitre 6 que pas moins de 30 % des Canadiens et Canadiennes (12 à 64 ans) auront expérimenté le cannabis au moins une fois au cours de leur vie, proportion qui est probablement une sous-estimation. Nous avons vu que chez les jeunes de niveau secondaire, la proportion de ceux qui ont consommé du cannabis aux cours de la dernière année avoisine les 50 %. Et pourtant, le taux de discontinuation est très élevé et la vaste majorité des expérimentateurs ne deviennent pas des usagers réguliers. Même chez les usagers réguliers, seule une faible proportion développe des problèmes objectifs de consommation excessive qui pourra inclure un certain niveau de dépendance psychologique. Les usagers ne suivent pas une trajectoire de consommation qui les mène inévitablement du moins vers le plus, mais ont plutôt des consommations en dents de scie. Les usagers réguliers tendent aussi à avoir une consommation élevée au début de la vingtaine, qui diminue ou se stabilise par la suite, et qui pour la grande majorité cesse au milieu de la trentaine.

Affirmer ce qui précède, ce n'est pas pour autant affirmer que la consommation de cannabis devrait être encouragée ni non plus qu'elle devrait faire l'objet d'un laisser-faire total. Évidemment, il s'agit d'une substance psychoactive qui a certains effets sur les fonctions cognitives et motrices. Lorsque fumé, le cannabis peut entraîner des effets nocifs sur les voies respiratoires et comporte probablement aussi un potentiel cancérigène. Chez certaines personnes vulnérables, il convient de chercher le plus possible à prévenir l'usage. C'est le cas pour les jeunes de moins de 16 ans et des personnes que certaines conditions personnelles peuvent rendre plus vulnérables (par exemple les personnes ayant des prédispositions psychotiques). Chez les usagers adultes, il convient de promouvoir une utilisation raisonnable comme on le fait pour l'alcool. Puisqu'il existe, comme pour toute substance, des usages à risque, il convient d'élaborer des mesures de prévention et des outils de dépistage et de développer les approches de traitement pour les personnes qui en font un usage excessif. Enfin, il va de soi qu'il faut dissuader la conduite sous l'influence de cannabis tant par des mesures d'éducation que par des mesures pénales sévères.

Comme pour toute autre substance, il existe des usages à risque et des usages excessifs. Il n'existe pas de critère objectif universellement admis sur les frontières entre usage, usage à risque et usage excessif. On sait que le contexte d'usage, l'âge d'initiation, la qualité du produit consommé et la quantité sont des facteurs qui interviennent dans le passage d'une forme d'usage à l'autre. Nous avons identifié, aux chapitres 6 et 7 divers critères que nous rassemblons dans le tableau que nous présentons à la page suivante.

Proposition de critères pour différencier les usages

	Contexte	Quantité	Fréquence	Durée et intensité
Expérimentation / Occasionnel	Curiosité	Variable	Quelques fois au cours de la vie	Aucune
Régulier	Récréatif, festif Surtout le soir Surtout en groupe	Quelques joints Moins d'un gramme par mois	Quelques fois par mois	S'échelonne sur quelques années mais rarement intensif
À risque	Récréatif et occupationnel (pour aller à l'école, au travail, faire du sport...) Seul, le matin Moins de 16 ans	Entre 0,1 et 1 gramme par jour	Quelques fois par semaine, le soir, les fins de semaine surtout	S'échelonne sur plusieurs années avec des pics d'intensité élevée
Excessif	Occupationnel et problèmes personnels Usages dérégulés	Plus d'un gramme par jour	Plus d'une fois par jour	S'échelonne sur plusieurs années avec une intensité élevée continue pendant plusieurs mois à la fois

Il est temps de reconnaître que si **le cannabis en soi ne représente que très peu de danger pour les usagers et pour la société, certains usages présentent des risques**. C'est pourquoi une politique publique doit **se concentrer sur la prévention des usages à risque et l'aide et le traitement aux usagers excessifs**.

Recommandation 5

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada adopte une politique intégrée sur les risques et les méfaits des substances psychoactives portant sur l'ensemble des substances (médicaments, alcool, tabac et drogues illicites). En matière de cannabis, cette politique sera axée sur l'éducation des consommateurs, la détection et la prévention des usages à risque et le traitement des usages excessifs.

UNE APPROCHE RÉGLEMENTAIRE SUR LE CANNABIS

La prohibition du cannabis **ne produit pas les bénéfices escomptés de réduction de l'usage ni des usages à problème.** Mais elle entraîne toute une série de conséquences perverses. Les usagers sont marginalisés et plus de 20 000 Canadiens sont arrêtés chaque année pour simple possession de cannabis. Dans les écoles, les jeunes ne jouissent plus des mêmes protections de leurs droits constitutionnels et civiques que les autres personnes. Les organisations criminelles bénéficient de la prohibition et augmentent leur pouvoir et leur richesse grâce à la criminalisation du cannabis. Et chacun sait que l'on n'abolira pas l'usage de drogues dans nos sociétés, du cannabis en particulier.

Certains pourront penser qu'une politique alternative consiste à baisser les bras et à renoncer à la promotion du bien-être des Canadiens et des Canadiennes. Certains pourront soutenir qu'une approche de réglementation du cannabis constituerait un affront aux valeurs fondamentales de notre société. Nous pensons au contraire que la continuation de la prohibition met la santé et le bien-être des citoyens du pays davantage en danger qu'une mise en marché réglementée du cannabis. Nous pensons que le maintien de la criminalisation est un affront aux valeurs fondamentales consacrées dans la Charte canadienne des droits et libertés et dans l'histoire de ce pays fondé sur la diversité et la tolérance.

Nous ne souhaitons pas que l'usage augmente, spécialement chez les jeunes. Mais les données que nous avons examinées aux chapitres 6 et 20 sur une base comparative montrent à l'évidence que les pays tels les Pays-Bas, l'Australie ou la Suisse ayant adopté une approche plus libérale n'ont pas vu leurs niveaux de consommation augmenter sur le long terme pour cette raison. Les mêmes données ont aussi montré clairement que des pays ayant une approche très restrictive comme la Suède et les États-Unis sont aux extrêmes en termes de niveaux de consommation, tandis que des pays ayant des approches libérales similaires comme les Pays-Bas et le Portugal sont aussi aux extrêmes entre eux et surtout sont quelque part entre la Suède et les USA. En somme, nous avons conclu que les politiques publiques en soi ont peu d'effet sur les tendances d'usage du cannabis et que d'autres facteurs, plus complexes et plus difficiles à maîtriser, interviennent davantage pour expliquer les variations.

Un régime d'exemption rendant le cannabis disponible légalement aux personnes de plus de 16 ans signifiera probablement une augmentation de la consommation pendant une certaine période. Ce niveau plafonnera ensuite, au fur et à mesure que l'intérêt s'éteindra et que les programmes de prévention efficaces seront implantés. Il suivra ensuite une tendance en dents de scie, marquée de pics et de creux, comme dans la plupart des autres pays.

Ni abdication ni à plat ventrisme, mais plutôt une vision du rôle de l'État et du droit pénal qui consistent à **susciter et favoriser l'action humaine sans la contrôler, à ne stipuler que les interdits nécessaires** relatifs aux principes fondamentaux du

respect de la vie et de l'autre et à la vie collective harmonieuse, et à **soutenir et aider** et non à juger et condamner la différence.

On peut souhaiter un monde sans drogues. Moins de fumeurs de tabac. Moins d'alcoolisme. Moins de dépendance aux médicaments prescrits. Mais on sait qu'on n'éliminera pas ces maux. Et surtout, on ne choisit pas de les criminaliser. C'est la même approche, la même attitude, que nous pensons la plus saine et la plus respectueuse en matière de cannabis.

C'est pourquoi nous recommandons que le Gouvernement du Canada modifie la Loi réglementant certaines drogues et autres substances afin que la production et la vente de cannabis soient exemptées des infractions criminelles sous réserve d'obtention d'une licence. Certaines conditions seront attachées à l'obtention des licences ainsi qu'à la production et à la vente, que nous avons tenté de préciser et qui se trouvent à la fin de ce chapitre afin de ne pas alourdir le texte. Notons immédiatement que nous proposons d'exclure les fabricants de cigarettes de la production et de la vente de cannabis.

Recommandation 6

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada modifie la Loi réglementant certaines substances et autres drogues dans le but de créer un régime d'exemption criminelle. Cette loi prévoira : les conditions d'obtention des licences ainsi que de production et de vente ; des sanctions pénales pour le trafic illégal et l'exportation ; et le maintien des sanctions criminelles pour toute activité ne se conformant pas au régime d'exemption.

Recommandation 7

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada adopte une loi d'amnistie pour toute personne condamnée pour possession simple de cannabis en vertu de la Loi actuelle et des lois précédentes.

UNE APPROCHE DE COMPASSION POUR LES USAGES THÉRAPEUTIQUES

Nous avons vu au chapitre 9 que le cannabis n'a pas été établi comme médicament au sens pharmacologique du terme. Aux difficultés inhérentes à mener des études sur les applications thérapeutiques du cannabis, s'ajoutent des difficultés tenant au contexte juridique actuel et au coût pour les gouvernements de mener des études cliniques dont on sait qu'elles sont dispendieuses.

Ceci dit, nous ne doutons pas que, dans un certain nombre de conditions médicales, et pour certaines personnes, le cannabis soit effectivement une thérapie efficace et utile. L'est-il plus que ne le seraient d'autres médicaments ? Peut-être pas. Les médecins peuvent-ils présentement prescrire en toute confiance une dose de cannabis ? Sûrement pas. Les personnes atteintes de certaines affections physiques devraient-elles avoir la possibilité d'utiliser du cannabis si elles le désirent et quand le diagnostic de leur condition a été établi par un praticien dûment reconnu ? Nous en sommes persuadés.

La réglementation adoptée en 2001 par le ministre de la Santé, si elle constitue un pas dans la bonne direction, est fondamentalement insatisfaisante. Elle ne facilite pas l'accès au cannabis thérapeutique. Elle ne tient pas compte de l'expérience et de l'expertise disponible dans les organismes de compassion. Elle est limitée à la marijuana et n'inclut pas les dérivés du cannabis tels le haschich et les huiles.

Pour ces raisons, nous recommandons que le ministre de la Santé du Canada modifie la réglementation sur l'accès du cannabis aux fins médicales afin de permettre l'accès au cannabis thérapeutique fondé sur la compassion. De même que pour la section précédente, nous avons inclus des propositions de règles à la fin de ce chapitre.

Recommandation 8

Le Comité recommande que le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* soit modifié afin de prévoir des nouvelles règles concernant l'admissibilité, la production et la distribution de cannabis aux fins thérapeutiques. De plus, la poursuite de la recherche sur le cannabis thérapeutique est essentielle.

DISPOSITIONS SUR LA CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DU CANNABIS

Nous avons vu au chapitre 8 que les effets du cannabis seul sur la conduite de véhicules n'ont pas été clairement établis par la recherche. Néanmoins, il y a suffisamment d'indications à l'effet que la conduite sous l'influence du cannabis modifie certaines capacités motrices et affecte la capacité à rester dans sa voie. Nous avons aussi vu que les effets combinés de consommation de cannabis et d'alcool diminuent les facultés davantage que l'alcool seul. Or, les enquêtes épidémiologiques montrent qu'un certain nombre d'usagers de cannabis prennent le volant sous l'influence et qu'une proportion importante, principalement chez les jeunes, semble croire que le cannabis ne diminue pas leurs facultés de conduite.

Ce chapitre avait aussi montré qu'il n'y a pas d'outil fiable et non intrusif de détection sur site. Des outils recourant à la salive sont prometteurs mais donnent pour

le moment des résultats trop instables. Par ailleurs, nous avons vu que le système de reconnaissance visuelle élaboré et évalué principalement aux États-Unis constituait un outil fiable de détection de facultés affaiblies sous l'influence de drogues.

Recommandation 9

Le Comité recommande que le Code criminel soit modifié pour abaisser le seuil d'alcoolémie à quarante milligrammes d'alcool par cent millilitres de sang lorsqu'il y a présence de drogues, notamment mais pas exclusivement de cannabis ; et pour admettre en preuve le témoignage de policiers experts formés à la reconnaissance de conduite sous l'influence de drogues.

POURSUIVRE LA RECHERCHE

La recherche sur les substances psychoactives, et tout particulièrement sur le cannabis, a véritablement explosé au cours des vingt dernières années. Le Comité a pu constater d'expérience à quel point, puisque nous avons fait face au défi d'en tenter une synthèse. Toute la recherche n'est pas de même qualité et il est vrai que le climat juridique et politique actuel sur le cannabis nuit à la rigueur et à l'objectivité des études. Nous disposons donc d'une base de connaissances solide, celle qui nous a servi à appuyer nos conclusions et recommandations précédentes.

Il demeure toutefois un certain nombre de domaines sur lesquels il conviendrait de mener davantage d'études. Au chapitre 6, nous avons vu que les connaissances sur les usages et les contextes d'usage sont limitées, faute d'études de terrain auprès des usagers. Dans la même veine, il est pour le moment difficile d'établir des critères sur les diverses formes d'usage susceptibles de guider les acteurs de prévention. Nous avons suggéré que toute consommation de plus d'un gramme de cannabis par jour est excessive, qu'une consommation entre 0,1 et 1 gramme par jour est une consommation à risque. Nous avons aussi suggéré que toute consommation chez les moins de 16 ans est une consommation à risque. Ce sont là des spéculations informées, mais des spéculations tout de même, que la recherche devrait explorer.

Nous avons aussi vu aux chapitres 16 et 17 que nous connaissons peu de choses des actions de prévention et des traitements les plus efficaces. Ici aussi, le contexte a nui. En matière de prévention, le message plus ou moins implicite du « *just say no* » et l'accent sur la prévention de l'usage ont été des stratégies dictées par un contexte de prohibition. En matière de traitement des usagers à problème, les modèles de l'abstinence ont été longtemps dominants et ils cohabitent encore mal avec des modèles de réduction des méfaits. Il y aurait lieu de mener des études d'évaluation rigoureuses.

Le Centre canadien sur les substances psychoactives et les dépendances doit jouer un rôle clé sur la coordination des études et la dissémination de leurs résultats. Le Centre n'a pas à mener les études lui-même. Elles peuvent et doivent souvent être menées par des universitaires. Les Instituts de recherche en santé sont aussi des collaborateurs évidents. Néanmoins, il importe qu'un dépositaire central de l'information issue de la recherche soit clairement identifié pour que ses résultats soient les plus largement disséminés et, souhaitons-le, utilisés.

Recommandation 10

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada constitue un fonds national de la recherche sur les substances psychoactives et les dépendances qui permettra de financer la recherche sur des questions clés et notamment sur les diverses formes d'usages, sur les applications thérapeutiques du cannabis, sur les outils de détection de la conduite sous influence, sur les programmes de prévention et de traitement efficaces ; et que le Gouvernement du Canada mandate le Centre canadien sur les substances psychoactives et les dépendances pour coordonner l'effort national de recherche et agir comme centre de ressources.

POSITIONNEMENT INTERNATIONAL DU CANADA

Le Comité est tout à fait conscient que le Canada, s'il choisit la voie rationnelle que le Comité lui recommande pour la réglementation du cannabis, contreviendrait ainsi aux dispositions des Conventions et Traités internationaux qui gouvernent les drogues. Nous sommes aussi conscients des implications diplomatiques de cette approche, notamment avec nos voisins américains.

Nous ne voulons pas reproduire à la frontière canado-américaine les embrouilles qui ont marqué les relations néerlandaises, françaises, belges et allemandes au cours de la période 1985-1995 sur la question du narco-tourisme. C'est un des motifs qui justifie que la distribution du cannabis et ses dérivés aux fins récréatives soit restreinte aux résidents Canadiens.

Mais nous savons qu'en ce moment même une partie importante du cannabis produit au Canada est destinée à l'exportation et que le principal «client» est notre voisin du Sud. Nous savons aussi qu'une partie importante de l'héroïne et de la cocaïne arrivant au Canada transite par les États-Unis. Nous savons surtout que ce n'est pas le cannabis canadien qui explique la montée en puissance des niveaux de consommation

aux États-Unis. Il appartient à chacun de nous de mettre de l'ordre dans sa propre maison avant de critiquer l'agencement des meubles chez l'autre.

Au plan international, le Canada devra soit se retirer temporairement des Conventions et traités soit accepter de leur être en contravention temporairement tout en demandant à la communauté internationale de les modifier. Nous optons pour la seconde approche, selon nous plus conforme à la tradition et à l'esprit de la politique étrangère canadienne. De surcroît, nous avons vu que les traités internationaux consacrent le déséquilibre des relations Nord-Sud en interdisant l'accès à des plantes, dont le cannabis, originaires du Sud, tout en bénéficiant d'un régime de réglementation pour les médicaments produits par les industries pharmaceutiques du Nord. Le Canada pourrait inviter la communauté internationale à examiner à nouveau les traités et conventions sur les substances psychoactives en ayant ce déséquilibre à l'esprit.

Par ailleurs, le Canada peut et doit jouer un rôle de leader en matière de politiques sur les drogues. Le renforcement de l'infrastructure nationale de connaissance et d'action y contribuera certainement. **Le Canada doit notamment jouer un rôle de premier plan dans les Amériques.** Nous pensons que le Canada jouit d'une réputation internationale forte et qu'il peut contribuer à l'adoption de politiques plus équitables et plus rationnelles en matière de drogues et spécifiquement de cannabis. Nous pensons entre autres que le Canada devrait stimuler la mise sur pied, au sein de l'Organisation des États Américains, d'un observatoire des Amériques sur les drogues et les dépendances qui serait le pendant de l'Observatoire européen.

Recommandation 11

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada instruisse le ministre des Affaires étrangères et du Commerce international d'informer les autorités compétentes des Nations Unies qu'il demande la modification des Conventions et Traités réglementant les drogues illicites relativement au cannabis; et qu'il soutienne le développement d'un Observatoire des drogues et des dépendances pour les Amériques.

PROPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉGLEMENTATION DU CANNABIS AUX FINS THÉRAPEUTIQUES ET RÉCRÉATIVES

Modifications au *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (Production et vente de cannabis aux fins thérapeutiques)

A. Personne admissible

Toute personne, qui a l'une ou l'autre des conditions physiques suivantes : cachexie, traitements de chimiothérapie, fibromyalgie et sclérose en plaque, douleurs chroniques causées par un accident ou une autre condition physique incluant les migraines et céphalées chroniques, épilepsie, dont l'état physique a été attesté par un médecin ou une personne dûment autorisée par l'association médicale compétente de la province ou du territoire, pourra exercer son libre choix de se procurer du cannabis et ses dérivés aux fins thérapeutiques. Elle devra être inscrite auprès d'un centre de distribution agréé ou de Santé Canada.

B. Licence de distribution

Tout résident Canadien pourra obtenir une licence pour la distribution de cannabis et de ses dérivés aux fins thérapeutiques, s'il s'engage entre autres : à ne vendre que du cannabis aux fins thérapeutiques aux personnes admissibles ; à ne vendre que du cannabis et ses dérivés acheté auprès des producteurs dûment licenciés à cette fin ; à tenir des dossiers détaillés sur les conditions médicales et leur évolution, les consommations et les effets constatés sur les patients ; à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des produits du cannabis ; et à se soumettre aux inspections du ministère.

C. Licence de production

Tout résident Canadien pourra obtenir une licence pour la production de cannabis et de ses dérivés aux fins thérapeutiques s'il s'engage entre autre : à ne pas détenir une licence pour la production de cannabis non thérapeutique ; à prendre des mesures pour assurer la constance, la régularité et la qualité des récoltes ; à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des sites de production ; à connaître et documenter les propriétés et les concentrations en delta-9 THC de chaque récolte ; à ne vendre qu'aux centres de distribution agréés ; et à se soumettre aux inspections du ministère.

D. Autres propositions

- Assurer que les dépenses relatives à l'utilisation de cannabis aux fins thérapeutiques seront admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux ;
- Assurer la réalisation d'un programme de recherche sur les applications thérapeutiques du cannabis : en prévoyant un financement adéquat ; en mandatant le Centre canadien sur les drogues et les dépendances pour coordonner ce programme de recherches ; et en prévoyant une étude systématique de cas cliniques à partir de la documentation disponible dans les organismes qui font présentement la distribution du cannabis à des fins thérapeutiques et dans les futurs centres de distributions ;
- Assurer que le Comité consultatif sur l'utilisation thérapeutique du cannabis soit représentatif de tous les acteurs, incluant les centres de distribution et des usagers.

**Modifications à la
Loi réglementant certaines drogues et autres substances
(Production et vente de cannabis aux fins non thérapeutiques)**

A. But généraux du projet de loi

- Réduire les conséquences dommageables de la criminalisation de l'usage et la possession du cannabis et ses dérivés ;
- Permettre aux personnes de plus de 16 ans de se procurer du cannabis et ses dérivés dans des centres de distribution dûment licenciés ;
- Reconnaître que le cannabis et ses dérivés sont des substances psychoactives qui peuvent entraîner des risques pour la santé physique et psychologique, et à cette fin réglementer l'usage et le commerce de ces substances afin de prévenir les usages à risques et les usages excessifs.

B. Licence de distribution

Amender la Loi pour créer une exemption aux infractions criminelles prévues dans la LRDS relatives à la distribution du cannabis. Tout résident Canadien pourra obtenir une licence de distribution du cannabis à condition de s'engager entre autres : **à ne pas distribuer à des personnes de moins de 16 ans ; à ne vendre du cannabis et ses dérivés qu'à des résidents Canadiens ; à n'avoir jamais fait l'objet d'une condamnation pour infraction aux lois criminelles à l'exception des infractions relatives à la possession de cannabis pour**

lesquelles il y aura amnistie ; et à se procurer du cannabis seulement auprès des producteurs dûment licenciés. De plus, en tenant compte des limites potentielles imposées par la Charte canadienne des droits et libertés, les distributeurs licenciés ne pourront afficher les produits du cannabis de manière explicite et ne feront aucune publicité, sous aucune forme.

C. Licence de production

Amender la Loi pour créer une exemption aux infractions criminelles prévues dans la LRDS relatives à la production du cannabis. Tout résident Canadien pourra obtenir une licence de production sous conditions entre autres : de ne vendre qu'aux distributeurs dûment licenciés ; de ne vendre que de la marijuana et du haschich n'excédant pas un contenu en THC supérieur à 13 % ; de limiter sa production à ce qui est spécifié dans la licence ; de prendre toutes les mesures pour assurer la sécurité des emplacements de production ; de tenir des registres détaillés des quantités produites et des récoltes, des niveaux de concentration en THC et des conditions de production ; et de se soumettre aux inspections du ministère. Aucune personne ayant fait l'objet de poursuites et de condamnations pour infractions relatives à toute substance illicite, à l'exclusion de la possession du cannabis pour laquelle il y aurait amnistie, ne pourra se voir accorder une licence. Aucune personne physique ou morale, directement ou indirectement associée à la production, fabrication, promotion, commercialisation, ou toute autre forme d'activités reliées aux produits et dérivés du tabac. Finalement, tenant compte des limites potentielles imposées par la Charte canadienne des droits et libertés, il ne sera fait aucune publicité, sous aucune forme, des produits de cannabis et de leurs dérivés.

D. Production aux fins personnelles

Amender la Loi afin de créer une exemption aux infractions criminelles prévues dans la LRDS pour permettre la production personnelle de cannabis tant qu'il n'y aura aucune vente contre rémunération ni échange de biens en nature ou autrement et aucune publicité ou autre forme de mise en valeur de la culture. De plus, il sera prévu des limites de quantité afin d'assurer qu'il s'agit réellement de consommation personnelle.

E. Consommation en public

La consommation dans les lieux publics fréquentés par des personnes de moins de 16 ans sera prohibée.

F. Commerce international

Toute forme de commerce international sauf celles explicitement autorisées par la Loi sera soumise aux peines déjà prévues à la LRDS pour trafic illégal.

G. Autres propositions

- Assurer l'établissement d'une Régie nationale paritaire du cannabis avec les représentants dûment mandatés du Gouvernement fédéral et des Gouvernements des Provinces et des Territoires. Cette Régie tiendra un registre national de la production et de la vente du cannabis et des produits dérivés, fixera le montant et la répartition des taxes prélevées sur la vente des produits du cannabis et verra à la redistribution exclusive de la totalité des taxes prélevées sur la production et la vente de cannabis et des produits dérivés aux actions de prévention des usages à risque, de traitement des usagers excessifs, de recherche et observation des tendances, et de lutte contre le trafic illégal.
- Les provinces et les territoires continueront à élaborer les mesures de prévention qui devraient viser prioritairement les usages à risque. Le Centre canadien sur les drogues et les dépendances devrait être mandaté à colliger les meilleures pratiques de prévention et s'assurer de l'échange d'informations sur les pratiques efficaces et l'évaluation.
- Les provinces et les territoires continueront à élaborer les mesures de soutien et de traitement qui devraient viser prioritairement les usages excessifs. Le Centre canadien sur les drogues et les dépendances devrait être mandaté à colliger les meilleures pratiques de traitement et s'assurer de l'échange d'informations sur les pratiques efficaces et leur évaluation.
- Assurer le renforcement des ressources policières et douanières pour lutter contre la contrebande, l'exportation sous toutes ses formes, et le trafic transfrontalier.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

BIBLIOGRAPHIE

I - RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abt Associates. 2001. *The Price of Illicit Drugs : 1981 through the Second Quarter of 2000*. Washington (D.C.) : Office of National Drug Control Policy
- Adhikari, P. et A. Summerill. 2000. *1998 National Drug Strategy Household Survey: Detailed Findings*. Canberra : Australian Institute of Health and Welfare. (Drug Statistics Series No. 6). (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.aihw.gov.au/publications/health/ndshs98d/index.html>)
- Adlaf, E.M. et A. Ialomiteanu. 2000. *CAMH Monitor Report : Addiction and Mental Health Indicators among Ontario Adults, 1977-2000*. Toronto : Centre for Addiction and Mental Health.
- Adlaf, E.M. et A. Paglia. 2001. *Drug Use among Ontario Students 1977-2001. Findings from the OSDUS*. Toronto : Centre for Addiction and Mental Health.
- Aebi, M.F., Killias, M. et D. Ribeau. 1999. « Prescription médicale de stupéfiants et délinquance : Résultats des essais suisses ». *Criminologie* 32(2) : 127-148.
- Alexander, B.K. 2000. « The globalization of addiction. » *Addiction Research*. 8(6) : 504.
- Ali, R. et coll. 1998. *The Social Impacts of the Cannabis Expiation Notice Scheme in South Australia*. Canberra : Department of Health and Aged Care. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/drugs.htm>)
- Allain, J. 1997. *Projet de loi C-8 : Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire.
- Allan, Travis. 2001. « Drug Laws: the debate nobody wants ». *The Guardian*. 14 mai.
- Anslinger H.J. et W. Oursler. « The War against the Murderers », dans Walker III, W.O. (ed.). 1996. *Drugs in the Western Hemisphere: An Odyssey of Cultures in Conflict*. Wilmington (Delaware) : Scholarly Resources Inc.
- Anthony J.C. et J.E. Helzer. 1991. « Syndromes of Drug Abuse and Dependence », dans Robins, L.N. et D.A. Regier (eds.). 1991. *Psychiatric Disorders in America*. New York. Free Press : 116-154
- Anthony, J.C. et coll. 1994. « Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances and Inhalants : Basic findings from the National Comorbidity Survey ». *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2 : 244-268.
- Aquatias, S. et coll. 1997. *L'usage dur des drogues douces, recherche sur la consommation de cannabis dans la banlieue parisienne*. Paris : OFDT.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Aquatias, S. 1999. « Usages du cannabis et situations sociales : Réflexion sur les conditions sociales des différentes consommations possibles de cannabis. » dans Faugeron, C. (ed.). 1999. *Les drogues en France*. Paris : Georg.
- Ashton, C.H. 2001. « Pharmacology and Effects of Cannabis : A brief review. » *British Journal of Psychiatry*. 178 : 101-106.
- Association canadienne des policiers et policières (ACP). 2001. *Mémoire présenté devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites*. Ottawa : ACP.
- Ati-Dion, G. 1999. *La construction en droit international et en droit pénal canadien de la prohibition des drogues*. Montréal : Université de Montréal - École de criminologie.
- Bala, N. et coll., (dir.). 2002. *Juvenile Justice Systems: An International Comparison of Problems and Solutions*. Toronto : Thompson Educational Publishing.
- Barré, M.D., Pottier, M.L. et S. Delaitre. 2001. *Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales*. Paris : OFDT.
- Beardsley, R.M et coll. 1986. « Dependence on THC in rhesus monkeys ». *Journal Pharmacology and Experimental Therapeutics. Exp. Ther.* 239(2) : 311-319.
- Beauchesne, Line. 1991. *La légalisation des drogues... Pour mieux en prévenir les abus*. Montréal : Méridien.
- Beauchesne, Line. 1999. « À propos du cannabis, que faire? ». *L'écho-toxico*. Automne 1999. 9(2).
- Belenko, Steven R. (dir.). 2000. *Drugs and Drug Policy in America: A Documentary History*. Westport (Connecticut) : Greenwood Press.
- Beltrame, Julian. 2001. « Reefer Madness : The Sequel. » *MacLean's*. 114(32) : 22-25.
- Bergeron, H. 1996. *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action*. Paris : L'Harmattan.
- Bergeron, H. 1998. « Comment soigner les toxicomanes? », *Sociétal*, juin-juillet 1998 : 45-49.
- Bernat de Celis, J. 1996. *Drogues : Consommation interdite*. Paris : L'Harmattan.
- Bewley-Taylor, D.R. 1999. *The United States and International Drug Control*. London et New York : Printer.
- Bigelow, G.E. 1985. *Identifying Types of Drug Intoxication: Laboratory Evaluation of a Subject-Examination Procedure*. Cité dans Sandler, D. 2000. « Expert and Opinion Testimony of Law Enforcement Officers Regarding Identification of Drug Impaired Drivers. » *University of Hawaii Law Review* 23(1) : 150-181.
- Bisiou, Y., (1999) « Histoire des politiques criminelles : Le cas des régions françaises des stupéfiants. » dans Faugeron, C., (ed.). 1999. *Les drogues en France. Politiques, marchés, usages*. Paris : Georg.
- Boekhout van Solinge, T. 1997 *The Swedish Drug Control System : An in-depth Review and Analysis*. Amsterdam : Centre for Drug Research – University of Amsterdam.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Boekhout van Solinge, T. 1998. « La Politique de drogue aux Pays-Bas: un essai de changement ». *Déviance et Société*. 22 : 69 à 71.
- Boggio, Y. et coll. 1997. *Apprendre à gérer : La politique suisse en matière de drogue*. Genève : Georg.
- Boyd, N. 1991. *High society : Illegal and Legal Drugs in Canada*. Toronto : Key Porter Books.
- Brereton, D. 2000. « The History and Politics of Prohibition », dans Stokes, G., Chalk, P. et K. Gillen. 2000. *Drugs and Democracy: In search of new directions*. Carlton South: Melbourne University Press
- British Columbia Compassion Club Society. 2001. *BCCCS Response to Health Canada's Proposed Medical Marijuana Access Regulations*. Vancouver. 4 mai 2001.
- Brucker, Theresa. 2002. *The Practical Guide to the Controlled Drugs and Substances Act*. Scarborough : Carswell (Fourth Edition).
- Bruun, Kettil, Pan, L et I. Rexed. 1975. *The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol*. Chicago : University of Chicago Press.
- Bureau de la vérificatrice générale du Canada. 2001. *Rapport de la vérificatrice générale du Canada – Chapitre 11 – Les drogues illicites: le rôle du gouvernement fédéral*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.
- Bureau exécutif du Président des États-Unis. 2001. *Summary: FY 2002 National Drug Control Budget*. Washington (D.C.) : Maison-Blanche.
- Caballero, F. et Y. Bisiou (2000) *Droit de la drogue*. Paris : Dalloz (2^e édition).
- Campbell, I. 1976. “ The Amotivational Syndrome and Cannabis Use with Emphasis on the Canadian Scene ”. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 282 : 33-36.
- Campodónico, H. 1996. «Drug trafficking, Money and Neo-liberal Economics : Perverse effects for a developing country. » in Dorn, N. et coll. (eds.). 1996. *European Drug Policies and Enforcement*. London : Macmillan Press.
- Canada. 1970. *Rapport provisoire de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*. (Commission Le Dain) Ottawa : Information Canada.
- Canada. 1972. *Le cannabis : rapport de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*. (Commission Le Dain) Ottawa : Information Canada.
- Canada. 1973. *Rapport final de la Commission sur l'usage des drogues à des fins non médicales*. (Commission Le Dain) Ottawa : Information Canada.
- Canada. 1987. *Federal Government Launches Co-ordinated Action on Drug Abuse*. News Release.
- Canada. 1987. *National Drug Strategy: Prevention, Treatment, Research, Control Components*. Ottawa : Department of Health and Welfare.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Canada. 1987. *National Drug Strategy: International Components*. Ottawa : Department of Health and Welfare.
- Canada. 1987. *National Drug Strategy: Enforcement Components*. Ottawa : Department of Health and Welfare.
- Canada. 1987. *National Drug Strategy: Proceeds of Crime Components*. Ottawa : Department of Health and Welfare.
- Canada. 1988. *Action on Drug Abuse: Making a Difference*.
Ottawa : Department of Supply and Services.
- Canada. 1991. *Canada's Drug Strategy*.
- Canada. 1992. *Canada's Drug Strategy – Phase II*.
- Canada. 1994. *Canada's Drug Strategy – Phase II: A situation paper*. Ottawa: Santé Canada.
- Canadian Medical Protective Association. 2001. *What To Do When Your Patients Apply For A Licence To Possess Marijuana For Medical Purposes*. October 2001.
- Canadian Medical Protective Association. 2001. *Letter to the Honourable Allan Rock, Q.C.*, Novembre 2001.
- Caplan, G.A. et B.A. Brigham. 1990. « Marijuana smoking and carcinoma of the tongue: Is there an association? ». *Cancer*. 66 : 1005-1006.
- Carrier, N. 2000. *Discours de patrouilleurs montréalais sur la détection de l'infraction de possession de drogues prohibées*. Montréal : École de criminologie – Université de Montréal
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 1996. *La politique antidrogue au Canada. Mémoire au Comité permanent de la Santé de la Chambre des communes*. Ottawa : CCLAT.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 1999. *Profil canadien : L'alcool le tabac et les autres drogues*. Ottawa : CCLAT.
- Centre d'aide et d'accueil en toxicomanie (CAAT), *La mise en application de la loi*.
(Disponible en ligne à l'adresse : http://caat.multimania.com/info/app_loi.htm.)
- Cesoni, L.L. .1999. « Usage et actes préparatoires de l'usage des drogues illicites : les choix en matière d'incrimination. Analyse comparative de l'usage de drogues illicites de sept législations européennes. dans Conseil fédéral suisse. 2001. *Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants*.
- Changeux, J.P. et P. Ricoeur. 1998. *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle*. Paris : Odile Jacob.
- Channabasavanna, M, et coll. 1999. « Mental and behavioural disorders due to cannabis use ». dans Kalant H. et coll. (eds.). 1999. *The Health Effects of Cannabis*, Toronto : CAMH.
- Charras, I. 1998. « L'État et les stupéfiants : archéologie d'une politique publique répressive. » dans *Drogue. Du bon usage des politiques publiques*. Les cahiers de la sécurité intérieure. 32.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Chatterjee, S.K. 1988. *A Guide to the International Drugs Conventions*. Londres : Secrétariat du Commonwealth.
- Chevalier, S. et O. Lemoine. 2000. « Consommation de drogues et autres substances psychoactives » dans *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec : Institut de la statistique du Québec
- Ciensi, Jan et C. Hanlon. 2002. "U.S. fears drug spillover from Canada: Border seizures up dramatically in wake of Sept. 11." *National Post*. 17 mai : A 12.
- Clark, P.A.. 2000. « The Ethics of Medical Marijuana : government restrictions vs. medical necessity. ». *Journal of Public Health Policy*. 21 : 40-60.
- Cohen, P.D.A. et H.L. Kaal. 2001. *The Irrelevance of Drug Policy : Patterns and careers of experienced cannabis use in the population of Amsterdam, San Francisco and Bremen*. Amsterdam : University of Amsterdam (CEDRO).
- Collin, C. 2001. *Politique nationale en matière de drogues : France*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illcites.asp)
- Collin, C. 2002. *Politique nationale en matière de drogues : la Suisse*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illcites.asp)
- Comité consultatif national d'éthique. 1994. *Rapports sur les toxicomanies*. rapport n° 43. 23 novembre 1994 : 19. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.ccne-ethique.org/français/start.htm>)
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 1999. *Avis sur la déjudiciarisation de la possession simple de cannabis*. Montréal : CPLT.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 2000. *Consultation 2000. La toxicomanie au Québec : Cap sur une stratégie nationale*. Québec : CPLT.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 2001. *Drogues. Savoir plus. Risquer Moins*. (Édition québécoise). Montréal : Stanké.
- Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles. 1996. *Onzième rapport : Projet de loi C-8, la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Ottawa : Sénat du Canada.
- Commission fédérale pour les questions liées aux drogues. 1999. *Rapport sur le cannabis*. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- Compton, P.R. 1986. *Field Evaluation of the Los Angeles Police Department Drugs Detection Procedure*. Cité dans Sandler, D. 2000. « Expert and Opinion Testimony of Law Enforcement Officers Regarding Identification of Drug Impaired Drivers. ». *University of Hawaii Law Review* 23(1) : 150-181.
- Conseil fédéral suisse. 2001. *Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants*.
- Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (RTC 1964/30), modifiée par le Protocole portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (RTC 1976/48).

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

Convention sur les substances psychotropes de 1971, (RTC 1988/35).

Convention contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes de 1988, (RTC 1990/42).

Currie, D.P. 2000. *The Constitution of the United States: A Primer for the People*. Chicago : University of Chicago Press.

Curtis, C.K. 1999. *The Efficacy of the Drug Abuse Resistance Education Program (DARE) in West Vancouver Schools. Part 1 – Attitudes toward DARE : An examination of opinions, preferences, and perceptions of students, teachers, and parents*. GRC West Vancouver.

De Koninck, Thomas. 2002. *Le rôle des savoirs et de la culture dans la politique publique sur les drogues illicites*. Québec : Université Laval - professeur de philosophie. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)

De Kort, M. 1994. « A Short History of Drugs in the Netherlands. » dans Leuw, E. and I. Haen Marshall (eds.). 1994. *Between prohibition and legalization. The Dutch experiment in drug policy*. Amsterdam : Kugler.

Déclaration de la Conférence sur l'abus et le trafic illicite de drogues et Schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre les drogues, document de l'ONU ST/NAR/14, 1988.

Department of Justice – United States of America. 1990. *Correctional Population in the United States Prisoners in 1989*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.

Department of Justice of United States of America. 1991. *Correctional Population in the United States Prisoners in 1990*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.

Department of Justice – United States of America. 1992. *Correctional Population in the United States Prisoners in 1991*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.

Department of Justice – United States of America. 1992. *Jail Inmates 1990*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.

Department of Justice – United States of America. 1993. *Correctional Population in the United States Prisoners in 1992*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.

Department of Justice – United States of America. 1994. *Correctional Population in the United States Prisoners in 1993*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.

Department of Justice – United States of America. 1995. *Jail and Jail Inmates 1993-1994*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.

Department of Justice – United States – America. 1995. *Correctional Population in the United States Prisoners in 1994*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.

Department of Justice – United States of America. 1996. *Correctional Population in the United States Prisoners in 1995*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Department of Justice – United States of America. 1998. *Prisoners in 1997*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice – United States of America. 1999. *Prisoners in 1998*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice – United States of America. 2000. *Prisoners in 1999*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice – United States of America. 2000. *Correctional Population in the United States Prisoners in 1997*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice – United States of America – Drug Enforcement Administration. 2001. « Notice: Denial of Petition ». 18 avril 2001. dans 66(75) du registre fédéral : 20037-20076.
- Devane, W.A. et coll. 1992. « Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor ». *Science*. 258 (5090) : 1946-1949.
- Direction de la Santé publique. 1997. *Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Dolin, B. 2001. *Politique nationale en matière de drogues : les Pays-Bas*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Dolin, B. 2002. *Politique nationale sur les drogues : les États-Unis*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Donald, P.J. 1991. « Marijuana and upper aerodigestive tract malignancy in young patients ». dans Nahas, G. et C. Latour (eds.). 1991. *Physiopathology of Illicit Drugs: Cannabis, Cocaine, Opiates*. Oxford : 39-54.
- Donald, P.J. 1991. « Advanced malignancy in the young marijuana smoker ». dans Friedman, H. et coll., (eds.). 1991. *Drugs of Abuse, Immunity and Immunodeficiency*. London. 33-36.
- Dorn, N. et A. Jamieson. 2001. *European Drug Laws : The Room for Manoeuvre* London : DrugScope.
- Doyle, C. 2000. *Drug Offences: Maximum Fines and Terms of Imprisonment for Violation of the Federal Controlled Substances Act and Related Laws*. Washington (D.C.) : Library of Congress – Congressional Research Service.
- DrugScope. 2001. *United Kingdom. Drug Situation 2000*. Report to the EMCDDA. London : Drugscope.
- Dubois, François. 2002. *Le Parlement fédéral et l'évolution de la législation canadienne sur les drogues illicites*. Ottawa : Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Duke, Stephen B. 1995. « Commentary: Drug Prohibition: An Unnatural Disaster ». 27 *Conn. L. Rev.* 571.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- DuPont, R.L. 1999. «Examining the Debate on the Use of Medical Marijuana. » *Proceedings of the Association of American Physicians*. 111(2) : 169.
- Dupras, Daniel. 1998. *Les obligations internationales du Canada en vertu des principales conventions internationales sur le contrôle des drogues*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Editorial. 1997. « Decriminalizing Drugs ». *Ottawa Citizen*. 12, 14, 15, et 16 avril 1997.
- Ehrenberg, A. 1995 *L'individu incertain*. Paris : Calman Lévy.
- Ehrlich, S. 2000. « The Increasing Federalization of Crime ». *32 Ariz. St.L.J.* 825.
- ElSohly, M.A., et coll. 2000 «Potency trends of delta9-THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980-1997 ». *Journal of Forensic Sciences*. 45(1) : 24-30.
- EMCDDA. 2001. *Decriminalisation in Europe? Recent Developments in Legal Approaches to Drug Use*. Lisbonne : EMCDDA.
- Erickson, P. et B. Fisher. 1995. *Canadian Cannabis Policy: The Impact of Criminalization, the Current Reality and Future Police Options*. Bremen. Germany. Document présenté a l'International Symposium on Cannabis Policy, Criminal Law and Human Rights. (Du 5 au 7 octobre 1995).
- European NGO Council on Drugs and Development. 2001. *A Snapshot of European Drug Policies : Report on the state of drug policies in 12 European countries*, octobre 2001.
- Fant, R.V. et coll. 1998. « Acute and residual effects of marijuana in humans. » *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*. 60 : 777-784.
- Fergusson, D.M. et L.J. Horwood. 2000. «Cannabis use and dependance in a New Zealand birth cohort. ». *New Zealand Medical Journal*. 113 : 156-158.
- Fischer, B. et coll. 1998. « Cannabis use in Canada : policy options for control ». *Options politiques*. 19 : 34-38.
- Fligiel, S.E.G. et coll. 1988. « Pulmonary pathology in marijuana smokers ». dans Chesher G. et coll. (eds.). 1988. *Marijuana: An International Research Report*. (National Campaign Against Drug Abuse – Monograph 7 : 43-48). Canberra : Australian Government Publishing Service.
- Fligiel, S.E.G. et coll. 1997. « Tracheo-bronchial histopathology in habitual smokers of cocaine, marijuana or tobacco ». *Chest*. 112: 319-326.
- Focus on the Family. 2002. *Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites*. Richmond (Colombie-Britannique).
- Fontana, James A. 1997. *The Law of Search and Seizure in Canada*. Toronto : Butterworths (Fourth Edition).
- Fried, P.A. 1995. « Prenatal exposure to marijuana and tobacco during infancy, early and middle childhood : Effects and attempts at a synthesis. ». *Archives of Toxicology*. 17.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Fried, P.A. et B. Watkinson. 1999. « 36- and 48-month neurobehavioral follow-up of children prenatally exposed to marijuana, cigarettes and alcohol ». *Journal of Deviant Behavior and Pediatrics*. 11 : 49-58.
- Friman, H. Richard. 1996. *NarcoDiplomacy: Exporting the U.S. War on Drugs*, Ithaca (N.Y.) : Cornell University Press.
- Gaoni, Y et R. Mechoulam. 1964. « Isolation, structure and partial synthesis of an active constituent of hashish. ». *Journal of the American Chemistry Society*. 86 : 1646-1647.
- Gardner, D. 2000. « Why the war on drug has failed : Uncle Sam's war ». *Ottawa Citizen*. 5 septembre.
- Gendarmerie royale du Canada. 1999. *Rapport annuel*. Ottawa : Canada.
- Gendarmerie Royale du Canada. 2000. *Situation au Canada – Drogues illicites (1999)*. Ottawa : Direction des renseignements criminels – GRC.
- Gendarmerie Royale du Canada. 2002. *Situation au Canada – Drogues illicites (2001)*. Ottawa : Direction des renseignements criminels – GRC.
- Giffen, P.J., Endicott, S. and S. Lambert. 1991. *Panic and Indifference: The Politics of Canada's Drug Laws*, Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Gilmore, W. 1990. *Combating International Drugs Trafficking: The 1988 United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, Londres : Secrétariat du Commonwealth
- Goetz, David. 2001. *La prohibition des drogues et la Constitution*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Goodrich, Leland M. 1960. « New Trends in Narcotics Control ». *International Conciliation*. 530.
- Grapendaal, M., Leuw, E., et H. Nelen. 1995. *A World of Opportunities: Life-Style and Economic Behaviour of Heroin Addicts in Amsterdam*. New York : S.U.N.Y. Press. Cité dans Boekhout van Solinge, T. 1999. « Dutch Drug Policy in a European Context ». *Journal of Drug Issues*. 29(3) : 511. (Disponible en ligne à l'adresse : www.cedro-uva.org/lib/boekhout.dutch.html)
- Greater Toronto Area Combined Forces Special Unit. 2002. *Fact Sheet – Heroin*. (Disponible en ligne à l'adresse : www.cfseu.org/heroin.html)
- Greene, J. et V. Schiraldi. 2002. *Cutting Correctly : New Prison Policies for Times of Fiscal Crisis*. Washington (D.C.) : The Justice Policy Institute. (Disponible en ligne à l'adresse : www.cjcj.org)
- Grinspoon, L. et J.B. Bakalar. 1997. *Marijuana: The Forbidden Medicine*. New Haven et Londres : Yale University Press.
- Gurley, R.J., Aronow, R. et M. Katz. 1998. « Medicinal marijuana : A comprehensive review. ». *Journal of Psychoactive Drugs*. 30(2) : 139.
- Hall, W. 1987. « A simplified logic of causal inference ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 21 : 507-513.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Hall, W. et N Solowij. 1998. « Adverse effects of cannabis ». *The Lancet*. 352(9140) : 6
- Hamel, D. et coll. 2001. *Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Hanak, C. et coll. 2002. « Cannabis, mental health and dependence. » dans Pelc, I. (ed.). 2002. *International Scientific Conference on Cannabis*. Brussels.
- Haney, M. et coll. 1999. « Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans » *Psychopharmacology*. 141 : 395-404.
- Hansard, Chambre des communes, 10 juillet 1908.
- Hansard, Chambre des communes, 26 janvier 1911.
- Hansard, Chambre des communes, 23 avril 1923.
- Hansard, Chambre des communes, 1932.
- Hansard, Chambre des communes, 24 février 1938.
- Hansard, Sénat, 24 février 1955.
- Hansard, Sénat, 23 juin 1955.
- Hansard, Chambre des communes, 30 mai 1961.
- Hansard, Chambre des communes, 7 juin 1961.
- Hansard, Chambre des communes, 27 mars 1969.
- Hansteen, R.W, et coll. 1976. « Effects of cannabis and alcohol on automobile driving and psychomotor tracking ». *Annals of the New York Academy of Science*. 282 : 240-256.
- Hartel, C.R. 1999. « Therapeutic Uses of Cannabis and Cannabinoids. » dans Kalant, H. (ed.). 1999. *The Health Effects of Cannabis*. Toronto : Addiction Research Foundation.
- Hathaway, A. D. 1997. « Marijuana and lifestyle : Exploring tolerable deviance. » *Deviant Behavior : An Interdisciplinary Journal*. 18 : 213-232.
- Hathaway, A. D. 1997. « Marijuana and tolerance : Revisiting Becker's sources of control. » *Deviant Behavior : An Interdisciplinary Journal*. 18 : 103-124.
- Hathaway, A.D. 2001. *Cannabis effects and dependency concerns in long-term frequent users : A missing piece of the public health puzzle*. (Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Hawkins, D.J., Arthur, M.W. & R.F. Catalano. 1995. « Preventing Substance Abuse. » dans Tonry, M. et D.P. Farrington (eds.). 1995. *Building a Safer Society : Strategic Approaches to Crime Prevention*. Chicago : University of Chicago Press.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Health Canada. 1996. *Evaluation of Health Canada's Contributions to Canada's Drug Strategy: Final Report*. Ottawa : Canada.
- Health Canada. 1997. *Evaluation of Canada's Drug Strategy: Final Report*. Ottawa : Canada.
- Health Canada. 1999. *Research Plan for Marijuana for Medicinal Purposes : A Status Report*. Ottawa : Canada.
- Health Canada. 2000. *Minister Rock announces intention to develop new approach for the use of marihuana for medical purposes*. Ottawa. News Release. 14 septembre 2000.
- Health Canada. 2001. *Marijuana Medical Access Regulations - Regulatory Impact Analysis Statement*. Ottawa : Canada.
- Health Canada. 2001. *Marijuana Medical Access Regulations – Amendments Resulting from Public Consultations*. Ottawa : Canada.
- Health Canada. 2001. *Medical Access to Marijuana – How the Regulations Work*. Ottawa : Canada.
- Henrion, R. 1995. *Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*. (Rapport au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville). Paris : La Documentation française.
- Home Affairs Committee. 2001. *Evidence to Home Affairs Committee Inquiry into Drug Policy*. Londres : Chambre des Communes (Royaume-Uni). (Disponible en ligne à l'adresse: <http://www.drugscope.org.uk/druginfo/evidence-select/evidence.htm>)
- House of Lords. 1998. *Ninth Report – Cannabis: The Scientific and Medical Evidence*. London : Select Committee on Science and Technology.
- House of Lords. 2001. *Second Report – Therapeutic Uses of Cannabis*. London : Select Committee on Science and Technology.
- Huestis, M.A. et coll. 1992. « Characterization of the absorption phase of marijuana smoking. » *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 52 : 31-41.
- Inciardi, James A. 1986. *The War on Drugs: Heroin, Cocaine, Crime, and Public Policy*. Palo Alto (Californie) : Mayfield Publishing Company.
- Inglis, B. (1975) *The Forbidden Game: A Social History of Drugs*. Londres: Hodder et Stoughton
- INSERM. 2001. *Cannabis : Quels effets sur le comportement et la santé ?* Paris : Les Éditions Inserm.
- Institute of Medicine. 1982. *Marihuana and Health*. Washington (D.C.) : National Academy of Sciences.
- Jackson, A.Y. 2002. *Le coût de la consommation des drogues et la politique sur les drogues*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illcites.asp)
- Jeffery, W.K. et coll. 1996. «The involvement of drugs in driving in Canada : An update to 1994. ». *Can. Soc. Forens. Sci. J.* 29 (2) : 93-98.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Johnston, L.D. et coll. 2001. *Monitoring the future. National Survey Results of Drug Use, 1975-2000. Volume II College Students and Young Adults Ages 19-40*. Bethesda (Michigan) : NIDA.
- Joseph Rowntree Foundation. 2000. *Drugs: dilemmas, choices and the law*. York : Joseph Rowntree Foundation. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/foundations/N70.asp>)
- Joy, J.E., Watson, S.J. et J.A. Benson. 1999. *Marijuana and Medicine : Assessing the Science Base*. Washington (D.C.) : Institute of Medicine.
- Kandel, D. et M. Davies. 1992. « Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use ». dans Glantz, M. and R. Pickens (eds.). 1992. *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington (D.C.) : American Psychological Association. pp. 211-253.
- Kandel, D. et coll. 1997. « Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the US population ». *Drugs, Alcohol and Dependency*. 44 : 11-29.
- Keh, D.I. 1996. *Drug Money in a Changing World. Economic Reform and Criminal Finance*. Vienna : UNDCP (Technical paper n° 4).
- Keizer, Robert. 2001. *The Netherland's Drug Policy*. Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.
- Kilmer, B. 2002. « Do cannabis possession laws influence cannabis use ? ». dans Pelc, I. (dir.). 2002. *International Scientific Conference on Cannabis*. Bruxelles.
- King, A.J.C. et coll. 1999. *La santé des jeunes : tendances au Canada. Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire*. Ottawa : Santé Canada.
- Kokoreff, Michel. 2001. « *Politique des drogues en France, entre loi pénale et réduction des risques* ». Mémoire soumis au Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites.
- Kopp, P. et C. Palle. 1999. « Économistes cherchent politique publique efficace. » dans Faugeron, C., (ed.). 1999. *Les drogues en France*. Paris : Georg.
- Kopp, P. et P. Fenoglio. 2000. *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*. Paris : OFDT.
- Kosten, T.R. et al. 1987. « Substance-use disorders in DSM-III-R. ». *British Journal of Psychiatry*. 151 : 8-19.
- Kouri, E.M. et coll. 2000. « Abstinence symptoms during withdrawal from chronic marijuana use ». *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 8 : 483-492.
- Krajewski, Krzysztof. 1999. « How flexible are the United Nations drug conventions? ». *International Journal of Drug Policy*. 10 : 329-338.
- Kušević, Vladimir. 1977. « Drug Abuse Control and International Treaties ». *Journal of Drug Issues*. 7(1) : 35-53.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Labrousse, A. et A. Wallon. 1993. *La Planète des drogues : organisations criminelles, guerres et blanchiment*. Paris : Seuil.
- Labrousse, A. 1998. « L'approvisionnement des marchés des drogues dans l'espace Schengen. » *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure* 32.
- Labrousse, A. 2000. *Drogues. Un marché de dupes*. Paris : Éditions alternatives.
- Labrousse, A. et L. Romero. 2001. *Rapport sur la situation du cannabis dans le RIF marocain*. Paris : OFDT.
- Lafrenière, G. 2001. *Politique nationale en matière de drogue : le Royaume-Uni*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illcites.asp)
- Lafrenière, G. 2001. *Politique nationale sur les drogues : la Suède*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illcites.asp)
- Lafrenière, G. 2001. *Les pouvoirs de la police et les infractions liées à la drogue*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illcites.asp)
- Landry, Michel. 2001. *L'impact des traitements offerts au Québec aux personnes toxicomanes*. Mémoire présenté au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.
- Leduc, D., Miller-Chenier, N. et S. Norris (2001) *Inventaire de la recherche fédérale sur les drogues illicites et les questions connexes*. Ottawa : Bibliothèque du parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illcites.asp)
- Leduc, D., Miller Chenier, N. et S. Norris (2002) *Inventaire de la recherche provinciale et territoriale sur les drogues illicites et les questions connexes*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illcites.asp)
- Léger Marketing. 2002. *Étude exploratoire auprès des Canadiens sur l'usage du cannabis*. Montréal : Léger Marketing. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illcites.asp)
- Leiter, Richard A. (dir.). 1999. *National Survey of State Laws, 3rd Ed*. Detroit : Gale Group. (3^e édition)
- Leland M. Goodrich. 1960. « New Trends in Narcotics Control », *International Conciliation*, N^o 530
- Lettre de Mme Kathy Bedard, Prince Rupert, Colombie-Britannique, 15 mai 2002.
- Lipton, D.S. 1995. *The Effectiveness of Treatment for Drug Abusers Under Criminal Justice Supervision*. Washington (D.C.) : National Institute of Justice.
- Lowes, P.D. 1966. *The Genesis of International Narcotics Control*. Genève : Droz.
- Luna, E.G. 1997. « Our Vietnam: The Prohibition Apocalypse », *Depaul L. Rev.* 46 : 483.
- MacCoun, R., Reuter, P. et T. Schelling. 1996. « Assessing alternative drug control regimes. » *Journal of Policy Analysis and Management.* 15 (3).

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- MacDonald, Roederick A. 2002. *La gestion publique des humains*. Montréal : Université McGill – professeur de droit constitutionnel. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- MacFarlane, B. A., Frater, R. J. et C. Proulx. 1996. *Drug Offences in Canada*. Ontario : Canada Law Book.
- MacKay, R. 2001. *Politique nationale sur les drogues : l'Australie*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Mackenzie King, William L. 1908. *Rapport sur la nécessité de supprimer le commerce de l'opium au Canada*. Ottawa : Chambre des communes (Document parlementaire 36b).
- MacPhee, D. 1999. « Effects of marijuana on cell nuclei », in Kalant, H. et coll. (eds.). 1999. *The Health Effects of Cannabis*, Toronto : Addiction Research Foundation.
- Maillet A. et C. Cloutier-Vautour. 2002. *Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites*. Moncton.
- Malherbe, J.F. 2002. *Contribution de l'éthique à la définition de principes directeurs pour une politique publique sur les drogues illicites*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke - professeur - Chaire d'éthique appliquée. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Mangham, Colin. 2001. *Conséquences de la libéralisation de la politique antidrogue du Canada*. Mémoire soumis au Comité spécial sur les drogues illicites. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Martineau, H. et É. Gomart. 2000. *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*. Rapport de synthèse. Paris : OFDT.
- Matsuda, L.A. et coll. 1990. «Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned DNA ». *Nature* 346(6284) : 5561-564.
- McAllister, W.B. 1992. « Conflicts of Interest in the International Drug Control System », dans William O. Walker III, (ed.). 1992. *Drug Control Policy: Essays in Historical and Comparative Perspective*, University Park (Pennsylvanie) : Pennsylvania State University Press.
- McAllister, W.B. 1999. *Drug Diplomacy in the Twentieth Century : An international history*. London : Routledge.
- McCaffrey, B.R. 1999. *Remarks before the First Annual Criminal Justice and Substance Abuse Conference*. Albany (New York). June 29, 1999.
- McDonald, D. et al. 1994. *Legislative Options for Cannabis Use in Australia*, Commonwealth d'Australie. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/aus/cannabis.htm>)
- McKim, W.A. 2000. « Cannabis ». dans McKim, W.A. (ed.). 2000. *Drugs and Behavior. An introduction to behavioral pharmacology*. Upper Saddle River : Prentice Hall.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- McNamara, J. D. 1999 « When Cops Become the Gangsters ». *Los Angeles Times*. 21 septembre 1999. (Disponible en ligne à l'adresse : www.nakedgov.com/mcnamara.htm)
- McNamara, J.D. 2000. « Commentary : Criminalization of Drug Use ». *Psychiatric Times*. 17(9).
- Mechoulam, R. et Y. Gaoni. 1965. « A total synthesis of delta-9-tetrahydrocannabinol, the active constituent of hashish. ». *Journal of the American Chemistry Society*, 87 : 3273-3275.
- Meier, Kenneth J. 1994. *The Politics of Sin: Drugs, Alcohol and Public Policy*. Armonk (New York) : M.E. Sharpe.
- Mercer, W.G. et W.K. Jeffery. 1995. « Alcohol, Drugs and Impairment in Fatal Traffic Accidents in British Columbia » *Accid. Anal. And Prev.* 27(3) : 335-343.
- Mewett, A. W. et S. Nakatsuru. 2000. *An Introduction to the Criminal Process in Canada*. Scarborough: Carswell (Fourth Edition).
- Miles, G.C. et coll. 1974. *An Experimental Study of the Effects of Daily Cannabis Smoking on Behavioural Patterns*. Toronto : Addiction Research Foundation.
- Miller, M. et G. Draper. 2001. *Statistics on Drug Use in Australia 2000*. Canberra : Australian Institute of Health and Welfare. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.aihw.gov.au/publications/phe/sdua00/index.html>)
- Ministère de la Santé et des Affaires sociales. 2002. *National Action Plan on Narcotic Drugs*, Fiche d'information.
- Ministerial Council on Drug Strategy. 1998. *National Drug Strategic Framework 1998-99 to 2002-03: Building Partnerships*. Canberra : Document rédigé pour le compte du Ministerial Council par un comité directeur mixte de l'Intergovernmental Committee on Drugs et l'Australian National Council on Drugs. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publist.htm>)
- Ministerial Council on Drug Strategy. 2001. *National Action Plan on Illicit Drugs, 2001 to 2002-03*. Canberra : Document rédigé par le National Expert Advisory Committee on Illegal Drugs. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publist.htm>)
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). 1999. *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001)*. (Disponible en ligne à l'adresse : http://www.drogues.gouv.fr/uk/what_you_need/whatyouneed_intro.html)
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). 1999. « Livret de connaissances, Synthèse du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001 ». *Drogues : savoir plus, risquer moins*. MILDT (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html>)
- Moreau de Tours, J. 1845. *Du haschich ou de l'aliénation mentale, étude psychologique*. Paris : Masson.
- Moskowitz, H. 1985. « Marijuana and Driving ». *Accid. Anal. Prev.* 17 (4) : 323-345.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Munro, S. et coll. 1993. « Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. ». *Nature* 365 : 61-65.
- Murphy, E. 1920. « The underground system. » *Macleans*. 15 mars 1920.
- Murphy, E. 1922. *The Black Candle*. Toronto : Thomas Allans.
- Musto, D.F. 1999. *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. Oxford: Oxford University Press (3^e édition)
- National Drug Monitor. 2000. *Fact Sheet: Cannabis Policy, Update 2000*. Utrecht : Trimbos-Instituut.
- National Drug Research Institute and Curtin University of Technology. 2000. *The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply*. Perth (Australie-Occidentale) : Document de travail produit pour le compte du *Drugs and Crime Prevention Committee – Parliament of Victoria*.
- National Institute of Public Health. 2001. *National Report : Sweden 2001*. Stockholm.
- Nelson, P.L. 1993. « A critical review of the research literature concerning some biological and psychological effects of cannabis » dans Advisory Committee on Illicit Drugs (eds.) 1993. *Cannabis and the law in Queensland : A discussion paper*. Brisbane : Criminal Justice Commission of Queensland.
- Nolin, P.C. 1998. Préface. In Riley, D. 1998. *La politique canadienne de contrôle des drogues. Aperçu et commentaires*. Ottawa : Sénat du Canada.
- Noll, Alfons. 1977. « Drug abuse and penal provisions of the international drug control treaties ». *Bulletin on Narcotics*. 29(4) octobre/décembre 1977 : 41-57.
- Note d'information du Bureau de recherche du Parti progressiste-conservateur du Canada, 1^{er} juin 1987.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) *France Country Profile : French Drug Legislation*. European Legal Database on Drugs. (Disponible en ligne à l'adresse : http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_national_reviews.cfm?country=FR.)
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Country Profiles – Sweden*, European Legal Database on Drugs
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). 2000. *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances*. Édition de 1999. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html>)
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2002. *Drogues et dépendances : Indicateurs et tendances 2002*. Paris : OFDT.
- Observatoire géopolitique des drogues. 1996. *Atlas mondial des drogues*. Paris : PUF.
- Observatoire géopolitique des drogues. 1999. *Rapport annuel 1998/1999*. Paris : OGD.
- Office fédéral de la police. *Un aperçu de l'OFP*. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.bap.admin.ch/f/index.htm>)

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Office fédéral de la police. 1996. *Exploitation définitive de la banque de données en matière de drogue DOSIS*. 26 juin 1996. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.bap.admin.ch/f/index.htm>)
- Office fédéral de la police. 2001. *Situation Suisse : Rapport de situation 2000* Berne : Service d'analyse et de prévention. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.bap.admin.ch/f/index.htm>)
- Office fédéral de la santé publique. 1998. *Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue*. Document de base de l'Office fédéral de la santé publique – Décision du Conseil fédéral du 20 février 1991. Doc. n° 3.4.1f.
- Office fédéral de la santé publique. 1998. *Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue*. (ProMeDro). 1998-2002.
- Office fédéral de la santé publique. 2000. *La politique en matière de drogue*. Septembre 2000. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.bag.admin.ch/sucht/f/index.htm>)
- Office fédéral de la santé publique. 1999. *The Swiss drug policy: A fourfold approach with special consideration of the medical prescription of narcotics*. Berne: SFOPH
- Office of National Drug Control Policy. 2001. *National Drug Control Budget Executive Summary, Fiscal Year 2002*. Washington (D.C.) : The White House.
- Office of National Drug Control Policy. 2002. *National Drug Control Strategy*. Washington (D.C.) : The White House.
- Office of National Drug Control Policy. 2002. *National Drug Control Strategy: 2001 Annual Report*. Washington (D.C.) : The White House.
- Organisation mondiale de la santé. 1952. *Comité d'experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie*, Série des rapports techniques, N° 57. Cité dans Caballero, F. et Y. Bisiou. 2000. *Droit de la drogue*. Paris : Dalloz (2^e édition).
- Organisation mondiale de la santé. 1964. *Comité d'experts des drogues engendrant la dépendance*. Série de rapports techniques, N° 273. Cité dans Caballero, F. et Y. Bisiou. 2000. *Droit de la drogue*. Paris : Dalloz (2^e édition).
- Organisation mondiale de la santé. 1969. *Comité d'experts de la pharmacodépendance*, Série de rapports techniques. N° 407. Cité in Caballero et Bisiou. 2000. *Droit de la drogue*. Paris : Dalloz.
- Organe international de contrôle des stupéfiants. 1988. *Rapport de l'Organe international des stupéfiants pour 1987*. Vienne : Organisation des Nations Unies.
- Organe international de contrôle des stupéfiants. 2002. *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2001*. Vienne : Nations Unies.
- Patten, D., et coll. 2000. *Substance Use among High School Students in Manitoba*. Winnipeg : Addictions Foundation of Manitoba.
- Patton, D. et coll. 2001. *Substance use among Manitoba high school students*. Winnipeg : Addictions Foundation of Manitoba. (Disponible en ligne à l'adresse : www.afm.mb.ca)

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Pays-Bas. 1985. *Groupe de travail interministériel sur les drogues et l'alcool*. La Haye : Ministère de la Justice.
- Peith, M. 2001. « *Compatibilité de différents modèles de dépénalisation partielle du cannabis avec les conventions internationales sur les stupéfiants.* ». Avis juridique soumis à la demande de l'Office fédéral de la santé publique de la Confédération helvétique.
- Pelletier, M. 1978. *Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*. Paris : La Documentation française.
- Pernanen, K. et coll. 2002. *Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Pires A.P. 2002. *La politique législative et les crimes à « double face » : Éléments pour une théorie pluridimensionnelle de la loi criminelle*. Ottawa : Université d'Ottawa - professeur de criminologie. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Plecas, D., Dandurand, Y., Chin, V. et T. Segger. 2002. *Marihuana Growing Operations in British Columbia – An Empirical Survey (1997-2000)*. Département de criminologie et de justice criminelle – University College of the Fraser Valley and International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy.
- Polen, M.R. 1993. « Health care use by frequent marijuana smokers who do not smoke tobacco. ». *Western Journal of Medicine*. 158 : 596-601.
- Police Foundation. 2000. *Drugs and the Law : Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971*. London : The Police Foundation.
- Popper, K. 1978. *Logique de la découverte scientifique*. Paris : Payot.
- Popper, K. 1985. *La connaissance objective*. Bruxelles : Complexe.
- Poulton, R., et coll. 2001. « Persistence and perceived consequences of cannabis use and dependence among young adults : Implications for policy ». *New Zealand Medical Journal*. 114 : 13-16.
- Ramaekers, J.G. et coll. 2002. « Performance impairment and risk of motor vehicle crashes after cannabis use » dans Pelc, I. (ed.). 2002. *International Scientific Conference on Cannabis*, Bruxelles.
- Real Women of Canada. 2002. *Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites*. (Windsor, Ontario)
- Rehm, J. 2001. *The Costs of public policies to fight illegal drugs*. Mémoire présenté au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.
- Reinarman, C. et H. G. Levine (dir.). 1997. *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. Berkeley : University of California Press.
- Reuband, K.. 1995. « Drug use and drug policy in Western Europe. » *European Addiction Research*. 1 : 32-41.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Reynaud, M., Parquet, P.J. et G. Lagrue (1999) *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Secrétariat d'État à la Santé et aux Affaires Sociales.
- Rickard, M. 2001. *Reforming the Old and Refining the New: A Critical Overview of Australian Approaches to Cannabis*. Canberra: Department of the Parliamentary Library – Information and Research Services. Rapport de recherche n° 6 2001-02. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.aph.gov.au/library>)
- Rigter, H. et M. von Laar. 2002. « The Epidemiology of cannabis use. » dans Pelc, I. (ed.). 2002. *International Scientific Conference on Cannabis*. Bruxelles.
- Riley, D. 1996. *Harm Reduction : Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper*. Ottawa: Centre canadien de lutte à l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Riley, D. 1998. *La politique canadienne de contrôle des drogues: Aperçu et commentaires*. Ottawa. Sénat du Canada
- Roberts, G. et A. Ogborne. 1998. *Profil, Alcoolisme et toxicomanie : Traitement et réadaptation au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- Robert, G. et A. Ogborne. 1999. *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie. Traitement et réadaptation*. Ottawa : Santé Canada.
- Roberts, G. et coll. 2001. *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Un compendium des meilleures pratiques*. Ottawa : Santé Canada.
- Robson, William. 2002. « Combien de banlieues devront flamber à cause de la lutte antidrogues ? » *Ottawa Citizen*, 17 mai 2002.
- Rodriguez de Fonseca, F. et coll. 1994. « Down regulation of rat brain cannabinol binding sites after chronic delta-9-THC treatment ». *Pharm. Biochem. Behav.* 47 : 33-40.
- Roques, B. 1999. *La dangerosité des drogues*. Paris : Odile Jacob.
- Rosenthal, M.S. et H.D. Kleber. 1999. « Making Sense of Medical Marijuana. » *Proceedings of the Association of American Physicians*. 111(2) : 159.
- Royal Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs South Australia. 1979. *Rapport final*. Adelaïde : South Australian Government.
- Russo, E.B. 2002. « The role of cannabis and cannabinoids in pain management. » dans Weiner, R.S. (ed.) 2002. *Pain Management. A Practical Guide for Clinicians*. Boca Raton, London, New York, Washington : CRC Press.
- Russo, E.B., et coll. 2002. « Chronic cannabis use in the compassionate investigational new drug program : An examination of benefits and adverse effects of legal clinical cannabis. » *Journal of Cannabis Therapeutics*. 2(1) : 45.
- Rydell, C. P., et S. S. Everingham. 1994. *Controlling Cocaine: Supply vs. Demand Programs*. RAND : Santa Monica (California).

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Santé et bien-être social Canada. 1990. *Les drogues : Faits et méfaits*. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services.
- Schiraldi, V., Holman, B. et P. Beatty. 2000. *Poor Prescription : The Costs of Imprisoning Drug Offenders in the United States*. Washington, D.C.: Justice Policy Institute. (Disponible en ligne à l'adresse : www.cjcg.org)
- Scholten, W.K. 2002. « Medicinal cannabis : A quick scan on the therapeutic use of cannabis ». dans Pelc, I., (ed.) 2002. *International Scientific Conference on Cannabis*. Bruxelles.
- Service correctionnel du Canada. 2001. « Profil de la population de délinquants condamnés pour une infraction liée à la drogue dans le système correctionnel fédéral canadien ». *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*. 13 (3) : 25-29
- Setbon, M. 2000. *L'injonction thérapeutique : Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- Sherman, L.W. et coll. 1997. *Preventing Crime : What Works, What Doesn't, What's Promising*. (A Report to the United States Congress). Washington (D.C.) : US Department of Justice.
- Simmat-Durand, L. 1999. « Les obligations de soins en France. » dans Faugeron, C., (ed.). 1999. *Les drogues en France. Politiques, marchés, usages*. Paris : Georg.
- Simmat-Durand, L. 2000. *La lutte contre la toxicomanie. De la législation à la réglementation*. Paris : L'Harmattan.
- Single, E., et coll. 1996. *The Costs of Substance Abuse in Canada*. Ottawa : Centre canadien de lutte à l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Single, E. et T. Rohl. 1997. *The National Drug Strategy: Mapping the Future*. Canberra : Rapport commandé par le Ministerial Council on Drug Strategy. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/mapping.pdf>)
- Single, E., Christie P. et R. Ali. 2000. «La dépénalisation de l'usage de cannabis en Australie et aux États-Unis : Ses effets ». *Journal of Public Health Policy*. 21(2) : 157-186. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/ille-f/presentation-f/single-f.htm>)
- Sinha, J. 2001. *L'historique et l'évolution des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants*. Ottawa: Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Smiley, A. 1999. «Marijuana : On-Road and Driving Simulator Studies » in Kalant, H. et coll., (ed). 1999. *The Health Effects of Cannabis*. Toronto : Addiction Research Foundation.
- Smith, D.E. 1998. « Review of the American Medical Association Council on Scientific Affairs Report on Medical Marijuana. » *Journal of Psychoactive Drugs*. 30 : 127-136.
- Spicer, L. 2002. *Utilisations historiques et culturelles du cannabis et le « débat sur la marijuana » au Canada*. Ottawa: Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Staatscourant. 1996. in Korf D.J. et H. Riper.1999. « Windmills in their Minds? Drug Policy and Drug Research in the Netherlands ». *Journal of Drug Issues* 29(3) : 451.
- Statistique Canada. 1997. “Drogues illicites et criminalité au Canada”. *Juristat*. Centre canadien de la statistique juridique. Catalogue N° 85-002-XIE.
- Statistique Canada. 1999. “Dépenses de la justice au Canada”, *Juristat*. Centre canadien de la statistique juridique. Catalogue N° 85-002-XIE.
- Statistique Canada. 1999. “Drogues illicites et criminalité au Canada” *Juristat*. Centre canadien de la statistique juridique. Catalogue N° 85-002-XIE.
- Statistique Canada. 2002. “ Statistiques de la criminalité au Canada - 2001” *Juristat*. Centre canadien de la statistique juridique. Catalogue N° 85-002-XIE.
- Stewart, David P. 1990. «Internationalizing The War on Drugs: The UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances ». *Denver Journal of International Law and Policy*. 18(3) : 387-404.
- Stuart, D. 1999. “The Unfortunate Dilution of Section 8 Protection,” *Queens Law Journal*. 25 (1).
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2001. *Summary of findings from the 2000 national household survey on drug abuse*. Washington (D.C.) : Department of Health and Social Services.
- Swift, W. et coll. 2001. «Cannabis use and dependence among Australian adults : Results from the National Survey of Mental Health and Wellbeing ». *Addiction*. 96 : 737-748.
- Sweden. 2000. *Summary of the report The Crossroads from the Swedish Commission of Narcotic Drugs*. Stockholm: The Swedish Commission on Narcotic Drugs.
- Tashkin, D.P. et coll. 1997. « Heavy habitual marijuana smoking does not cause an accelerated decline in FEV1 with age : A longitudinal study». *American Journal of Respiratory Critical Care*. 155 : 141-148.
- Taylor, A.C. 1969. *American Diplomacy and the Narcotics Traffic, 1900-1939: A Study in International Humanitarian Reform*. Durham (N.C.): Duke University Press
- Taylor, Charles. 1998. *Les sources du moi : la formation de l'identité moderne*. Montréal : Boréal.
- Taylor, F.M. 1988. « Marijuana as a potential respiratory tract carcinogen: A retrospective analysis of a community hospital population ». *Southern Medical Journal*. 81 : 1213-1216.
- The Economist .2001. « Stumbling in the Dark ». 2001. *The Economist*, July 28 – August 3.
- The Economist. 2001. « The Untouchables », *The Economist*, 21 avril 2001. 359 (8218) : 49
- Trautmann, C. 1990. *Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants*. Rapport au premier ministre. Paris : La Documentation française.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Tribunal fédéral. *L'organisation judiciaire en Suisse*. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.bger.ch/index.cfm?language=french&area=Federal&theme=system&page=content&maskid=195>)
- Trimbos-Instituut. 2000. *The Netherlands Drug Situation 2000*. Report to the EMCDDA. Utrecht : Trimboost Instuut.(Disponible en ligne à l'adresse : www.emcdda.org)
- United Nations .1976. *Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*. Done at Vienna on 20 December 1988. New York : United Nations.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. 1998. *Country Drug Profile : Sweden*. 1998. Vienne : UNDCP.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. 2000. *Demand Reduction: A Glossary of Terms*. Vienne : UNDCP.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. 2001. *World Drug Report 2001*. Oxford : Oxford University Press.
- United States. 1972. *International Narcotics Control: A Source Book of Conventions, Protocols, and Multilateral Agreements, 1909-1971*. Washington (D.C.) : Bureau of Narcotics & Dangerous Drugs.
- Valois, Donat. 1972. «La marijuana et le haschisch ne seront pas légalisés ». *Le Droit*. Ottawa. 1^{er} août 1972.
- Van Laar, M., et coll. 2001. *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2001*. Utrecht : NDM Bureau.
- Van Ree, Erik. 1999. « Drugs as a Human Right ». *International Journal of Drug Policy*. 10 : 89-98
- Vitaro, F., Gosselin C. et A. Girard. 2002. *Évolution de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes au Québec de 1987 à 1998 : constatations, comparaisons et pistes d'explication*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Wacquant, L. 2000. *Les prisons de la misère*. Paris : Éditions Raisons d'agir.
- Walker III, William O. 1989. *Drug Control in the Americas*. Albuquerque (Nouveau-Mexique) : University of New Mexico Press. (édition révisée)
- Walker III, William O. 1991. *Opium and Foreign Policy: The Anglo-American Search for Order in Asia, 1912-1954*. Chapel Hill (C. du N.) : University of North Carolina Press. p. 16-17, Lowes (1966) : 152-153.
- Wasmeier, M., et coll. 2000. *Path analysis survey of substance use among Newfoundland and Labrador Adolescents. Marijuana / Haschich and Solvent use*. St John's : Memorial University of Newfoundland.
- Wayne, H. et S. Wendy. 2000. « The THC content of cannabis in Australia : Evidence and implications. ». *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 24 : 503-508.
- Westlake, T.M. et coll. 1996. « Chronic exposure to delta-9-THC fails to irreversibly alter brain cannabinoid receptors. ». *Brain Research*. 544 : 145-149.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

Wheelock, Barbara B. 2002. *Les impacts physiologiques et psychologiques du cannabis : une synthèse de la littérature*. Ottawa : Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.

Wiesbeck, G.A., et coll. 1996. « An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population. » *Addiction*, 91(10) : 1573-1579.

Wisotsky, S. 1990. *Beyond the War on Drugs: Overcoming a Failed Public Policy*. Buffalo : Prometheus Books.

Woody G.E. et coll. 1993. « Severity of dependence: Data from the DSM-IV field trials » *Addiction*. 88 : 1573-1579.

World Health Organization. 1997. *Cannabis : A Health Perspective and Research Agenda*. Geneva : WHO. (Disponible en ligne à l'adresse : www.who.org)

Zimmer L., et J.P. Morgan. 2000. *Marijuana. Mythes et réalités*. Paris : Georg. (2000 pour la version française ; 1997 pour l'original américain)

II - TÉMOIGNAGES CITÉS DANS LE RAPPORT

Mohamed ben Amar, professeur de pharmacologie et de toxicologie – Université de Montréal, Première session de la Trente-septième législature, 11 juin 2001, Fascicule N° 4.

Line Beaugrand, professeure de criminologie – Université d'Ottawa, Deuxième session de la Trente-sixième législature, 16 octobre 2000, Fascicule N° 1.

Patricia Bégin, directrice, Recherche et évaluation – Centre national de prévention du crime, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule N° 22.

Marie-Andrée Bertrand, professeure émérite de criminologie – Université de Montréal, Première session de la Trente-septième législature, 23 avril 2001, Fascicule N° 1.

Hilary Black, directrice du Club Compassion de Vancouver, Première session de la Trente-septième législature, 7 novembre 2001, Fascicule N° 10.

Tim Boekhout van Solinge, chercheur en criminologie – Université d'Utrecht, Première session de la Trente-septième législature, 19 novembre 2001, Fascicule N° 11.

Micheal J. Boyd, président du Comité sur la toxicomanie et directeur adjoint de l'Association canadienne des Chefs de police, Première session de la Trente-septième législature, 11 mars 2002, Fascicule N° 14.

Neil Boyd, professeur de criminologie – Université Simon Fraser, Deuxième session de la Trente-sixième législature, 16 octobre 2000, Fascicule N° 1.

Serge Brochu, professeur – Université de Montréal et directeur du Centre international de criminologie comparée, Première session de la Trente-sixième législature, 10 décembre 2001, Fascicule N° 12.

Bill Campbell, président – Société médicale canadienne sur l'addiction, Première session de la Trente-septième législature, 11 mars 2002, Fascicule N° 14.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

Mark Connolly, directeur général – Direction de la contrebande et des services de renseignements – Direction générale des douanes, Agence des douanes et du revenu du Canada, Première session de la Trente-septième législature, 29 octobre 2001, Fascicule N° 8.

John Conroy, avocat, Première session de la Trente-septième législature, 11 mars 2002, Fascicule N° 14.

Jean-Michel Coste, directeur de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Première session de la Trente-septième législature, 1^{er} octobre 2001, Fascicule N° 7.

Patricia Erickson, recherchiste au Centre de toxicomanie et de santé mentale, Première session de la Trente-septième législature, 14 mai 2001, Fascicule N° 2.

Julian Fantino, chef du Service de police de Toronto, Première session de la Trente-septième législature, 10 septembre 2001, Fascicule N° 5.

Benedikt Fischer, professeur au Département des sciences de la santé publique – Université de Toronto, Première session de la Trente-septième législature, 17 septembre 2001, Fascicule N° 6.

David Griffin, Association canadienne des policiers et policières, Première session de la Trente-septième législature, 28 mai 2001, Fascicule N° 3.

Henry Haddad, président de l'Association médicale canadienne, Première session de la Trente-septième législature, 11 mars 2002, Fascicule N° 14.

Kash Heed, Services des drogues – Service de police de Vancouver, Première session de la Trente-septième législature, 7 novembre 2001, Fascicule N° 10.

Gary E. Johnson, Gouverneur de l'État du Nouveau-Mexique, Première session de la Trente-septième législature, 5 novembre 2001, Fascicule N° 9.

Cal Johnston, chef du Service de police de Régina, Première session de la Trente-septième législature, 13 mai 2002, Fascicule N° 16.

Harold Kalant, professeur émérite – Université de Toronto, Première session de la Trente-septième législature, 11 juin 2001, Fascicule N° 4.

Perry Kendall, agent de santé de la province de la Colombie-Britannique, Première session de la Trente-septième législature, 17 septembre 2001, Fascicule N° 6.

Paul Kennedy, sous-solliciteur général adjoint principal – Secteur de la police et de la sécurité – Solliciteur général du Canada, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule N° 22.

Barry King, chef du Service de police de Brockville, Première session de la Trente-septième législature, 11 mars 2002, Fascicule N° 14.

R.G. Lesser, surintendant principal, Gendarmerie Royale du Canada, Première session de la Trente-septième législature, 29 octobre 2001, Fascicule N° 8.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

Gillian Lynch, directrice générale, Stratégie antidrogue et substances contrôlées – Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule N° 22.

Mary Lynch, directrice du Consortium canadien de recherche sur les cannabinoïdes, professeure – Université Dalhousie, Première session de la Trente-septième législature, 11 juin 2001, Fascicule N° 4.

Nicole Maestracci, présidente de la Mission interministérielle de lutte à la drogue et à la toxicomanie, Première session de la Trente-septième législature, 1^{er} octobre 2001, Fascicule N° 7.

Colin Mangham, directeur de Prevention Source B.C., Première session de la Trente-septième législature, 17 septembre 2001, Fascicule N° 6.

Céline Mercier, professeure agrégée du département de psychiatrie – Université McGill, Première session de la Trente-septième législature, 10 décembre 2001, Fascicule N° 12.

Croft Michaelson, directeur et avocat général principal – Section de l'élaboration des politiques stratégiques en matière de poursuites, Justice Canada, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule N° 22.

John P. Morgan, professeur à la City University of New York Medical School, Première session de la Trente-septième législature, 11 juin 2001, Fascicule N° 4.

Dann Michols, sous-ministre adjoint – Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule N° 22.

Dale Orban, Association canadienne des policiers et policières, Première session de la Trente-septième législature, 28 mai 2001, Fascicule N° 3.

Michel Perron, directeur exécutif du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule N° 22.

Santé Canada, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule N° 22.

Sénat du Canada, délibérations du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Première session de la Trente-septième législature, mars-avril 2001, Fascicule N° 1.

Sénat du Canada, délibérations du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Première session de la Trente-septième législature, 28 mai 2001, Fascicule N° 3.

Eric Single, professeur, Département de la santé publique – Université de Toronto, Première session de la Trente-septième législature, 14 mai 2001, Fascicule N° 2.

Diane Steber Büchli, Office fédéral de la Santé publique de Suisse, Première session de la Trente-septième législature, 4 février 2002, Fascicule N° 13.

Art Steinman, directeur général – Alcohol-Drug Education Service, Première session de la Trente-septième législature, 7 novembre 2002, Fascicule N° 10.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

Ambros Uchtenhagen, professeur – Institut de recherche sur les addictions, Première session de la Trente-septième législature, 4 février 2002, Fascicule N° 13.

Mark Ware, professeur adjoint de médecine familiale et d'anesthésie – Université McGill, Première session de la Trente-septième législature, 31 mai 2002, Fascicule N° 18

Mark Zoccolillo, professeur de psychiatrie et de pédiatrie – Université McGill, Deuxième session de la Trente-sixième législature, 16 octobre 2000, Fascicule N° 1.