

## **Le cannabis et les autres drogues illicites du point de vue de la santé publique**

---

### **Mémoire présenté par l'AMC au Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites**

Le 11 mars 2002

HENRY HADDAD, MD, FRCPC  
PRÉSIDENT

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION

*Une population en santé...une profession médicale dynamique  
A healthy population...a vibrant medical profession*

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION

---

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national de la profession médicale au Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mandat de servir et d'unir les médecins du Canada et de défendre sur la scène nationale, en collaboration avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

Pour le compte de ses 52 000 membres et de la population canadienne, l'AMC exerce toute une gamme de fonctions, notamment favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme sans but lucratif représentant la majorité des médecins du Canada, et regroupant 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 43 organisations médicales affiliées.

---

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>LA CONSOMMATION DE DROGUES DU POINT DE VUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE .....</b>	<b>1</b>
<b>CANNABIS .....</b>	<b>3</b>
CONSOMMATION COURANTE.....	3
EFFETS SUR LA SANTÉ .....	4
APPLICATION DE LA LOI .....	5
EXPÉRIENCE DE LA DÉCRIMINALISATION À L'ÉTRANGER .....	6
<b>AUTRES DROGUES ILLICITES .....</b>	<b>9</b>
CONSOMMATION COURANTE.....	9
EFFETS SUR LA SANTÉ .....	9
DÉPENSES CONSACRÉES AUX DROGUES ILLICITES .....	10
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>11</b>
LE BESOIN DE DÉMARCHES ÉQUILIBRÉES ET INTÉGRÉES.....	11
SECTION 1 : DROGUES ILLICITES .....	12
SECTION 2 : CANNABIS .....	12
<b>LA SOCIÉTÉ MÉDICALE CANADIENNE SUR L'ADDICTION.....</b>	<b>14</b>
VISION.....	14
ÉNONCÉ DE POLITIQUE.....	14
RECOMMANDATIONS.....	15
<b>EXPOSÉS DE POSITION PERTINENTS D'AUTRES ORGANISATIONS DES MILIEUX DE LA MÉDECINE ET DE LA SANTÉ .....</b>	<b>17</b>
CENTRE CANADIEN DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE .....	17
AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE .....	18
LEADERSHIP DES MÉDECINS AMÉRICAINS AU SUJET DE LA POLITIQUE NATIONALE ANTIDROGUE .....	20
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>21</b>



## SOMMAIRE

Le cannabis a des effets indésirables sur la santé personnelle des Canadiens et sur le mieux-être de la société. En présentant ce mémoire au Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, l'Association médicale canadienne (AMC) précise clairement que toute modification du statut criminel du cannabis doit reconnaître que le cannabis est toxicomanogène et que la toxicomanie est une maladie.

L'AMC est d'avis que le gouvernement doit s'attaquer à la consommation du cannabis par une politique plus générale sur la santé publique. Face à la complexité du problème, il ne suffit pas de concentrer les efforts sur la décriminalisation seulement. Les modifications du droit criminel portant sur le cannabis ne doivent pas promouvoir la normalisation de sa consommation, et il faut les relier à une stratégie nationale antidrogue favorisant la sensibilisation et la prévention et prévoyant un traitement intégré. L'AMC approuverait la décriminalisation dans le contexte d'une telle démarche multidimensionnelle.

Dans ce document, nous traitons principalement des effets de la consommation du cannabis sur la santé. Nous présentons aussi cependant de l'information et des recommandations sur la consommation d'autres drogues illicites. Nous comprenons que cette information dépasse la portée prévue de l'étude du Comité, mais elle est importante pour l'élaboration d'une politique intégrée, qui s'impose à notre avis. Nous reconnaissons aussi que beaucoup de recommandations de l'AMC obligeront à resserrer les relations de travail entre les prestataires de services de santé, les dirigeants des milieux judiciaires et les services d'application de la loi, et nous nous en réjouissons.

Les recommandations de l'AMC sont les suivantes :

### **Section 1 : Drogues illicites**

1. **Une stratégie nationale antidrogue** : Le gouvernement fédéral doit élaborer, en collaboration avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec les groupes intéressés pertinents, une stratégie nationale intégrée de lutte contre l'utilisation non médicale des drogues.

2. **Redistribution des ressources** : La grande majorité des ressources consacrées à la lutte contre les drogues illicites sont affectées aux activités d'application de la loi. Les gouvernements doivent rééquilibrer cette répartition et en affecter une plus grande proportion aux programmes de traitement, de prévention et de réduction des préjudices causés par les drogues. Les activités d'application de la loi devraient viser la distribution et la production de drogues illicites.
3. **La toxicomanie est une maladie** : La toxicomanie doit être considérée comme une maladie et par conséquent, il faudrait détourner dans la mesure du possible les toxicomanes de l'appareil judiciaire criminel vers les milieux du traitement et de la réadaptation. En outre, il faut s'attaquer au stigmate associé à la toxicomanie dans le cadre d'une stratégie d'éducation intégrée.
4. **Augmentation de la recherche** : Les gouvernements doivent s'engager à effectuer davantage de recherches sur la cause et le traitement des toxicomanies. D'autres recherches sur les effets à long terme de la consommation chronique du cannabis sur la santé s'imposent particulièrement.

## **Section 2 : Cannabis**

1. **Programme national d'abandon du cannabis** : Que le gouvernement fédéral élabore, en collaboration avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec les groupes intéressés d'intervenants, un programme intégré afin de réduire au minimum la consommation du cannabis. Ce programme devrait inclure les mesures suivantes, notamment :
  - éducation et sensibilisation aux préjudices que peut causer la consommation du cannabis, y compris les risques associés à la consommation pendant la grossesse, la consommation par les personnes atteintes d'une maladie mentale ou de problèmes respiratoires chroniques, et la consommation lourde chronique;
  - stratégies de prévention de la consommation précoce au cours de l'adolescence;
  - disponibilité de services d'évaluation, de counselling et de traitement pour les personnes qui ressentent des effets indésirables de la consommation lourde ou qui sont asservies.
2. **Politique de prévention de la conduite avec facultés affaiblies** : L'AMC est d'avis que des efforts à long terme intégrés comportant à la fois des mesures législatives dissuasives et des activités de sensibilisation et d'éducation du public constituent la démarche la plus efficace pour réduire le nombre de pertes de vie et de traumatismes causés par des accidents attribuables à la conduite avec facultés affaiblies. L'AMC appuie une approche multidimensionnelle semblable de la conduite d'un véhicule à moteur avec facultés affaiblies par le cannabis.
3. **Décriminalisation** : Que l'on réduise la gravité des peines imposées pour possession simple et consommation personnelle de cannabis en éliminant les sanctions criminelles. L'AMC est d'avis que des ressources actuellement consacrées à lutter contre la possession simple de marijuana par le code criminel pourraient être redirigées vers des stratégies de santé publique, en particulier visant les jeunes.

Dans la mesure où avoir un casier judiciaire limite les possibilités d'emploi, les répercussions sur l'état de santé sont profondes. Des perspectives d'emploi limitées entraînent une détérioration de l'état de santé. L'infraction civile, par exemple l'amende, pourrait constituer une solution de rechange. Il ne faudrait toutefois viser la décriminalisation que dans le cadre d'une stratégie nationale intégrée de lutte contre les drogues illicites comportant un programme d'abandon du cannabis.

4. **Surveillance et évaluation** : Afin de prévenir les préjudices possibles, toute modification doit être progressive. Il faut en outre surveiller rigoureusement les modifications du droit criminel portant sur le cannabis et en évaluer les répercussions.

Le présent document contient aussi les politiques et les recommandations de la Société médicale canadienne sur l'addiction (SMCA), association affiliée à l'AMC qui possède une expertise particulière dans le domaine des troubles liés à l'abus de substances. Dans une optique encore plus élargie du secteur de la santé, l'AMC a en outre joint de l'information sur les politiques d'autres organisations médicales du Canada et des États-Unis en ce qui concerne la décriminalisation du cannabis.

# **LE CANNABIS ET LES AUTRES DROGUES ILLICITES DU POINT DE VUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

## **INTRODUCTION**

L'Association médicale canadienne (AMC) est heureuse de pouvoir participer aux délibérations du Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites. Ce document a été produit par le nouveau Bureau de la santé publique de l'AMC, qui a consulté nos sociétés affiliées, et en particulier La Société médicale canadienne sur l'addiction, ainsi que nos 12 divisions provinciales et territoriales.

La consommation de drogues illicites et les politiques connexes constituent une grande question extrêmement vaste, multidisciplinaire et qui soulève parfois le controverse. Compte tenu de cette envergure, des délais serrés et des aspects qui intéressent particulièrement le comité, le présent document portera avant tout sur les questions suivantes :

- Quels sont les effets connus du cannabis et des autres drogues illicites sur la santé?
- Quelle expérience a-t-on de la décriminalisation du cannabis?
- Quel a été l'impact de l'application de la loi sur la consommation de drogues illicites?
- Quelles modifications de l'approche du Canada face à la consommation de drogues illicites, y compris la décriminalisation possible, faut-il envisager?

Nous présentons aussi dans ce document un aperçu des prises de position stratégiques et des recommandations pertinentes d'autres organisations médicales clés du Canada et des États-Unis au sujet de la politique sur le cannabis et les drogues.

## **LA CONSOMMATION DE DROGUES DU POINT DE VUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Il existe de nombreuses perspectives différentes sur la consommation de drogues, y compris des cadres déontologique et moral. Le présent document s'inspire du point de vue de la santé publique, qui vise principalement à réduire au minimum tout préjudice relié à la consommation<sup>1</sup>. Il faut à cette fin tenir compte non seulement des enjeux pour la santé liés au consommateur même et à la drogue consommée, mais aussi des principaux facteurs sociaux associés à la consommation.

La consommation de drogues est un comportement complexe sur lequel jouent de nombreux facteurs. Il est impossible de définir une seule cause de la consommation de drogues, et les facteurs contributeurs ne seront pas les mêmes non plus entre des populations et des consommateurs différents.

Les objectifs de la santé publique varieront selon les circonstances : on cherchera à prévenir la consommation chez ceux qui n'ont pas encore commencé (p. ex., chez les préadolescents), à éviter la consommation dans les circonstances qui risquent de causer des résultats indésirables (p. ex., consommation et conduite d'un véhicule à moteur), à aider ceux qui veulent cesser de consommer (p. ex., traitement, réadaptation), et à aider ceux qui ont l'intention de continuer de consommer à le faire de façon à réduire le risque d'effets indésirables (p. ex., programme d'échange d'aiguilles afin de réduire le risque posé par le VIH).

Face à cette complexité, ce qu'il faut, c'est une stratégie de santé publique afin de lutter contre la consommation de drogues en suivant une démarche intégrée à volets multiples. Les stratégies de santé publique portent avant tout sur les divers facteurs de prédisposition, d'habilitation et de renforcement qui jouent sur les comportements et les choix sains<sup>2</sup>. Ces ensembles de facteurs reconnaissent les nombreuses influences qui jouent sur le comportement de la personne, y compris les suivantes : attitudes, croyances et valeurs de la personne et de la société; compétences spécialisées; appui, autoefficacité et renforcement.

On peut regrouper les interventions reliées à la santé publique dans les grandes catégories suivantes<sup>3</sup> :

- Acquisition de connaissances spécialisées – éducation et perfectionnement (p. ex., médias généraux, acquisition de connaissances spécialisées pour résister aux pressions des pairs, techniques de réflexion);
- Politique publique saine – politiques officielles et officieuses qui appuient la santé (p. ex., politiques scolaires, consommation de substances et conduite d'un véhicule, mesures de réduction des préjudices);
- Création d'environnements de soutien – environnements sociaux et matériels (p. ex., alimentation et logement adéquats, sécurité communautaire, mécanismes d'adaptation sans produits chimiques);
- Renforcement des mesures communautaires – participation de la communauté à la découverte de solutions (p. ex., entraide, appui social, participation communautaire);
- Services de santé – éventail de services nécessaires pour répondre aux besoins (p. ex., mesures de prévention, d'évaluation, d'intervention rapide, de traitement, de réadaptation et de réduction des préjudices).

Ce cadre aide à définir l'éventail des éléments constitutifs de programmes dont il faut tenir compte. L'importance relative entre les éléments constitutifs et les interventions précises choisies variera selon la population visée (p. ex., élèves ou consommateurs de drogues injectées). La clé réside dans une démarche équilibrée qui jouera sur les facteurs contribuant à des comportements moins sains et appuiera le changement et le maintien de comportements.



## CANNABIS

Plusieurs commissions et groupes de travail, au Canada et ailleurs, se sont penchés sur la question de savoir comment faire face à la consommation de cannabis, même si, souvent, leurs recommandations sont restées lettre morte<sup>4, 5, 6</sup>. On a laissé entendre que «le cannabis est un ballon politique que les gouvernements cherchent constamment à éviter... (mais qui), comme un ballon, rebondit constamment<sup>7</sup>». Dans cette section du document, nous passons en revue les niveaux actuels de consommation au Canada, les effets sur la santé, des enjeux reliés à l'application de la loi et l'expérience de la décriminalisation dans d'autres pays.

### Consommation courante

Le Sondage sur la consommation de drogues par les élèves de l'Ontario est réalisé aux deux ans auprès des élèves des 7<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup> et 13<sup>e</sup> années, même s'il a porté sur toutes les classes de la 7<sup>e</sup> à la 13<sup>e</sup> année en 1999. La consommation de cannabis au cours de l'année précédente est passée de 11,7 % des élèves en 1991 à 29,2 % en 1999<sup>8</sup>. On a aussi observé des augmentations de la consommation de plusieurs autres drogues au cours de la même période (tabac, alcool, colle, autres solvants, hallucinogènes, cocaïne, PCP et ecstasy). On a aussi observé que la consommation de drogues chez les adolescents a augmenté aux États-Unis, en Europe et en Australie pendant toute la décennie 90. Comparativement aux cohortes antérieures, moins d'élèves en 1999 ont déclaré avoir commencé tôt (avant la 7<sup>e</sup> année) à consommer du cannabis comparativement à des élèves d'âge semblable en 1997 et 1981. Le Tableau 1 illustre la consommation de cannabis, d'alcool et de tabac par année scolaire au cours de la dernière année. Le pourcentage des élèves qui ont consommé une de ces drogues augmente avec le niveau scolaire.

**Tableau 1 – Consommation de drogue (%) au cours de la dernière année selon le niveau scolaire, élèves de l'Ontario, 1999**

	7	8	9	10	11	12	13
<b>Alcool</b>	39,7	53,7	63,1	74,9	82,0	84,6	83,0
<b>Tabac</b>	7,4	17,8	27,8	37,4	41,7	38,6	38,0
<b>Cannabis</b>	3,6	14,9	25,5	36,4	48,1	39,4	43,3

Sondage sur la consommation de drogue par les élèves de l'Ontario, 1999<sup>9</sup>

La dernière enquête nationale sur la consommation de drogues illicites au Canada a été réalisée en 1994<sup>10</sup>. À l'époque, 23 % des Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé du cannabis plus d'une fois pendant leur vie et 7 % en avaient consommé au cours de l'année précédente. La consommation courante est beaucoup plus répandue chez les moins de 25 ans et diminue considérablement avec l'âge (Tableau 2). La consommation de cannabis est surtout sporadique et la majorité des consommateurs adultes et adolescents consommaient moins d'une fois par semaine<sup>11</sup>.

**Tableau 2 – Consommation courante et cumulative de cannabis au Canada, 1994**

Âge	Consommation cumulative (%)	Consommation courante (%) (12 derniers mois)
15-17	30	24,0
18-19	32,9	23,8
20-24	37,7	19,0
25-34	38,2	9,6
35-44	32,9	5,7
45-54	14,8	1,4
55-64	3,7	-
65+	0,8	-

Enquête nationale de 1994 sur l'alcool et les autres drogues

### Effets sur la santé

Nous comprenons de mieux en mieux les effets du cannabis. Hall en résume les effets en effets chroniques et aigus, et effets probables ou possibles (Tableau 3)<sup>12</sup>.

**Tableau 3 – Sommaire des effets probables et possibles du cannabis sur la santé**

	Habitude de consommation	
	Aigus	Chroniques
<b>Probables</b>	anxiété, dysphorie, panique, déficit de la cognition, déficit de la psychomotricité;	bronchite chronique, cancer du poumon, dépendance, déficit léger de la cognition, exacerbation de la psychose;
<b>Possibles</b> (possibles mais incertains, à confirmer par des études contrôlées)	risque accru d'accident de la circulation, psychose, bébés de faible poids à la naissance	cancer chez les descendants, déficit de l'immunité

Tiré du JAMC 2000; 162: 1690-1692.

Le tétrahydrocannabinol (THC) est la principale substance psychotrope contenue dans le cannabis. Le THC est inhalé dans la fumée générale et absorbé par les poumons, où il pénètre rapidement dans la circulation sanguine. Les effets sont perceptibles en quelques secondes et se manifestent complètement en quelques minutes. Le cannabis combine un grand nombre des caractéristiques de l'alcool, des tranquillisants, des opiacés et des hallucinogènes. Il a des caractéristiques anxiolytiques, sédatives, analgésiques et psychédéliques<sup>13</sup>. Sa toxicité aiguë est extrêmement faible, car on n'a jamais signalé de décès attribuables directement à la consommation aiguë de cannabis. Sa principale caractéristique, c'est qu'il produit une sensation d'euphorie (ou la sensation de «planer»). Les effets toxiques reliés à la dose comprennent l'anxiété, la panique, la dépression ou la psychose<sup>14</sup>. Les personnes qui ont une maladie mentale grave importante comme la schizophrénie sont particulièrement vulnérables, car la consommation de cannabis peut provoquer des rechutes et aggraver des symptômes existants.

On a appelé «syndrome amotivationnel» le manque chronique d'énergie et de désir de travailler chez les consommateurs chroniques, et l'on croit actuellement que le syndrome représente une intoxication continue chez les consommateurs fréquents<sup>14</sup>.

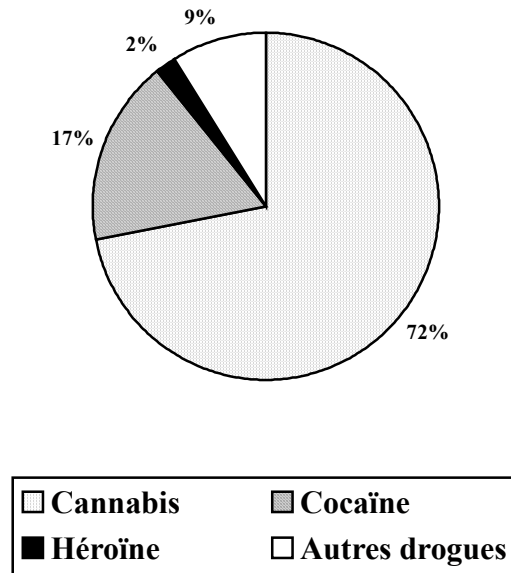
Le cannabis ralentit les réactions, nuit à la coordination de la motricité et à la concentration, ainsi qu'à la réalisation de tâches complexes<sup>13</sup>. À cause de la présence prolongée de métabolites dans la circulation sanguine, il est difficile d'établir un lien entre les taux sanguins et l'affaiblissement aigu des facultés : c'est pourquoi les données sur les accidents sont difficiles à interpréter. On reconnaît toutefois en général qu'il y a un lien entre la consommation de cannabis et un risque accru d'accidents de la circulation et d'écrasements d'aéronefs. L'affaiblissement de l'attention, de la mémoire et de la capacité de traiter des données complexes peut durer longtemps, voire des années, même après que le sujet a mis fin à sa consommation lourde et chronique de cannabis. Il existe un syndrome de sevrage du cannabis qui ressemble à ceux du sevrage de l'alcool, des opiacés et des benzodiazépines<sup>14</sup>.

La consommation de cannabis accélère la fréquence cardiaque et provoque la dilatation des vaisseaux sanguins, phénomènes qui représentent un risque pour les sujets qui ont une cardiopathie préalable. La fumée dégagée par des préparations de cannabis contient un grand nombre des mêmes composés que le tabac à cigarette, y compris une forte teneur en goudron. On a établi un lien entre la consommation chronique de cannabis et la bronchite et l'emphysème. La consommation chronique du cannabis peut entraîner des risques de pneumopathie chronique et de cancer du poumon comparables à ceux qui découlent de la cigarette.

Les études et l'expérience qui prennent de l'ampleur démontrent clairement que le cannabis peut avoir de nombreux effets physiques et psychologiques indésirables qui ne sont toutefois pas aussi impressionnants que ceux du tabac ou de l'alcool<sup>15</sup>.

### **Application de la loi**

Les données de 1997 sont les plus récentes données nationales pour les infractions aux lois antidrogue (possession, culture, trafic et importation)<sup>16</sup>. La proportion des incidents liés aux drogues penche lourdement du côté du cannabis, ce qui est intrigant étant donné que les préoccupations que le cannabis soulève pour la santé sont beaucoup moins sérieuses que celles qui découlent de l'héroïne et de la cocaïne.



**Figure 1 : Proportion de tous les incidents liés aux drogues selon le type de drogue, Canada, 1997**

Sur les 66 500 incidents liés aux drogues survenus au Canada en 1997, plus de 70 % (47 908) avaient trait au cannabis, dont plus des deux tiers (32 682) étaient des cas de possession. Le taux des infractions liées au cannabis a augmenté de 34 % depuis 1991 et les taux de possession ont augmenté régulièrement de 1991 à 1996 pour fléchir légèrement en 1997. La plupart (86 %) des personnes accusées d'infractions liées au cannabis avaient moins de 25 ans. On a calculé qu'environ 2 000 Canadiens sont emprisonnés chaque année pour possession de cannabis<sup>17</sup>.

En dépit du niveau actuel d'application de la loi, la consommation de cannabis est à la hausse et plus de 40 % des élèves des 11<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup> et 13<sup>e</sup> années ont consommé du cannabis au cours de l'année précédente. Même s'il est évident que l'on porte des accusations contre un faible pourcentage seulement de consommateurs, des milliers d'adolescents et de jeunes adultes sont accusés chaque année, et ont ainsi un casier judiciaire qui peut avoir des répercussions sur leur emploi futur et sur leurs contacts futurs avec le système judiciaire, et qui peut même les empêcher d'obtenir la citoyenneté<sup>11</sup>. Les résultats de plusieurs études indiquent que le risque perçu pour la santé et le désaveu de la société sont beaucoup plus importants que les menaces de la loi<sup>18</sup> comme désincitations à la consommation de cannabis.

### **Expérience de la décriminalisation à l'étranger**

D'autres pays ont mis en œuvre d'autres stratégies d'application de la loi face à la consommation personnelle de cannabis. Même si aucune de ces expériences ne permet de prédire directement ce qui se passerait au Canada, elles éclairent certains des enjeux qu'il faut aborder lorsque l'on envisage la décriminalisation.

En dépit de l'intérêt manifeste que soulève l'impact de ces modifications des politiques, les évaluations bien conçues sont très rares (c.-à-d. évaluations conçues et mises en œuvre avant les modifications des politiques plutôt qu'analyses postérieures fondées sur les données disponibles).

### États-Unis

Au cours des années 70, plusieurs États américains ont réduit les sanctions légales pour possession de faibles quantités de cannabis afin de ramener la sanction maximale à une amende. En dépit de l'intérêt éventuel important que pourraient susciter les effets de ces modifications des politiques, les études d'évaluation sont relativement rares. Même si elles reposent sur des données tirées d'enquêtes nationales menées auprès des élèves du secondaire, ainsi que d'évaluations réalisées dans deux États, les données disponibles indiquent qu'il n'y a pas d'augmentation apparente de la consommation de cannabis que l'on pourrait attribuer à la décriminalisation<sup>19</sup>. Les données tirées de l'enquête nationale auprès des élèves du secondaire ont montré que même si la consommation de cannabis avait augmenté dans les États ayant décriminalisé la possession, les taux de consommation avaient augmenté davantage là où les lois étaient plus rigoureuses. La Californie est un des États qui ont décriminalisé la possession et, comme d'autres États, elle a constaté au cours des années 1980 une baisse de la consommation de cannabis. Selon les enquêtes réalisées auprès des élèves, cette baisse a semblé attribuable à l'évolution des perceptions relatives aux risques pour la santé plutôt qu'à des modifications du statut de la drogue devant la loi<sup>19</sup>.

### Pays-Bas

Les Pays-Bas sont l'exemple le plus cité d'un pays qui a changé d'attitude face à la marijuana. Les Hollandais n'imposent aucune pénalité pour la possession de faibles quantités de cannabis et permettent à un certain nombre de cafés de vendre ouvertement la drogue<sup>20</sup>. Cette politique ne consiste pas simplement éliminer le risque d'avoir un casier judiciaire et de faire de la prison pour possession : elle a en fait légalisé en partie la vente de cannabis. Le processus a commencé en 1976 et les cafés n'étaient pas autorisés à annoncer, ne pouvaient vendre de drogues dures, ne pouvaient vendre aux mineurs, ne pouvaient troubler la paix publique et ne pouvaient vendre plus que certaines quantités limitées. Au début, le plafond était fixé à 30 g de cannabis, ce qui est plutôt important, et on l'a ramené par la suite à 5 g en 1995.

On a essayé de comparer la prévalence de la consommation de cannabis au Pays-Bas et ailleurs. Comme la consommation de cannabis change de façon spectaculaire avec l'âge et pendant des périodes différentes, les enquêtes doivent porter sur des populations semblables pendant des périodes semblables pour que les résultats en soient comparables. La formulation des questions, qui diffère entre les enquêtes, peut aussi rendre toute comparaison difficile. Dans une étude récente, MacCouin et ses collaborateurs, établissent 28 comparaisons entre les Pays-Bas et les États-Unis, le Danemark, l'Allemagne de l'Ouest, la Suède, Helsinki, la France et le R.-U.<sup>21</sup>. Dans l'ensemble, il semble que les taux de consommation en Hollande sont plus bas qu'aux États-Unis, mais un peu plus élevés que dans certains pays européens voisins. La consommation de cannabis est plus élevée à Amsterdam que dans d'autres villes hollandaises et se compare à celle qui prévaut aux États-Unis.

Des enquêtes, peu nombreuses, semblent montrer que de 1984 à 1992, la consommation de cannabis a augmenté considérablement chez les adolescents (16 à 20 ans), ce qui ne s'est pas produit dans d'autres pays. Les augmentations observées de 1992 à 1998 ressemblaient toutefois à celles qu'on a observées ailleurs, y compris au Canada. Dans l'ensemble, il semble que même si la consommation chez les adolescents a commencé à augmenter plus rapidement en Hollande qu'ailleurs, la prévalence de l'utilisation était beaucoup moins élevée que dans les pays de comparaison et c'est pourquoi, vers la fin des années 90, les taux de consommation étaient comparables à ceux des États-Unis et du Canada.

### Australie

De 1987 à 1995, trois États de l'Australie ont décriminalisé la possession et la culture du cannabis destiné à la consommation personnelle en remplaçant les sanctions pénales par des amendes<sup>22</sup>. Les tribunaux d'autres États ont eu tendance à imposer des sanctions non pénales comme une amende ou une sentence suspendue avec casier judiciaire. Les enquêtes peu nombreuses menées en Australie n'ont pas réussi à démontrer d'impact important sur la consommation de cannabis (dans certains cas, l'échantillon était de taille limitée et la tendance de la consommation est à la hausse dans les États de l'Australie qui n'ont pas décriminalisé le cannabis, ainsi que dans d'autres pays qui continuent d'en interdire la consommation). Il est intéressant de constater qu'en dépit de la décriminalisation, le nombre d'avis émis par les corps policiers dépasse le nombre d'infractions reliées au cannabis avant le changement de la loi.

### **Résumé**

Il semble d'après les sections précédentes, que la consommation de cannabis soit relativement courante (particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes), soit en grande partie sporadique, soit à la hausse, et ne soit pas inoffensive. Étant donné ces préjudices possibles, on ne souhaiterait pas en encourager la consommation. Il n'existe toutefois aucun lien obligatoire entre les effets indésirables sur la santé de toute drogue ou de tout comportement humain et son interdiction par la loi<sup>22</sup>. La question consiste donc à déterminer s'il y a des façons moins coercitives d'en décourager la consommation préjudiciable. En dépit de l'approche actuelle du système de justice criminelle, où les accusations reliées aux drogues illicites portent surtout sur le cannabis, la majorité étant des accusations pour possession, la consommation est à la hausse et des milliers d'adolescents et de jeunes adultes se retrouvent avec un casier judiciaire pour possession chaque année. Les données probantes disponibles d'autres régions indiquent que la décriminalisation n'entraînerait pas d'augmentation importante de la consommation au-dessus des tendances de base. Compte tenu des tendances actuelles, une stratégie intégrée visant à décourager la consommation usuelle s'impose.

## AUTRES DROGUES ILLICITES

Les drogues illicites autres que le cannabis soulèvent un ensemble différent d'enjeux et de préoccupations. Même si l'étude du Comité sénatorial spécial ne porte pas principalement sur ces drogues, nous abordons quelques enjeux clés afin de mieux placer la question du cannabis dans le contexte approprié.

### Consommation courante

Le Sondage sur la consommation de drogues par les élèves des 7<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup> et 13<sup>e</sup> années de l'Ontario a montré qu'après avoir diminué pendant une période prolongée au cours des années 80, la consommation de drogues chez les adolescents augmente régulièrement<sup>8</sup>. En 1999, on a déclaré la consommation des drogues suivantes au cours de l'année précédente : ecstasy (4,8 %); PCP (3,2 %); hallucinogènes (13,8 %); cocaïne (4,1 %). En guise de comparaison, la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis s'est établie à 28,3 %, 65,7 %, et 29,2 % respectivement.

Les données tirées d'enquêtes menées au Canada auprès de personnes âgées de 15 ans et plus en 1994 ont révélé qu'environ une personne sur 20 déclarait avoir déjà consommé du LSD, des amphétamine, de l'héroïne ou de la cocaïne<sup>10</sup>. Les taux de consommation de ces drogues au cours de l'année précédente s'établissaient à 1 % et 0,7 % respectivement.

### Effets sur la santé

Les effets indésirables de drogues comme l'héroïne et la cocaïne sont reliés non seulement aux drogues mêmes, mais aussi, et de plus en plus, à leur méthode d'absorption, car elles sont surtout injectées. L'injection constitue un moyen efficace pour consommer, mais elle transmet aussi avec une efficacité extrême les virus à transmission hématogène comme ceux de l'hépatite B, de l'hépatite C, ainsi que le VIH. La proportion des infections par le VIH attribuables à la consommation de drogues injectées (CDI) est passée de 9 % avant 1985 à plus de 25 % en 1995<sup>23</sup>. La CDI est aussi le principal vecteur de transmission de l'hépatite C : elle cause 70 % des cas<sup>24</sup>.

La consommation croissante de cocaïne, qui a tendance à être injectée plus souvent, accroît l'exposition subséquente à l'infection. On a estimé que jusqu'à 100 000 Canadiens s'injectent des drogues (sans compter les stéroïdes)<sup>25</sup>. La transmission d'agents pathogènes à transmission hématogène n'est pas limitée aux consommateurs de drogues injectées, car la maladie peut ensuite se propager par contacts sexuels, y compris dans le contexte du commerce du sexe, sans oublier la transmission verticale de la mère infectée à l'enfant. La Colombie-Britannique a connu une épidémie de surdoses mortelles chez les consommateurs de drogues injectées et Vancouver a enregistré plus de 2 000 décès de cette nature depuis 1991<sup>17</sup>.

En dépit de la gravité des effets indésirables que peut entraîner la consommation de drogues illicites et même si la transmission croissante de maladies à transmission hémotogène peut aggraver la situation, les drogues licites comme l'alcool et le tabac causent beaucoup plus de décès, font perdre plus d'années de vie possibles et causent plus d'hospitalisations, compte tenu de la population<sup>26</sup>.

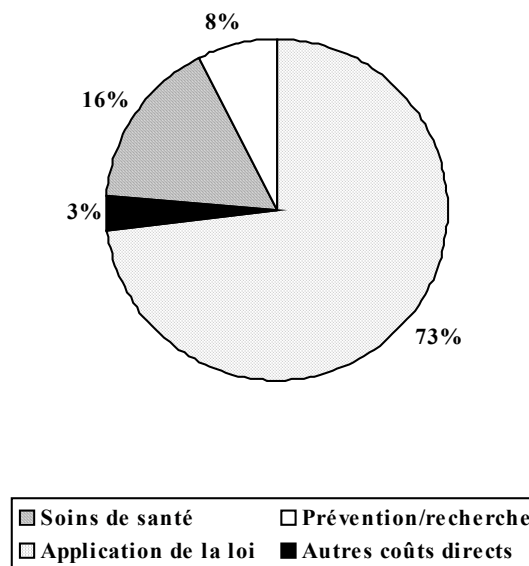
**Tableau 4 – Nombre de décès, mortalité prématurée et hospitalisations pour consommation de drogues illicites, d'alcool et de tabac, Canada, 1995.**

	Décès	Années de vie possibles perdues	Hospitalisations
<b>Drogues illicites</b>	805	33 662	6 940
<b>Alcool</b>	123 734	172 126	82 014
<b>Tabac</b>	34 728	500 350	193 772

De : Single et al. JAMC 2000: 162: 1669-1675

### Dépenses consacrées aux drogues illicites

La figure ci-dessous illustre les coûts directs associés aux drogues illicites, selon des données canadiennes de 1992.



**Figure 2 : Coûts directs attribuables aux drogues illicites au Canada, 1992. (de Single et al, 1998)**

L'application de la loi englobait la majeure partie des dépenses. Compte tenu de la distribution des incidents liés aux drogues, les infractions reliées au cannabis en constituent un pourcentage important, même si l'on associe à d'autres drogues une grande partie des coûts de santé et autres.



Un pourcentage important des accusations reliées aux drogues porte sur la possession plutôt que sur le trafic ou l'importation (cocaïne, 42 %; héroïne 42 %; autres drogues, 56 %) <sup>16</sup>. Même si la consommation de drogues illicites est avant tout un problème sanitaire et social, les dépenses courantes ne le reflètent pas et montrent une déviation marquée vers une stratégie fondée sur la justice criminelle. Les prisons ne sont malheureusement pas un milieu idéal pour traiter les toxicomanies, et leur population risque de continuer d'y propager des virus à transmission hémotogène.

## **RECOMMANDATIONS**

### **Le besoin de démarches équilibrées et intégrées**

Les raisons à l'origine de la consommation de drogues, et en particulier de «drogues dures», sont complexes. On ne sait pas clairement comment une démarche fondée avant tout sur l'application de la loi permettra d'aborder les déterminants de la consommation de drogues, de traiter les toxicomanies ou de réduire les préjudices qui en découlent, dont les surdoses et la transmission de virus à transmission hémotogène, y compris le VIH. Les incarcérations coûtent beaucoup plus cher que les traitements efficaces contre les drogues <sup>27</sup>. On semble compter excessivement sur la loi lorsque d'autres modèles pourraient être plus efficaces pour atteindre l'objectif visé, soit prévenir ou réduire les préjudices causés par la consommation de drogues <sup>18</sup>. Une application agressive de la loi aux consommateurs pourrait exacerber ces préjudices en encourageant la consommation des drogues les plus dangereuses et toxicomanogènes dans leurs formes les plus concentrées <sup>28</sup> parce qu'elles sont plus faciles à dissimuler et que l'injection est plus efficace que l'inhalation, car l'interdiction et l'application de la loi font grimper les coûts des drogues <sup>29</sup>. Des groupes d'experts ont publié récemment plusieurs séries de recommandations sur le besoin d'un éventail intégré de moyens pour relever les défis que la consommation de drogues, et en particulier de drogues injectées, pose pour la santé publique <sup>17,25,30,31</sup>.

Les recommandations comprennent les éléments suivants :

- prévention des toxicomanies;
- traitement et réadaptation;
- recherche;
- surveillance et diffusion du savoir;
- coordination et leadership nationaux.

Beaucoup de recommandations obligeront à avoir des relations de travail étroites avec les dirigeants de l'appareil judiciaire et de l'application de la loi. L'abus des drogues et la toxicomanie constituent une maladie chronique et récidivante qu'il est possible de traiter efficacement <sup>32</sup>. Recourir à la justice criminelle pour s'attaquer à une maladie ne convient pas particulièrement lorsque l'on reconnaît de plus en plus qu'une telle approche est inefficace et aggrave les préjudices <sup>33</sup>.

L'AMC présente ses recommandations en deux volets distincts. La première série de recommandations porte avant tout sur les politiques relatives aux drogues illicites en général. Même si elles dépassent la portée prévue de l'étude du comité sénatorial, nous sommes d'avis que ces recommandations sont tout aussi importantes et que le comité devrait en tenir compte. Les recommandations du deuxième groupe portent spécifiquement sur le cannabis. Nos recommandations à cet égard tiennent compte de l'effet du cannabis sur la santé, des niveaux actuels de la consommation, de l'étendue et de l'effet des activités d'application de la loi, ainsi que de l'expérience d'autres niveaux de compétence.

## Section 1 : Drogues illicites

L'AMC recommande :

1. **Une stratégie nationale antidrogue** : Le gouvernement fédéral doit élaborer, en collaboration avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec les groupes intéressés pertinents, une stratégie nationale intégrée de lutte contre l'utilisation non médicale des drogues.
2. **Redistribution des ressources** : La grande majorité des ressources consacrées à la lutte contre les drogues illicites sont affectées aux activités d'application de la loi. Les gouvernements doivent rééquilibrer cette répartition et en affecter une plus grande proportion aux programmes de traitement, de prévention et de réduction des préjudices causés par les drogues. Les activités d'application de la loi devraient viser la distribution et la production de drogues illicites.
3. **La toxicomanie est une maladie** : La toxicomanie doit être considérée comme une maladie et par conséquent, il faudrait détourner dans la mesure du possible les toxicomanes de l'appareil judiciaire criminel vers les milieux du traitement et de la réadaptation. En outre, il faut s'attaquer au stigmate associé à la toxicomanie dans le cadre d'une stratégie d'éducation intégrée.
4. **Augmentation de la recherche** : Les gouvernements doivent s'engager à effectuer davantage de recherches sur la cause et le traitement des toxicomanies. D'autres recherches sur les effets à long terme de la consommation chronique du cannabis sur la santé s'imposent particulièrement

## Section 2 : Cannabis

L'AMC recommande :

1. **Programme national d'abandon du cannabis** : Que le gouvernement fédéral élabore, en collaboration avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec les groupes intéressés d'intervenants, un programme intégré afin de réduire au minimum la consommation du cannabis. Ce programme devrait inclure les mesures suivantes, notamment :
  - éducation et sensibilisation aux préjudices que peut causer la consommation du cannabis, y compris les risques associés à la consommation pendant la grossesse, la consommation par les personnes atteintes d'une maladie mentale ou de problèmes respiratoires chroniques, et la consommation lourde chronique;

- stratégies de prévention de la consommation précoce au cours de l'adolescence;
  - disponibilité de services d'évaluation, de counselling et de traitement pour les personnes qui ressentent des effets indésirables de la consommation lourde ou qui sont asservies.
2. **Politique de prévention de la conduite avec facultés affaiblies** : L'AMC est d'avis que des efforts à long terme intégrés comportant à la fois des mesures législatives dissuasives et des activités de sensibilisation et d'éducation du public constituent la démarche la plus efficace pour réduire le nombre de pertes de vie et de traumatismes causés par des accidents attribuables à la conduite avec facultés affaiblies. L'AMC appuie une approche multidimensionnelle semblable de la conduite d'un véhicule à moteur avec facultés affaiblies par le cannabis.
  3. **Décriminalisation** : Que l'on réduise la gravité des peines imposées pour possession simple et consommation personnelle de cannabis en éliminant les sanctions criminelles. L'AMC est d'avis que des ressources actuellement consacrées à lutter contre la possession simple de marijuana par le code criminel pourraient être redirigées vers des stratégies de santé publique, en particulier visant les jeunes. Dans la mesure où avoir un casier judiciaire limite les possibilités d'emploi, les répercussions sur l'état de santé sont profondes. Des perspectives d'emploi limitées entraînent une détérioration de l'état de santé. L'infraction civile, par exemple l'amende, pourrait constituer une solution de rechange. Il ne faudrait toutefois viser la décriminalisation que dans le cadre d'une stratégie nationale intégrée de lutte contre les drogues illicites comportant un programme d'abandon du cannabis.
  4. **Surveillance et évaluation** : Afin de prévenir les préjudices possibles, toute modification doit être progressive. Il faut en outre surveiller rigoureusement les modifications du droit criminel portant sur le cannabis et en évaluer les répercussions.

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE CANADIENNE SUR L'ADDICTION

La Société médicale canadienne sur l'addiction (SMCA), constituée en 1989, est une association nationale regroupant des professionnels du milieu médical et des scientifiques intéressés aux troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues.

### Vision

La Société vise les mêmes objectifs globaux que beaucoup d'autres organismes et groupes canadiens, soit la prévention et le traitement des problèmes inhérents à la consommation d'alcool et d'autres substances psychotropes, et l'amélioration ou la stabilisation des conséquences néfastes résultant de l'usage de ces drogues. La Société se propose d'atteindre ses objectifs par l'intermédiaire de la valorisation des sciences médicales et de la pratique clinique spécialisée dans ce domaine au Canada. Il s'agit plus précisément de :

- promouvoir et valoriser le rôle des médecins dans la prévention et le traitement des problèmes liés à l'alcool et aux drogues;
- améliorer la qualité de la pratique médicale dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie par le biais de :
  - l'établissement et la promotion de normes régissant la pratique clinique;
  - la valorisation et la promotion de la recherche;
  - la valorisation et la promotion en sciences médicales;
- la sensibilisation des professionnels et du public aux rôles que les médecins sont appelés à jouer dans le processus de prévention et de traitement des problèmes liés à l'alcool et aux drogues;
- la promotion et la création de programmes complets assurant la prévention et le traitement des problèmes d'alcool et de drogues au sein du corps médical;
- la participation à des examens et des débats menés au sein des professionnels ou du public et centrée sur les questions d'intérêt dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

### Énoncé de politique

Dans son énoncé de politique nationale sur les drogues, la SMCA exige que :

Le Canada doit avoir une stratégie claire au sujet de la culture, de la fabrication, de l'importation, de la distribution, de la publicité, de la vente, de la possession et de l'utilisation de substances psychotropes, qu'elles soient licites ou illicites.

Il faut décriminaliser la possession de drogues pour consommation personnelle et la distinguer du trafic ou de la vente ou distribution illégales de drogue à des tiers, qui doivent entraîner des sanctions criminelles appropriées.

Il faut toujours tenir compte de l'impact que la consommation, l'abus et la dépendance des substances peuvent avoir sur la santé publique et celle de l'individu.

Il est essentiel que la façon de traiter une personne qui consomme ou possède des drogues illicites prévoie une évaluation visant à déterminer l'ampleur d'un trouble lié à la consommation de substances et le dépistage des toxicomanies.

Il faut rendre disponible le financement nécessaire pour réduire l'offre et la demande de diverses substances psychotropes qui peuvent entraîner l'abus ou la toxicomanie.

## **Recommandations**

1. Les politiques et les règlements nationaux doivent présenter une stratégie intégrée et coordonnée qui vise à réduire les préjudices causés aux personnes, aux familles et à la société par la consommation de toutes les drogues toxicomanogènes, qu'elles soient «licites» ou «illicites».
2. Il faut concevoir de façon intégrée des programmes de prévention visant l'éventail complet des drogues toxicomanogènes afin de sensibiliser davantage la population et d'orienter les attitudes sociales au moyen de renseignements scientifiques au sujet de la pharmacologie des drogues et des effets de l'utilisation récréative et problématique sur les personnes, les familles, les communautés et la société.
3. Il faut augmenter le nombre et l'éventail des programmes de communication, de repérage, d'aiguillage et de traitement de toutes les personnes qui ont une toxicomanie jusqu'à ce qu'ils soient disponibles et accessibles dans toutes les régions du pays pour tous ceux qui ont besoin de tels services.
4. Il faut établir un équilibre entre les mesures d'application de la loi qui visent à interrompre la distribution des drogues illicites et des programmes factuels de traitement et de prévention, ainsi que des programmes visant à atténuer les facteurs sociaux qui exacerbent les toxicomanies et les problèmes qui en découlent.
5. Il faut réfléchir soigneusement à toutes les modifications des lois qui auraient des répercussions sur l'accès aux drogues toxicomanogènes, les mettre en œuvre graduellement et de façon séquentielle et les évaluer scientifiquement à chaque étape de la mise en œuvre, ce qui inclut l'évaluation des effets sur :
  - l'accès pour les jeunes et la prévalence de la consommation chez eux;
  - la prévalence de la consommation au cours de la grossesse et ses effets sur les enfants;
  - les taux de prévalence de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies;
  - les taux de criminalité, de violence et d'incarcération;
  - les coûts de l'application de la loi et de la justice criminelle;
  - la sécurité et la productivité industrielles;
  - les coûts pour le système de santé;
  - les perturbations dans la famille et la société;
  - les autres coûts humains, sociaux et économiques.

6. La SMCA s'oppose à

- toute modification de la loi et des règlements qui entraînerait une augmentation importante subite de la disponibilité de toute drogue toxicomanogène (sauf lorsqu'elle est prescrite par un médecin pour des raisons thérapeutiques). Tous les changements doivent être graduels et il faut les suivre attentivement.
- tout système de distribution de drogues toxicomanogènes qui obligerait des médecins à prescrire les drogues en question pour des raisons autres que le traitement et la réadaptation.

7. La SMCA appuie

- les politiques publiques qui prévoiraient le traitement et la réadaptation au lieu de sanctions criminelles pour les personnes asservies à un psychotrope et dont l'infraction consiste à posséder une drogue toxicomanogène pour consommation personnelle. Il faut offrir aux personnes trouvées coupables d'une infraction reliée à la toxicomanie des services appropriées d'évaluation et de traitement dans le cadre de leur sentence. Il est possible d'atteindre ce but par un éventail de sentences possibles fondées sur la nature de l'infraction.
- une augmentation des ressources consacrées à la recherche fondamentale et appliquée sur les causes, l'étendue et les conséquences de la consommation d'alcool et d'autres drogues, les problèmes et la dépendance qui en découlent, ainsi que sur les méthodes de prévention et de traitement.

## **EXPOSÉS DE POSITION PERTINENTS D'AUTRES ORGANISATIONS DES MILIEUX DE LA MÉDECINE ET DE LA SANTÉ**

Cette section vise à présenter au Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites des renseignements sur les positions stratégiques d'autres organisations médicales clés du Canada et des États-Unis au sujet de la décriminalisation du cannabis.

### **Centre canadien de toxicomanie et de santé mentale<sup>34</sup>**

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) décourage l'usage de cannabis et souligne que l'abstinence est la meilleure façon d'en éviter les préjudices. Il incite également les gens pour qui l'usage est devenu problématique à chercher de l'aide.

Le cannabis n'est pas une drogue inoffensive. Son usage – surtout s'il est prolongé et fréquent – a été associé à des effets négatifs sur la santé et sur le comportement, comprenant des dommages respiratoires, problèmes de coordination, troubles cognitifs et de mémoire, problèmes congénitaux et postnatals, troubles psychiatriques, hormonaux, immunitaires et cardiovasculaires, ainsi qu'un piètre rendement scolaire et professionnel. Les conséquences de son usage sont particulièrement préoccupantes chez les jeunes et les personnes souffrant de troubles mentaux. Cependant, l'usage du cannabis est surtout sporadique et expérimental, et risque peu d'entraîner de graves conséquences.

Le CTSM est d'avis que le système de justice pénale en général et en particulier la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Loi), en vertu de laquelle l'usage du cannabis est un délit criminel, sont devenus des mesures de contrôle désuètes. Le Centre tire cette conclusion des preuves scientifiques disponibles sur les effets du cannabis, les conséquences d'une condamnation pour la personne, les coûts de l'application de la loi et le peu d'efficacité des mesures de criminalisation de l'usage du cannabis.

À l'appui d'autres intervenants experts, le CTSM croit que la possession du cannabis à des fins personnelles ne devrait plus concerner la Loi et le système de justice pénale. Malgré les conséquences néfastes de l'usage excessif du cannabis pour la santé et vu l'expérience d'autres États, le CTSM est d'avis que la décriminalisation de la possession de cette drogue n'entraînera pas une augmentation de son usage.

Le CTSM recommande de mettre en place un cadre de contrôle juridique de l'usage du cannabis mieux adapté permettant de créer un système de contrôle plus efficace et moins coûteux qui aurait moins de conséquences négatives au plan social et individuel, et favoriserait la santé et la sécurité de la population. Ce nouveau système de contrôle juridique en territoire canadien peut se fonder sur une variété de systèmes qui ont fait leurs preuves dans d'autres États. Le CTSM suggère de songer sérieusement à soumettre la possession de cannabis au droit civil et à la Loi sur les contraventions fédérales.

Le CTSM ajoute que la mise en place d'un nouveau cadre devrait faire l'objet d'une surveillance serrée afin d'en évaluer les effets et de recueillir les renseignements nécessaires à l'adoption des politiques futures. Il faudrait également assurer et maintenir le financement de programmes de traitement et de prévention pour minimiser l'usage du cannabis et les préjudices qui y sont associés.

### **American Society of Addiction Medicine**<sup>35</sup>

Dans sa politique de 1994 qu'elle a mise à jour en septembre 2001, la Société recommande ce qui suit :

1. La politique nationale devrait comporter une stratégie intégrée et coordonnée qui vise à réduire les préjudices causés aux personnes, aux familles et à la société par la consommation de toutes les drogues toxicomanogènes.
2. Il est trompeur de compter sur la distinction entre les drogues «licites» et «illicites», puisque des drogues dites «licites» sont illicites pour les personnes qui n'ont pas un âge prescrit ou dans certaines circonstances.
3. Les programmes de prévention devraient être le fruit d'une conception intégrée afin de viser l'éventail complet des drogues toxicomanogènes et de faire changer les attitudes sociales. (Voir l'énoncé de l'ASAM sur la prévention.)
4. Il faut augmenter le nombre et le type des programmes de communication, de repérage, d'aiguillage et de traitement de toutes les personnes qui ont une toxicomanie, y compris l'asservissement à l'alcool et à la nicotine, jusqu'à ce qu'ils soient disponibles et accessibles dans toutes les régions du pays pour tous ceux qui ont besoin de tels services.
5. Il faut offrir aux personnes atteintes de maladies comme l'alcoolisme et les autres toxicomanies de les traiter au lieu de les punir pour leur asservissement.
6. Il faut redéployer le reste des ressources consacrées à la lutte contre ces problèmes pour cesser d'accorder la prédominance à l'application de la loi afin d'attribuer d'une plus grande importance des programmes de traitement et de prévention, ainsi qu'aux programmes visant à atténuer les facteurs sociaux qui exacerbent la toxicomanie et ses problèmes connexes.
7. Les mesures d'application de la loi qui visent à interrompre la distribution de drogues illicites doivent viser le plus celles qui causent à la société les problèmes aigus les plus graves.
8. Il faut réfléchir soigneusement à toutes les modifications des lois qui auraient des répercussions sur l'accès aux drogues toxicomanogènes, les mettre en œuvre graduellement et de façon séquentielle, et les évaluer scientifiquement à chaque étape de la mise en œuvre, ce qui inclut l'évaluation des effets sur :
  - a. la prévalence de la consommation au cours de la grossesse et ses effets sur les enfants;



- b. les taux de prévalence de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies;
  - c. les taux de criminalité, de violence et d'incarcération;
  - d. les coûts de l'application de la loi et de la justice criminelle;
  - e. la sécurité et la productivité industrielles;
  - f. les coûts pour le système de santé;
  - g. les perturbations dans la famille et la société;
  - h. les autres coûts humains, sociaux et économiques.
9. L'ASAM s'oppose à toute modification des lois et des règlements qui entraînerait une augmentation importante subite de la disponibilité de toute drogue toxicomanogène (sauf lorsqu'elle est prescrite par un médecin pour des raisons thérapeutiques).
10. Tout changement devrait être graduel et surveillé de près. L'ASAM s'oppose à tout système de distribution de drogues toxicomanogènes qui obligerait les médecins à prescrire les drogues en question pour des raisons autres que le traitement et la réadaptation.
11. L'ASAM appuie les politiques publiques prévoyant des services de traitement et de réadaptation au lieu de sanctions criminelles pour les personnes asservies aux psychotropes et dont la seule infraction consiste à posséder une drogue toxicomanogène pour consommation personnelle.
12. L'ASAM appuie les politiques publiques qui offrent des services appropriés de traitement et de réadaptation aux personnes asservies à un psychotrope jugées coupables d'une infraction reliée à cet asservissement, dans le contexte de leur sentence. Il est possible d'atteindre ce but par un éventail de sentences possibles fondées sur la nature de l'infraction.
13. L'ASAM appuie une augmentation des ressources consacrées à la recherche fondamentale et appliquée sur les causes, l'étendue et les conséquences de l'alcoolisme et des autres toxicomanies, les problèmes et la dépendance, ainsi que sur les méthodes de prévention et de traitement.
14. Il faudrait en outre appuyer davantage la recherche scientifique solide qui porte sur des questions de politiques publiques et lui accorder une grande priorité comme moyen d'aider à prendre de telles décisions.
15. Les médecins et les sociétés médicales devraient continuer de participer activement aux efforts déployés pour orienter la politique nationale antidrogue et continuer de promouvoir, face à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies, une approche de santé publique fondée sur la compréhension scientifique des causes, de l'apparition et du traitement de ces maladies.

## **Leadership des médecins américains au sujet de la politique nationale antidrogue<sup>32</sup>**

Le programme Leadership des médecins au sujet de la Politique nationale antidrogue (PLNDP) a été lancé en 1997 lorsque 37 médecins de premier plan de presque toutes les sociétés médicales\* se sont réunis et ont reconnu que «l'approche actuelle axée sur la justice criminelle ne réussit pas à réduire, et encore moins à contrôler, l'abus des drogues en Amérique.» Leur recension documentaire détaillée a permis de constater que :

- la toxicomanie est une maladie chronique récidivante comme le diabète ou l'hypertension;
- le traitement des toxicomanies donne des résultats;
- le traitement de la toxicomanie permet d'économiser de l'argent;
- le traitement de la toxicomanie remet des familles et des communautés sur les rails;
- la prévention et l'éducation aident à détourner les jeunes de l'abus de substances, de la délinquance, du crime et de l'incarcération.

Pour donner suite à une recension documentaire détaillée, les médecins recommandent les politiques clés suivantes :

- réaffecter des ressources au traitement et à la prévention des toxicomanies;
- instaurer la parité dans l'accès aux soins, les avantages découlant du traitement et les résultats cliniques;
- réduire la réglementation invalidante des programmes de traitement des toxicomanies;
- utiliser les procédures efficaces de la justice criminelle pour réduire l'offre et la demande (p. ex., coalitions communautaires, surveillance communautaire, tribunaux antidrogue);
- investir davantage dans la recherche et la formation;
- éliminer le stigmate associé au diagnostic et au traitement de problèmes de drogue;
- former des médecins et des étudiants (en médecine) afin de les doter des compétences cliniques dont ils ont besoin pour diagnostiquer et traiter des problèmes de drogue.

## RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> Mosher JF, Yanagisako KL. Public health, not social warfare: a public health approach to illegal drug policy. *J Public Health Policy* 1991; 12: 278-323.
- <sup>2</sup> Precede – proceed model of health promotion. Institute of Health Promotion Research. Disponible à l'adresse : [http://www.ihpr.ubc.ca/frameset/frset\\_publicat.htm](http://www.ihpr.ubc.ca/frameset/frset_publicat.htm). Consulté le 27 novembre 2001.
- <sup>3</sup> Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa : Organisation mondiale de la santé, 1986.
- <sup>4</sup> Dean M. UK government rejects advice to update drug laws. *Lancet* 2000; 355: 1341.
- <sup>5</sup> Curran WJ. Decriminalization, demythologizing, desymbolizing and deemphasizing marijuana. *Am J Public Health*. 1972; 62: 1151-1152.
- <sup>6</sup> Rapport de la Commission d'enquête du gouvernement du Canada sur l'usage des drogues à des fins non médicales. Ottawa, 1972.
- <sup>7</sup> Anonyme. Deglamorising cannabis. *Lancet* 1995; 346: 1241. (Éditorial)
- <sup>8</sup> Edlaf EM, Paglia A, Ivis FJ, Ialomiteanu A. Nonmedicinal drug use among adolescent students: highlights from the 1999 Ontario Student Drug Use Survey. *JAMC* 2000; 162: 1677-1680.
- <sup>9</sup> Centre de toxicomanie et de santé mentale. Résumé : sondage sur la consommation de drogues par les élèves de l'Ontario 1999. Disponible à l'adresse : [http://www.camh.netfrançais/addiction/ont\\_student\\_drug\\_use.html](http://www.camh.netfrançais/addiction/ont_student_drug_use.html). Consulté le 15 octobre 2001.
- <sup>10</sup> MacNeil P, Webster I. Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues : analyse des résultats. Ottawa : Santé Canada, 1997.
- <sup>11</sup> Single E, Fischer B, Room R, Poulin C, Sawka E, Thompson H, Topp J. Le contrôle du cannabis au Canada : options concernant la possession. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1998. Disponible à l'adresse : <http://www.ccsa.ca/>.
- <sup>12</sup> Hall W. The cannabis policy debate: finding a way forward. *JAMC* 2000; 162: 1690-1692.
- <sup>13</sup> Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *Br J Psychiatr* 2001; 178: 101-106.
- <sup>14</sup> Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *Br J Psychiatr* 2001; 178: 116-122.
- <sup>15</sup> Farrell M, Ritson B. *Br J Psychiatr* 2001; 178: 98.
- <sup>16</sup> Tremblay S. Drogues illicites et criminalité au Canada. *Juristat* 1999; 19.
- <sup>17</sup> Riley D. La politique canadienne du contrôle des stupéfiants : aperçu et commentaires. Novembre 1998. Disponible à l'adresse : <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-f/ille-f/library-f/riley-f.htm>. Consulté le 15 octobre 2001.
- <sup>18</sup> Erickson PG. The law, social control, and drug policy: models, factors, and processes. *Int J Addiction* 1993; 28: 1155-1176.
- <sup>19</sup> Single EW. The impact of marijuana decriminalization: an update. *J Public Health Policy* 1989; 10: 456-66.
- <sup>20</sup> MacCoun R. Interpreting Dutch cannabis policy: reasoning by analogy in the legalization debate. *Science* 1997; 278: 47-52.
- <sup>21</sup> MacCoun R, Reuter P. Evaluating alternative cannabis regimes. *Br J Psychiatr* 2001; 178: 123-128.
- <sup>22</sup> Hall W. The recent Australian debate about the prohibition on cannabis use. *Addiction* 1997; 92: 1109-1115.
- <sup>23</sup> Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Le VIH et le SIDA chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Mai 2001. Disponible à l'adresse : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/idus\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/idus_f.html). Consulté le 17 octobre 2001.
- <sup>24</sup> Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique. Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1999 : 25S2. Disponible à l'adresse : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/99vol25/25s2/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/99vol25/25s2/index_f.html). Consulté le 17 octobre 2001.
- <sup>25</sup> Comité consultatif FPT sur la santé de la population. Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada : document de travail pour consultation. Mars 2001. Disponible à l'adresse : <http://www.aidslaw.ca/français/contenu/themes/loisdrogues.htm>. Consulté le 14 octobre 2001.
- <sup>26</sup> Single E, Rehm J, Robson L, Van Truong M. The relative risks and etiologic fractions of different causes of death attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *JAMC* 2000; 162: 1669-1675.
- <sup>27</sup> Marwick C. Physician Leadership on National Drug Policy finds addiction treatment works. *JAMA* 1999; 279: 1149-1150.
- <sup>28</sup> Grinspoon L, Bakalar JB. The war on drugs – a peace proposal. *N Eng J Med* 1994; 330: 357-360.
- <sup>29</sup> Hankins C. Substance use: time for drug law reform. *CMAJ* 2000; 162: 1693-1694.

<sup>30</sup> Groupe de travail national sur le VIH, le SIDA et l'usage des drogues par injection. Le VIH, le SIDA et l'usage de drogues par injection : un plan d'action national. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne de santé publique. Mai 1997. Disponible à l'adresse : <http://www.ccsa.ca/docs/HIVFRE.HTM>. Consulté le 15 octobre 2001.

<sup>31</sup> Réseau juridique canadien VIH/SIDA. L'injection de drogues et le VIH/SIDA : questions juridiques et éthiques. Montréal : Réseau 1999.

<sup>32</sup> Physician Leadership on National Drug Policy. Position paper on drug policy. Janvier 2000. Disponible à l'adresse : <http://center.butler.brown.edu/plndp/>. Consulté le 27 novembre 2001.

<sup>33</sup> L'Institut Fraser. Sensible solutions to the urban drug problem. 2001. Disponible à l'adresse : [http://www.fraserinstitute.ca/publications/books/drug\\_papers/](http://www.fraserinstitute.ca/publications/books/drug_papers/). Consulté le 29 novembre 2001.

<sup>34</sup> Centre de toxicomanie et de santé mentale. Position du CTSM quant aux sanctions juridiques touchant la possession et l'usage de cannabis. Avril 2000. Disponible à l'adresse : [www.camh.netfrançais/position\\_papers/cannabis\\_42000.html](http://www.camh.netfrançais/position_papers/cannabis_42000.html). Consulté le 9 octobre 2001.

<sup>35</sup> American Society of Addiction Medicine. Public policy of ASAM. Adopted 1994. Updated Sept 29, 2001. Disponible à l'adresse : [www.asam.org](http://www.asam.org). Consulté le 27 novembre 2001.