



Pistes d'action novatrices en matière de substances psychoactives « illicites »

AUTEUR

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

MISE EN PAGE

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

REMERCIEMENTS

Les personnes suivantes ont généreusement participé au comité de travail :

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

Les personnes suivantes ont généreusement commenté ou fait des suggestions au sujet des travaux :

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

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

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

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

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-75748-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2016)

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	III
Faits saillants	1
Sommaire	2
1 Introduction	6
2 Les pistes d'action	7
2.1 Programmes d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone (PEPPSN)	8
2.1.1 Description	8
2.1.2 Logique d'action et objectifs	8
2.1.3 Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	8
2.1.4 Les évaluations	8
2.1.5 Aspects juridiques.....	9
2.1.6 L'intervention en contexte québécois.....	9
2.2 Services de consommation supervisée (SCS).....	9
2.2.1 Description	9
2.2.2 Logique d'action et objectifs	10
2.2.3 Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	10
2.2.4 Les évaluations	10
2.2.5 Aspects juridiques.....	10
2.2.6 L'intervention en contexte québécois.....	11
2.3 Programmes d'échange de seringues en prison (PESP).....	11
2.3.1 Description	11
2.3.2 Logique d'action et objectifs	11
2.3.3 Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	11
2.3.4 Les évaluations	12
2.3.5 Aspects juridiques.....	12
2.3.6 L'intervention en contexte québécois.....	12
2.4 Programmes de logements à bas seuil d'accessibilité (PLBSA).....	13
2.4.1 Description	13
2.4.2 Logique d'action et objectifs	14
2.4.3 Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	14
2.4.4 Les évaluations	14
2.4.5 Aspects juridiques.....	15
2.4.6 L'intervention en contexte québécois.....	15
2.5 Programmes de distribution de matériel d'inhalation pour le crack (PDMIC).....	15
2.5.1 Description	15
2.5.2 Logique d'action et objectifs	16
2.5.3 Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec	16
2.5.4 Les évaluations	16
2.5.5 Aspects juridiques.....	17
2.5.6 L'intervention en contexte québécois.....	17
2.6 Programmes de prévention et d'analyse de substances en milieu festif (PPASMF)	17

2.6.1	Description	17
2.6.2	Logique d'action et objectifs.....	17
2.6.3	Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec.....	18
2.6.4	Les évaluations.....	18
2.6.5	Aspects juridiques.....	18
2.6.6	L'intervention en contexte québécois.....	19
2.7	Commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT)	19
2.7.1	Description	19
2.7.2	Logique d'action et objectifs.....	20
2.7.3	Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec.....	20
2.7.4	Les évaluations.....	20
2.7.5	Aspects juridiques.....	21
2.7.6	L'intervention en contexte québécois.....	21
2.8	Régimes de contravention pour le cannabis (RCC).....	22
2.8.1	Description	22
2.8.2	Logique d'action et objectifs.....	22
2.8.3	Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec.....	22
2.8.4	Les évaluations.....	23
2.8.5	Aspects juridiques.....	23
2.8.6	L'intervention en contexte québécois.....	23
2.9	Tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT)	23
2.9.1	Description	23
2.9.2	Logique d'action et objectifs.....	24
2.9.3	Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec.....	24
2.9.4	Les évaluations.....	24
2.9.5	Aspects juridiques.....	25
2.9.6	L'intervention en contexte québécois.....	25
2.10	Appréciation méthodologique transversale	25
3	Conclusion	26
	Références.....	27

Liste des sigles et acronymes

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

SLITSS	Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang
TTT	Tribunal de traitement de la toxicomanie
UD	Usager de drogues
UDI	Usager de drogues par injection

Faits saillants

Contexte

Ce rapport résulte d'un mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la réalisation d'une synthèse des connaissances au sujet de neuf pistes d'action non implantées, ou existant à échelle limitée ou à titre de projet pilote au Québec, en matière de substances psychoactives « illicites ».

Ces neuf pistes d'action sont les :

- Programmes d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone;
- Services de consommation supervisée;
- Programmes d'échange de seringues en prison;
- Programmes de logements à bas seuil d'accessibilité;
- Programmes de distribution de matériel d'inhalation pour le crack;
- Programmes de prévention et d'analyse de substances en milieu festif;
- Commissions de dissuasion de la toxicomanie;
- Régimes de contraventions pour le cannabis;
- Tribunaux de traitement de la toxicomanie.

Cette série d'interventions présente un potentiel pour amplifier les effets bénéfiques et réduire les effets négatifs de notre régime actuel de contrôle des substances psychoactives dites illicites.

Pour chacune des pistes d'action, l'analyse couvre six dimensions :

- La description de l'intervention;
- La logique d'action et les objectifs;
- Les précédents et les sanctions institutionnelles hors Québec;
- Les évaluations de leur effectivité;
- Les aspects juridiques et;
- Certains tenants et aboutissants de l'intervention en contexte québécois.

Messages clés

L'analyse ne vise pas à mettre un point final aux réponses à apporter aux enjeux entourant la consommation des substances psychoactives illicites, mais à nourrir les délibérations qui doivent avoir lieu à leur propos.

Dans le cadre du régime juridique fédéral, les autorités québécoises ont une marge de manœuvre suffisante pour mettre en place la plupart de ces interventions. D'ailleurs, la plupart d'entre elles ont déjà été mises en œuvre au Québec ou ailleurs au Canada.

Les régimes de contraventions pour le cannabis constituent une exception, car ils nécessitent vraisemblablement la mise en place d'une nouvelle réglementation de la part du gouvernement fédéral.

Dans le cas des Commissions de dissuasion de la toxicomanie, une intervention fortement apparentée pourrait être mise en place sur la base de l'actuel Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes. Dans ce cas, cela devrait toutefois se faire sans la modification législative qui l'a accompagnée au Portugal, soit l'abrogation des sanctions criminelles pour possession de toutes les drogues actuellement illicites, puisque celle-ci relève du gouvernement fédéral.

L'évaluation du potentiel des interventions a été effectuée en postulant des ajouts au régime actuel. Si les ressources consacrées à la mise en œuvre des interventions considérées sont plutôt des ressources qui sont actuellement consacrées à d'autres interventions, l'anticipation de ces bénéfices doit être remise en question.

Par ailleurs, il existe au Québec un déficit de connaissances sur certains plans concernant l'usage de drogues. Ce manque de connaissances nous prive des moyens d'évaluer plusieurs pistes d'intervention envisageables qui pourraient s'avérer plus efficaces, voire efficaces ou coût-efficaces. Cette synthèse propose quelques avenues pour répondre à cette problématique.

Sommaire

L'INSPQ a effectué une synthèse de la littérature concernant certaines interventions en matière de drogues. Ces interventions ont été choisies entre autres parce qu'elles n'existent pas ou encore à titre de projet pilote ou à faible échelle au Québec, mais aussi parce qu'elles ont été mises en œuvre ailleurs au pays, aux États-Unis d'Amérique, dans les pays de l'Union européenne ou encore en Australie. L'objectif sous-jacent à ce mandat était d'explorer des façons d'amplifier les effets positifs et de mitiger les effets négatifs du système de contrôle actuel en matière de substances psychoactives « illicites ».

L'analyse proposée ne vise pas à mettre un point final aux réponses à apporter aux enjeux entourant la consommation des substances psychoactives illicites, mais à nourrir les délibérations qui doivent avoir lieu à leur propos. En outre, elle ouvre la voie à de nouveaux travaux qui pourraient être menés, notamment autour de la régulation du cannabis, afin de préparer les autorités québécoises à prendre des décisions éclairées dans un contexte où des changements significatifs se profilent à l'horizon.

Considérant les forces et limites méthodologiques des évaluations, un bilan de chacune d'entre elles est ici offert. Le bilan est constitué d'un ensemble d'affirmations qu'il paraît raisonnable d'émettre en fonction de la synthèse de la littérature qui a été effectuée. Les affirmations sont qualifiées par les termes « vraisemblablement » et « possiblement ». « Vraisemblablement » signifie qu'une proposition peut être jugée plus véridique que des propositions concurrentes, en fonction de la « prépondérance de la preuve » offerte par les évaluations. « Possiblement » signifie que la « prépondérance de la preuve » permet de le penser, mais que plus d'évaluations sont nécessaires avant de considérer cette affirmation comme plus véridique que d'autres concurrentes.

Les programmes d'éducation à la prévention et à la prise en charge des surdoses avec la naloxone (PEPPSN).

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PEPPSN a vraisemblablement eu tendance à :

- permettre à une part considérable des participants aux programmes d'utiliser de la naloxone lors d'événements de surdose;

- réduire ou avoir un effet neutre sur la fréquence d'appel des services d'urgences par les personnes qui sont intervenues;
- permettre aux participants d'acquérir et de maintenir des compétences adéquates en matière de prise en charge des surdoses avec la naloxone et réduire la fréquence des interventions délétères;
- réduire ou avoir un effet neutre sur la consommation de drogues et les pratiques à risque de surdoses;
- réduire la mortalité par surdoses aux opioïdes;
- s'avérer coût-efficaces.

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

- réduire la morbidité liée aux surdoses.

Les services de consommation supervisée (SCS).

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de SCS a vraisemblablement eu tendance à :

- permettre de joindre un segment particulièrement vulnérable des personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI);
- réduire certaines pratiques à risque pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS);
- réduire la mortalité par surdoses dans les populations de personnes UDI;
- accroître l'accès à divers services sociaux et de santé (services de désintoxication et de réadaptation, soins primaires, etc.) des usagers;
- améliorer ou avoir un effet neutre sur certaines dimensions de l'ordre public (seringues à la traîne, consommation dans les espaces publics);
- réduire les appels aux services pré-hospitaliers dans l'environnement de proximité;
- s'avérer coût-efficace.

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

- réduire l'incidence des ITSS.

Les programmes d'échange de seringues en prison (PESP).

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PESP a vraisemblablement eu tendance à :

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

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

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

Les programmes de logements à bas seuil d'accessibilité (PLBSA).

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PLBSA a vraisemblablement eu tendance à :

- stabiliser la situation résidentielle de personnes UD difficiles à héberger et à soigner, et ce davantage que les offres à haut seuil d'accessibilité régulières;
- provoquer des effets divergents (hausse, stabilité, réduction) sur l'utilisation de services sociaux et soins de santé spécifiques, à l'intérieur d'un portrait global semblant stable ou en légère baisse sur le plan de l'intensité de la prise en charge;
- avoir un effet neutre sur les symptômes psychiatriques et avoir un effet neutre sur, ou à réduire, la consommation de substances psychoactives des participants;
- améliorer la perception des personnes UD de leur propre santé mentale et de leur situation sociale;
- réduire les sanctions policières et pénales dont les personnes UD sont l'objet.

Les programmes de distribution de matériel d'inhalation pour le crack (PDMIC).

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PDMIC a vraisemblablement eu tendance à :

- permettre de joindre un nouveau segment de personnes UD vulnérables ou d'offrir du matériel stérile concernant un mode de consommation adopté par des personnes UDI fréquentant déjà un programme d'échange de seringues (PES).

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

- provoquer des effets divergents (neutres, positifs et négatifs) sur diverses pratiques à risque particulières, à l'intérieur d'un portrait global qui semble stable;
- avoir un effet neutre sur les patrons de consommation de drogues, hormis peut-être une réduction de la polyconsommation et de la consommation d'héroïne;
- avoir un effet neutre sur l'état de santé global des participants;
- avoir un effet neutre sur la fréquence et la localisation de la consommation en public par inhalation ou par injection.

Les programmes de prévention et d'analyse de substances en milieu festif (PPASMF).

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PPASMF a vraisemblablement eu tendance à :

- permettre de joindre un segment de la population UD qui ne fréquente pas les services de réduction des méfaits réguliers;
- fournir une information de qualité limitée sur la nature des substances analysées lorsque des technologies dites de reconnaissance présumptive furent employées *in situ*.

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

- permettre de joindre des personnes UD ayant des pratiques de consommation particulièrement à risque;

- permettre l'acquisition par les personnes UD de connaissances au sujet des pratiques de consommation sécuritaire;
- avoir un effet neutre, ou à réduire, la consommation ou les pratiques à risque;
- provoquer un transfert de la consommation vers d'autres substances;
- retarder l'initiation de la consommation.

Les Commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT).

Les évaluations montrent que la mise en œuvre des CDT au Portugal a vraisemblablement :

- permis la sanction administrative et la prise en charge sociale et sanitaire des personnes UD auparavant sanctionnées pénalement, et ce sans extension du nombre total de personnes UD sanctionnées;
- contribué à une augmentation de l'utilisation des services de réadaptation;
- contribué à une augmentation du nombre de personnes arrêtées pour trafic et des volumes de drogues saisies;
- contribué à une augmentation du nombre d'homicides liés au marché illicite des drogues.

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

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

Les Régimes de contravention pour le cannabis (RCC).

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de RCC a vraisemblablement eu tendance à :

- ne pas avoir de répercussions sur les patrons de consommation du cannabis;
- limiter les conséquences pour les personnes sanctionnées par voie de contravention, par rapport à celles sanctionnées par la voie criminelle;
- accroître la confusion au sujet du statut légal du cannabis;
- avoir été appliqué de manière inégale d'une région à l'autre;
- accroître la surreprésentation des personnes autochtones dans les « affaires de drogues » concernant le cannabis;
- réduire le nombre de personnes UD traitées par la voie criminelle;
- augmenter le nombre total de personnes sanctionnées pour possession par voie criminelle et de contravention.

Les Tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT).

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de TTT a vraisemblablement eu tendance à :

- réduire la récidive parmi les participants, que l'on considère les nouvelles arrestations ou les nouvelles condamnations;

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

- réduire, ou avoir un effet neutre sur la consommation de drogues et la toxicomanie des participants;
- améliorer différentes dimensions de la vie sociale des participants.

Conclusion

Les autorités québécoises ont apparemment toute compétence juridique pour mettre en œuvre ces interventions ou des interventions fortement apparentées, hormis le cas du régime de contravention pour le cannabis, qui nécessiterait une modification au cadre réglementaire fédéral. La mise en œuvre d'un tel régime, d'ailleurs, signifierait la fin probable du Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions commises par des adultes. À notre connaissance unique au Canada, ce programme a permis à plus de 2 000 Québécois, à chacune des dernières années, de ne pas être l'objet d'accusations criminelles pour des infractions de possession simple de cannabis, et probablement d'éviter les conséquences liées à la judiciarisation (difficultés d'emploi, de séjour à l'étranger, etc.). Les autorités québécoises auraient ainsi intérêt à suivre le processus de mise en œuvre d'un RCC canadien.

Au sujet de ce Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions commises par des adultes, il semble par ailleurs que son extension et quelques modifications pourraient permettre d'en arriver à un mécanisme d'action apparenté aux Commissions de dissuasion de la toxicomanie portugaises.

Enfin, il semble que plusieurs des interventions permettraient de joindre de nouveaux segments de la population des personnes UD, comme les personnes qui consomment en milieu festif, celles qui inhalent du crack, ou les personnes « difficiles à héberger et à soigner ». Considérer la mise en œuvre de l'une ou l'autre implique l'établissement de priorités d'intervention et des arbitrages financiers que ne peut éclairer que partiellement une revue des évaluations comme celle qui a été menée.

1 Introduction

Il y a quelques années, dans la foulée d'une demande du MSSS, l'INSPQ a proposé l'organisation d'un symposium devant clarifier les enjeux de santé publique liés spécifiquement aux substances psychoactives illicites et à son régime de contrôle actuel. Quelques constats principaux se sont dégagés de ce symposium. D'abord, il semble que certains usages de ces substances présentent des bénéfices apparents. Mais plusieurs présentent aussi des impacts importants à l'échelle populationnelle, et ces impacts nécessitent une réponse des autorités de santé publique.

Un peu dans le même ordre d'idées, le régime prohibitif par lequel on cherche principalement à les mitiger présente apparemment certains bienfaits. Mais sur certains plans ce régime semble peu efficace, s'il n'exacerbe ou ne génère pas lui-même certains problèmes sociaux et de santé publique. À ce titre, on évalue qu'il méritait une analyse attentive par les autorités de santé publique afin de bien cerner ces difficultés et d'identifier des réponses adéquates. Par ailleurs, certaines juridictions ont développé des pistes d'intervention qui semblent présenter des bénéfices sur le plan de la santé publique. Il paraît intéressant de poursuivre des travaux afin d'examiner plus avant ces pistes d'intervention et d'en analyser les tenants et aboutissants dans le contexte québécois.

Ainsi, cette synthèse de connaissances concerne une série d'interventions qui présentent un potentiel permettant d'amplifier les effets bénéfiques et de réduire les effets négatifs de notre régime de contrôle actuel de substances psychoactives dites illicites. Ces interventions ont été choisies parce qu'elles n'existent pas ou qu'on ne les retrouve qu'à faible échelle ou à titre de projet pilote au Québec (voir tableau 1).

Depuis le début du travail de production de cette synthèse, de nouvelles règles de publication ont été édictées à l'INSPQ. Dorénavant, les rapports et avis de l'INSPQ doivent être produits en déclinaisons de 1, 3 et 25 pages. Ces formats sont suggérés pour accroître l'usage des connaissances produites par les publics cibles de l'INSPQ. Pour nous y conformer, plusieurs sections se trouvant dans la version longue du rapport ont été retirées, en tout ou en partie, de la présente

version. Ainsi, la version longue comprend une section exposant le cadre méthodologique de cette synthèse¹. Elle comprend également une section présentant le régime de politiques publiques québécois et une analyse de la marge de manœuvre dont bénéficient les autorités de santé publique québécoises pour innover dans le cadre juridique canadien en matière de substances psychoactives « illicites ». Dans la foulée du présent travail, nous proposons, dans la conclusion de la version longue du rapport, quelques pistes d'actions stratégiques qu'il serait souhaitable d'entreprendre en santé publique.

AVERTISSEMENT :

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

1 La version longue de ce travail est intitulée « Synthèse des connaissances : actions novatrices en matière de substances psychoactives « illicites ». Elle est disponible dans le site web de l'Institut national de santé publique du Québec : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2133>.

Tableau 1 L'offre de services et programmes comparée en 2015

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

2 Les pistes d'action

Le survol de chacune des pistes d'action comprend six sous-sections :

- Description des interventions
- Logique d'action
- Précédents et sanctions institutionnelles hors Québec
- Bilan des évaluations
- Aspects juridiques
- L'intervention en contexte québécois.

Dans le bilan des évaluations effectué, on qualifiera de « vraisemblables » ou de « possibles » certaines affirmations pouvant être effectuées à partir des évaluations passées en revue. Une affirmation sera qualifiée de vraisemblable si on considère, sans grandes réserves, que les données font pencher la prépondérance de la preuve en sa faveur, par rapport à des affirmations qui pourraient lui faire concurrence. Une affirmation sera quant à elle qualifiée de « possible » si on considère, avec des réserves importantes, que les données font pencher la prépondérance de la preuve en sa faveur, toujours par

rapport à des affirmations qui pourraient lui faire concurrence.

Ces critères ont contribué à la décision de qualifier les propositions d'une façon ou d'une autre :

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

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

2.1.1 DESCRIPTION

Le concept de PEPPSN désigne une offre d'éducation à la consommation sécuritaire d'opioïdes et à la prise en charge des événements de surdoses aux opioïdes avec la naloxone. Ce sont des programmes qui visent les personnes faisant usage de drogues (UD) ou leurs proches et qui incluent la distribution de la naloxone et de l'équipement nécessaire pour l'administrer à ces personnes.

La naloxone est une substance antagoniste des récepteurs d'opioïdes². La naloxone agit en isolant les récepteurs des opioïdes des agents actifs de ces substances. L'administration de la naloxone fait partie de protocoles d'intervention normalisés en cas de surdoses dans plusieurs milieux de pratiques para hospitaliers et hospitaliers en occident. Dans certaines juridictions, on a choisi d'autoriser et d'habiliter des non-professionnels, comme des personnes consommant des drogues ou leurs proches, à en administrer.

2.1.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

L'objectif le plus souvent identifié est la réduction de la mortalité par surdose. Dans au moins un cas, la réduction de la morbidité par surdoses a été fixée comme objectif. La logique sous-tendant ces interventions est que l'éducation à la prévention puisse réduire l'incidence des surdoses. Par l'éducation à la prise en charge des surdoses avec la naloxone et la distribution de l'antidote aux consommateurs ou à leurs proches, on espère augmenter la probabilité d'une intervention et améliorer la qualité des interventions effectuées avec cet antidote.

2 Lorsqu'elles n'engendrent pas la mort, les surdoses peuvent entraîner d'autres dommages dont : des problèmes neurologiques suite à un manque d'oxygène prolongé, une dégradation des cellules des muscles squelettiques (rhabdomyolyse), des œdèmes et d'autres complications pulmonaires. Par ailleurs, plus une intervention visant à renverser la surdose se fait rapidement, plus l'incidence ou la sévérité de ces effets sera limitée. De plus, un rétablissement complet est possible si on remédie au manque d'oxygène avant que des dommages permanents aux organes ne soient causés (43).

2.1.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

Il semble que c'est au Royaume-Uni et en Allemagne qu'on a lancé les premiers PEPPSN dans les années 1990. Aux États-Unis, 150 programmes ont été mis sur pieds dans 19 états entre 1999 et 2010 (82). Le premier PEPPSN du Canada, a été mis sur pied par le *Edmonton Street Outreach Program*, un programme de pairs aidants. En 2011, la santé publique de Toronto a été la première organisation de santé publique à mettre en œuvre un PEPPSN. En 2012, la direction de santé publique d'Ottawa et le British Columbia Centre for Disease Control ont mis sur pied des PEPPSN - dans ce dernier cas à l'échelle provinciale³.

Par ailleurs, il convient de noter que ce type de programmes est identifié comme piste d'action à suivre ou « meilleure pratique » par plusieurs organisations, telles le CATIE⁴ (13), l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies⁵; les Centres for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique (14).

2.1.4 LES ÉVALUATIONS

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PEPPSN a vraisemblablement eu tendance à :

- permettre à une part considérable des participants aux programmes d'utiliser de la naloxone lors d'événements de surdose (75; 30; 38; 70; 80; 20; 81; 26; 88; 6; 21; 4);
- réduire ou avoir un effet neutre sur la fréquence d'appel des services d'urgences par les personnes qui sont intervenues (89; 88; 26);
- permettre aux participants d'acquérir et de maintenir des compétences adéquates en matière de prise en charge des surdoses avec la naloxone et de réduire la fréquence des interventions délétères (88; 55);
- réduire ou avoir un effet neutre sur la consommation de drogues et sur les pratiques à risque de surdoses (75; 54; 88);

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

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

5 Lien consulté le 1 juin 2015 : http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=11UK02&tab=objectives

- réduire la mortalité par surdoses aux opioïdes (89; 1; 54);
- s'avérer coût-efficace (17).

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

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

2.1.5 ASPECTS JURIDIQUES

L'administration de la naloxone a une efficacité éprouvée à agir sur la détresse respiratoire et comporte de faibles risques de complications. Par conséquent, le contexte légal paraît assez peu risqué pour la mise en œuvre de ces programmes. Ce risque sera d'autant plus réduit si des protocoles de formation et de distribution de la naloxone sont établis afin de s'assurer que les interventions se produisent de la manière la plus appropriée.

En outre, il existe des précédents en matière d'administration de médicament par des non professionnels ou par les premiers répondants, dont l'épinéphrine (Épipen™) et le glucagon (43). La naloxone paraît d'ailleurs plus sécuritaire et semble avoir moins d'effets secondaires indésirables que l'épinéphrine et le glucagon (54). Afin de maximiser le potentiel d'intervention et le recours aux services pré hospitaliers d'urgence, on pourrait, par ailleurs, vouloir introduire des lois dites de « bon samaritain 911 » (*911 Good Samaritan Drug Overdose Law*).

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

Certaines autres limites (comme l'emploi de mode d'investigation observationnel et de données auto rapportées) traversent de nombreuses interventions couvertes dans cet avis. Elles seront soupesées dans une section concluant ce chapitre intitulée « enjeux méthodologiques transversaux ».

2.1.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Depuis le début des présents travaux, la corporation Urgences-Santé a décidé de doter une partie de ses équipes d'intervention avec de la naloxone. En outre, le MSSS a autorisé le lancement d'un projet pilote de PPESN à Montréal. Ces changements se sont produits dans le contexte d'une augmentation conjoncturelle du nombre de décès par surdoses aux opioïdes sur l'île de

Montréal et de tendances haussières à plus long terme des décès par surdoses aux opioïdes au Québec plus globalement (29).

Par ailleurs, il serait important de dresser un portrait épidémiologique plus poussé de la mortalité et de la morbidité liées aux surdoses. Ce portrait permettrait notamment d'évaluer les forces et les limites respectives des nombreux milieux qui pourraient être mobilisés dans une offre de PEPPSN aux personnes UD et leurs proches : organismes à but non lucratif (OBNL); cliniques; centres hospitaliers; établissements de détention, etc.

2.2 Services de consommation supervisée (SCS)

2.2.1 DESCRIPTION

Le concept de services de consommation supervisée désigne la pratique de supervision de l'usage de drogues par injection ou inhalation par du personnel qualifié, dans un lieu aménagé à cette fin. Le personnel est en mesure de répondre à des situations d'urgence, comme les événements de surdose. De nombreux autres services, comme l'éducation à la consommation sécuritaire ou la référence à des services de désintoxication et de réadaptation, sont offerts en parallèle, bien que de manière variable d'un service à l'autre (62).

On peut distinguer deux grands modèles d'organisation. D'une part, de nouveaux espaces peuvent être aménagés afin d'offrir spécifiquement ce type de services. Dans ces cas, on utilise souvent les expressions « salles de consommation » ou « sites d'injection supervisée » (lorsqu'on accueille seulement ceux et celles qui consomment des drogues par injection), même si d'autres services sont également offerts dans ces lieux. D'autre part, le service de consommation supervisée peut être intégré à une offre de services existante. Ces services sont généralement offerts dans les lieux fixes, mais les autorités barcelonaises ont mis sur pied un service dans une unité mobile qui sillonne la ville. Enfin, lorsque des services accueillent l'injection et l'inhalation, des salles séparées sont aménagées.

2.2.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

Le but général des SCS est toujours à double facette : on vise une amélioration de la santé et de la sécurité publiques. Le principal mécanisme d'action des services de consommation supervisée consiste au transfert de la consommation se produisant en public vers un lieu protégé et supervisé. C'est en effet ce transfert qui permettrait d'accomplir un certain nombre d'actions dans la recherche d'objectifs relativement précis.

2.2.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

Des services informels ont vraisemblablement été mis en service avant cette date, mais le premier SCS publiquement sanctionné a été inauguré à Berne (Suisse) en 1986 (37). Les SCS formels furent implantés dans la foulée de l'émergence de l'épidémie du VIH/SIDA au sein des populations de personnes UDI. Aujourd'hui, on estime qu'il existe plus de 90 SCS publiquement sanctionnés dans le monde. La majorité est située dans des villes d'Europe (Allemagne, Espagne, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Suisse), mais il en existe aussi en Australie et au Canada.

Au Canada, les deux services d'injection supervisée (SIS) sont situés à Vancouver. Le premier à avoir été offert, en 2002, est situé au Dr. Peter Centre, un centre de santé soignant des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le site d'injection supervisée Insite a, quant à lui, ouvert ses portes en 2003. Il n'existe pas encore de services accueillant l'inhalation au pays, bien qu'une salle soit déjà aménagée à Insite et qu'un projet pilote ait été réclamé par certains.

2.2.4 LES ÉVALUATIONS

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de SCS a vraisemblablement eu tendance à :

- permettre de joindre un segment particulièrement vulnérable des personnes UDI (62);
- réduire certaines pratiques à risque pour les ITSS (62;19);
- réduire la mortalité par surdoses dans les populations de personnes UDI (62; 53);
- accroître l'accès des usagers à divers services sociaux et de santé (services de désintoxication et de réadaptation, soins primaires, etc.) (62);

- améliorer ou avoir un effet neutre sur certaines dimensions de l'ordre public (seringues à la traîne, consommation dans les espaces publics) (62);
- réduire le recours aux services des répondants d'urgence dans l'environnement de proximité (72);
- s'avérer coût-efficace (62; 69).

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

- réduire l'incidence des ITSS.

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

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

En outre, les services étudiés peuvent être dits « à haute capacité » (par exemple, plus de 600 injections se déroulent à Insite chaque jour), et l'ampleur des effets constatés doit être considérée en fonction de cette donnée.

2.2.5 ASPECTS JURIDIQUES

Toute organisation souhaitant mettre en œuvre un SCS doit déposer une demande d'exemption au ministère fédéral de la Santé, conformément à l'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRC DAS). Dans son jugement au sujet d'Insite, la Cour suprême du Canada a clairement spécifié les facteurs que la ou le ministre doit prendre en compte pour rendre une décision relativement à une éventuelle demande d'exemption pour un tel service.

Au Québec, certaines démarches entreprises permettent d'emblée de répondre à ces conditions. Nommément, le MSSS a produit un document établissant des balises pour les organisations qui souhaiteraient offrir ces services (57). Toutefois, seule une réponse à propos d'une demande d'exemption permettra de comprendre l'interprétation que la ou le ministre fédéral de la Santé fera des directives de la Cour Suprême.

2.2.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Que ce soit au sein des groupes représentant les usagers de drogues, des OBNL desservant les personnes UDI ou des autorités de santé, l'acceptabilité de principe des SIS paraît globalement élevée au Québec. Les SIS sont inscrits au programme national de santé publique depuis 2003 et, comme souligné, le MSSS a récemment développé des balises pour orienter le développement de ces services⁶.

Au plan régional, suite à une démarche d'implantation impliquant de nombreux partenaires et acteurs (Service de police de la ville de Montréal (SPVM), L'Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD), Centres de santé et services sociaux (CSSS), OBNL, etc.), la Direction de la santé publique de Montréal (DSP-Mtl) a conclu que l'intervention était pertinente à Montréal. Par conséquent, l'Agence de la santé et des services sociaux en a entériné le principe. Une démarche d'évaluation de la pertinence de l'intervention, incluant une évaluation des besoins pour les personnes UDI, est actuellement menée à Québec.

Enfin, les pratiques de consommation évoluent rapidement au Québec (71). En effet, il y a un nombre de plus en plus élevé de personnes consommant par inhalation. Il deviendra donc important d'évaluer la pertinence des salles de consommation par inhalation.

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

2.3.1 DESCRIPTION

Le concept de programme d'échange de seringues en prison désigne un service de distribution et de récupération de matériel d'injection dans un lieu de détention correctionnelle. Ces programmes permettent d'offrir aux usagers des services de santé de première ligne ainsi que des références à d'autres types de services sociaux et de santé, tels les services de traitement de la toxicomanie ou encore, des conseils éducatifs à l'injection sécuritaire. Le type de lieu où ils sont offerts fait néanmoins en sorte qu'ils présentent

souvent certaines particularités dans leur mode de fonctionnement (2).

2.3.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

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

2.3.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

Le premier programme d'échange de seringues en prison a été implanté en Suisse en 1992. Il existe aujourd'hui une soixantaine de programmes dans plus d'une dizaine de pays, dont notamment l'Arménie, la Biélorussie, l'Espagne, le Luxembourg, la Moldavie et la Roumanie (64). Toutefois, certains programmes ont été abolis. Il semblerait que ce soit en raison du caractère controversé et largement impopulaire des PESP auprès des élus (44).

Plusieurs organisations québécoises, canadiennes et internationales soutiennent le développement des PESP. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD), et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) en font d'ailleurs la promotion dans une publication commune (65).

6 Lien consulté le 1^{er} juin 2015 : http://www.espaceitss.ca/DATA/DOCUMENT/217~v~Balises_du_MSSS_en_matiere_de_services_d_injection.pdf

2.3.4 LES ÉVALUATIONS

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PESP a vraisemblablement eu tendance à :

- avoir un effet neutre sur, ou à réduire, le volume de consommation de drogues (64);
- avoir un effet neutre sur l'utilisation de l'injection comme mode de consommation (64);
- réduire le partage de seringues (64).

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

- réduire l'incidence des ITSS chez les personnes UDI incarcérées (64);
- accroître le recours des personnes UD aux soins de santé offerts en milieu carcéral (64);
- avoir un effet neutre sur, ou à améliorer, la sécurité, les conditions de sécurité et la sécurité perçue dans les établissements correctionnels (64).

Qualité méthodologique des évaluations. On souligne dans la revue de littérature, synthétisée dans le présent document, quelques tenants et aboutissants méthodologiques des évaluations recensées. On note d'abord que les évaluations ont porté sur des programmes d'établissements relativement petits, avec moins de 300 personnes en détention, et les résultats sont plus ou moins généralisables à de plus gros centres. De plus, et comme c'est le cas dans plusieurs autres interventions couvertes dans cet avis, la collecte de données repose largement sur l'auto déclaration par les participants aux recherches qui sont de type observationnel (64). Comme noté dans le cas d'autres interventions, ces enjeux méthodologiques seront abordés dans une section subséquente concernant les enjeux transversaux à plusieurs interventions.

2.3.5 ASPECTS JURIDIQUES

Dès le milieu des années 1990, un professeur de droit a souligné que le potentiel de poursuite des services correctionnels canadiens pour négligence d'offrir des seringues stériles était important (51). Une telle poursuite a effectivement été déposée en 2012⁷. Les plaignants cherchent à forcer les services correctionnels fédéraux à instaurer des PESP dans l'ensemble de leurs établissements. Toutefois, les tribunaux canadiens se sont généralement limités à interpréter la Charte canadienne des droits et libertés comme protégeant contre des actions des autorités publiques. En effet, ils se sont montrés réticents à imposer une intervention spécifique devant réaliser le droit litigieux face à leur inaction ou, autrement dit, à interpréter la Charte en termes de droit positif. Dans ce cas, un jugement favorable aux plaignants constituerait un changement dans la jurisprudence et aurait probablement des implications pour les prisons québécoises – en surcroît des pénitenciers fédéraux qui sont l'objet du litige.

Outre cette question en suspens, les enjeux juridiques spécifiques au PESP (par rapport aux PES) semblent pouvoir être réduits à la question de la confidentialité médicale pour les personnes UD.

2.3.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Au plan épidémiologique, en 2003 au Québec, 3 % des personnes incarcérées étaient infectées par le VIH et 19 % par le virus de l'hépatite C. Ces taux d'infection touchaient majoritairement les personnes UDI (2). En outre, 4 % des hommes et 1 % des femmes affirment s'être déjà injecté pendant leur incarcération (2). Selon une enquête menée en 1995 dans les établissements fédéraux, 11 % des détenus affirmaient s'être déjà injecté depuis le moment de leur arrivée en prison (15). Pour faire face à ces phénomènes, différentes mesures de réduction des méfaits sont déjà mises en place dans des établissements pénitentiaires provinciaux et fédéraux dont : « la distribution de condoms, la mise en disponibilité d'eau de Javel et le traitement d'entretien à la méthadone » (15).

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

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

Le service correctionnel du Canada (SCC) fournit actuellement aux détenus des trousseaux de désinfection à l'eau de Javel pour leur permettre de nettoyer leurs aiguilles, et a récemment mis en place un projet de salon de tatouage dans six prisons fédérales. Actuellement, le SCC n'offre pas de programme d'échange d'aiguilles aux détenus, en vertu de sa politique de « tolérance zéro » vis-à-vis de la consommation et du trafic de drogues en prison, mais aussi dans le souci de préserver la santé des détenus et la sécurité des établissements. Des négociations ont été engagées entre le SCC et l'Agence de la santé publique du Canada concernant la mise en place d'un éventuel projet pilote collaboratif dans les établissements correctionnels fédéraux⁸.

Le fait que la situation n'ait pas évolué depuis plus de 10 ans maintenant – et que la situation est la même dans le réseau des prisons provinciales – indique un déficit d'acceptabilité de ces programmes. Ce déficit tient aux positions d'un certain nombre d'acteurs, dont les services correctionnels, une part significative de la population et ses représentants élus.

En effet, l'instauration d'un programme d'échange de seringues en prison suscite des inquiétudes dans le milieu correctionnel en général, et chez les agents correctionnels en particulier. La principale crainte exprimée concerne la sécurité des agents, mais aussi celle des détenus. Les agents craignent qu'eux-mêmes ou des détenus ne soient attaqués avec les seringues, ou encore, d'être accidentellement blessés par une seringue lors d'une fouille. Ils redoutent également d'éventuelles infections suite au contact avec une seringue souillée (2). Ces appréhensions, qui se manifestent dans un contexte où le milieu correctionnel est aux prises avec de nombreux défis notamment liés à la gestion des troubles mentaux et à la surpopulation carcérale, représentent un obstacle important à la mise en place de tels programmes. En outre, comme dans la population en général et chez les élus d'ailleurs, l'idée que l'on puisse « accepter » la consommation de drogues en prison crée une dissonance cognitive et éthique générant d'importants clivages et tensions. C'est que la prison est un rouage important du

dispositif visant à assurer l'abstinence par rapport à la consommation de drogues.

Le phénomène n'est toutefois pas immuable, comme le montre l'existence de PESP dans plusieurs pays depuis plusieurs années, y compris dans des pays aux prises avec les mêmes défis.

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

2.4.1 DESCRIPTION

Le concept de programmes de logements à bas seuil d'accessibilité désigne une offre de logement et de services sociaux et de santé à un groupe de personnes qui vit en situation d'itinérance de rue de longue durée. L'offre concerne spécifiquement des personnes vivant des problèmes importants de toxicomanie et, bien souvent, de santé mentale plus largement. Le logement est dit à bas seuil d'accessibilité, car il est offert sans condition préalable d'engagement dans un processus de réadaptation ou traitement⁹. L'offre de logement ne prend pas fin lorsqu'un bénéficiaire est « rétabli » ou « réadapté ». Afin de consacrer la dissociation des deux offres, l'organisation qui gère le logement n'est le plus souvent pas la même que celle qui offre les services sociaux et de santé.

On peut distinguer deux grands modèles d'offre de logement à bas seuil. D'une part, l'offre peut être effectuée dans des édifices regroupant plusieurs logements. Ces édifices sont généralement de propriété publique ou sociale et sont gérés par des organisations à but non lucratif¹⁰. D'autre part, l'offre de logement peut être dispersée dans des appartements séparés sur un territoire donné. Ces appartements sont généralement de propriété privée et à but lucratif.

⁸ Lien consulté le 27 mars 2014 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/section-6-2-fra.php>

⁹ Les expressions « Housing First » et « Treatment First » permettent de contraster rapidement les approches à bas seuil et à haut seuil.

¹⁰ Une offre de ce type à Seattle, dans l'État de Washington : http://www.desc.org/aurora_house.html. Lien consulté le 16 novembre 2013.

2.4.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

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

2.4.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

L'origine des édifices publics de logements regroupant plusieurs unités gérés par des OBNL se situe probablement à Portland, dans l'état de l'Oregon aux États-Unis d'Amérique (É-USA). L'origine du modèle qui consiste à offrir le logement dans des unités éparpillées, disponibles sur le marché privé, trouve probablement son origine à New York, toujours aux États-Unis. Il semble que des offres de logement à bas seuil existent dans plus de 200 villes de ce pays (78). Dans les deux cas, ces développements se sont produits au cours de la décennie 1990. Aux États-Unis d'Amérique, ils font partie de stratégies locales et fédérales destinées à « mettre fin à l'itinérance chronique ».

Des programmes existent aussi dans plusieurs villes européennes et un projet de recherche européen à propos de certains d'entre eux a été entrepris (Amsterdam, Budapest, Copenhague, Glasgow et Lisbonne)¹¹. Le gouvernement français a aussi lancé en

2011 un programme de recherche autour des programmes de logements à bas seuil¹².

2.4.4 LES ÉVALUATIONS

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PLBSA a vraisemblablement eu tendance à :

- stabiliser la situation résidentielle de personnes UD difficiles à héberger et à soigner, et ce davantage que les offres à haut seuil d'accessibilité régulières (61; 85; 66; 33; 78; 68; 52; 31);
- provoquer des effets divergents (hausse, stabilité, réduction) sur l'utilisation de services sociaux et soins de santé particuliers, à l'intérieur d'un portrait global qui semble stable ou en légère baisse sur le plan de l'intensité de la prise en charge (33; 85; 66; 31; 84);
- avoir un effet neutre sur les symptômes psychiatriques, et avoir un effet neutre ou réduire la consommation de substances psychoactives des participants (85; 66; 63; 68; 18; 84);
- améliorer la perception des personnes UD de leur propre santé mentale et de leur situation sociale (31; 67);
- réduire les sanctions policières et pénales dont les personnes UD sont l'objet (31; 16).

¹¹ Lien consulté le 7 novembre 2013 : <http://www.socialstyrelsen.dk/housingfirsteurope>

¹² Lien consulté le 8 novembre 2013 : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INPSY_8903_02_33

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

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

2.4.5 ASPECTS JURIDIQUES

Les locataires des logements sont, comme n'importe qui d'autre, susceptibles d'être arrêtés pour possession de drogues s'ils sont trouvés dans cette situation. À Vancouver, il existe des ententes entre les OBNL qui gèrent les logements et le service de police de la ville qui permettent aux programmes de logement de bien fonctionner. Il faudra vraisemblablement que de telles ententes soient développées plus ou moins explicitement pour que les services de logement puissent être exploités convenablement.

2.4.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Au Canada, le projet de recherche « At Home/Chez Soi », s'est déroulé, jusqu'à tout récemment, sous l'auspice de la Commission de santé mentale du Canada. Un des cinq volets du projet était situé à Montréal, où environ 200 personnes furent hébergées avec services selon les modalités du modèle New Yorkais¹³. Néanmoins, le logement à bas seuil est identifié dans le *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013* (56). Les principes de la stabilisation résidentielle et de l'amélioration de l'offre de services pour ce groupe y sont évoqués.

Cela s'explique par le fait que le groupe de personnes concerné par les PLBSA tombe, à l'heure actuelle, largement entre les mailles du filet social et de santé québécois, sauf dans des cas extrêmes de situation urgente et détériorée. Par exemple, ce groupe ne fait généralement pas partie des « clientèles prioritaires » dans les programmations d'offres de services en dépendance. De plus, en raison de comportements parfois hors normes dans les espaces publics, ce groupe de personnes fait l'objet de nombreuses sanctions pénales.

Par contre, l'allocation des ressources est un enjeu prégnant. Bien que les PLBSA présentent vraisemblablement un haut ratio coût-efficacité, les acteurs qui pourraient être appelés à y contribuer ou qui en bénéficieraient (ceux composant le système de santé et de services sociaux, les organisations policières, judiciaires et correctionnelles, les organisations responsables de l'offre de logement) sont multiples et ont chacun des obligations d'optimisation des ressources dans un contexte de plus grande rareté. Si on souhaite aller de l'avant avec ce type d'interventions, il faudra une analyse fine et une certaine créativité pour réallouer les ressources et gérer les conséquences de la mise en œuvre de ces nouveaux services sur l'équilibre actuel de ressources.

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

2.5.1 DESCRIPTION

Le concept de programme de distribution de matériel d'inhalation pour le crack désigne une offre de matériel stérilisé et de services sociaux et de santé à des usagers de la substance. Ce qui est inclus dans une trousse varie, mais inclut généralement au moins un doseur, des embouts, des filtres et des tampons. Il s'agit d'une offre de service analogue à celle déployée dans le cas du matériel d'injection. Elle est ainsi souvent accompagnée de pratiques d'éducation à la consommation sécuritaire (notamment au sujet des pratiques à risque pour les ITSS), de services de récupération du matériel et de services de référence en désintoxication et réadaptation.

¹³ Lien consulté le 7 novembre 2013 : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/rechercheMontreal.aspx>

2.5.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

Un des objectifs prédominants servant à justifier une offre de matériel d'inhalation stérile est de joindre des usagers de drogues n'utilisant pas ou peu les services sociaux et de santé réguliers ou les PES. Joindre de nouvelles personnes par la distribution du matériel stérile est également un mécanisme d'action pour l'atteinte d'autres objectifs, puisqu'on peut ainsi offrir des conseils de consommation sécuritaire, des conseils pour des pratiques sexuelles sécuritaires, des soins de santé primaire ou des services de référence, notamment en désintoxication et réadaptation de la toxicomanie. Mais une part significative des usagers de crack s'injectent aussi des substances et fréquentent déjà les PES. Dans ce cas, il s'agit plus simplement d'étendre les pratiques de réduction des méfaits à un autre mode de consommation que l'injection chez des usagers existants¹⁴. Dans les deux cas de figure, l'objectif ultime visé est une amélioration globale de la santé physique et mentale, incluant toujours spécifiquement l'incidence des ITSS.

2.5.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

Il existe des PDMIC dans plusieurs pays occidentaux. Le premier à avoir été mis en place au Canada l'a été à Toronto, mais on en répertoriait déjà aussi au milieu de la décennie précédente à Vancouver, Winnipeg, Guelph et Ottawa, entre autres (35). Au Québec en particulier, il semble que les deux premiers à avoir été mis en place le furent en Outaouais et sur l'île de Montréal. Il en existe aujourd'hui aussi à Laval et à Québec.

¹⁴ Dans un cas, on a visé la réduction de la pratique d'injection par un transfert vers l'inhalation (un mode de consommation moins risqué pour les ITSS et les surdoses). De l'avis unanime des membres du comité de travail mis sur pied dans le cadre de cette synthèse, les bénéfices d'un tel transfert ne paraissent ni évidents ni potentiellement substantiels si on considère d'autres dimensions de la santé que les ITSS. Ce transfert ne devrait à notre avis pas faire partie des objectifs de l'intervention ni des indicateurs qui servent à l'évaluer.

2.5.4 LES ÉVALUATIONS

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PDMIC a probablement eu tendance à :

- permettre de joindre un nouveau segment de personnes UD vulnérables ou d'offrir du matériel stérile concernant un mode de consommation adopté par des personnes UDI fréquentant déjà un PES (27; 50;87),

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

- provoquer des effets divergents (neutres, positifs et négatifs) sur diverses pratiques à risque spécifiques, à l'intérieur d'un portrait global semblant stable (27; 8; 50; 87);
- avoir un effet neutre sur les patrons de consommation de drogues, hormis peut-être une réduction de la polyconsommation et de la consommation d'héroïne (27; 50; 87);
- avoir un effet neutre sur l'état de santé global des participants (27; 87);
- avoir un effet neutre sur la fréquence et la localisation de la consommation en public par inhalation ou par injection (49).

Qualité méthodologique des évaluations. Le nombre d'évaluations (4) est limité, et l'une d'elles, de type évaluation formative, a été publiée par l'organisation ayant mis en œuvre le PDMIC. Les résultats sont parfois relativement congruents, par exemple sur la capacité des programmes à joindre les personnes UD. Toutefois, ils ne le sont pas toujours, et il est difficile de comprendre ces incongruités. Par exemple, les évaluations montrent une hausse de la consommation de crack par inhalation qui prend la forme d'un transfert de l'injection vers l'inhalation dans un cas mais pas dans l'autre. Cependant, rien ne permet de comprendre ces différences. Par ailleurs, il est notable que les évaluations des effets des PDMIC soient de type observationnel et reposent largement sur des données auto rapportées. Comme ils sont communs à d'autres interventions faisant l'objet de la présente revue de littérature, ces deux enjeux seront soulevés à la section enjeux méthodologiques transversaux.

2.5.5 ASPECTS JURIDIQUES

Les enjeux juridiques concernant les PDMIC sont sensiblement les mêmes que ceux concernant les PES. Pour une large part, ils ont trait au statut légal ambigu du matériel stérile qui est distribué aux fins de consommation. Malgré ce statut ambigu, et en dépit du fait que ces deux types de pratiques existent depuis plusieurs années, il ne semble pas y avoir eu d'accusation ou de condamnation de personnel de programmes pour avoir distribué du matériel d'injection ou d'inhalation au Canada. Cela est vraisemblablement dû au fait que cette distribution à travers des PES ou des PDMIC se fait toujours dans un cadre de prévention de maladies.

2.5.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Au Québec, la large part des efforts déployés pour la réduction des méfaits demeure centrée sur la transmission des ITSS par le biais de l'injection. Or, une étude récente concernant la population faisant usage de ces drogues au centre de l'île de Montréal laisse voir que le crack prend de plus en plus d'importance dans la consommation globale et que cela a entraîné une diversification des substances consommées et des modes de consommation (71). En effet l'adoption du crack comme substance a, selon cette étude, contribué à ce que la majorité des personnes de ce segment de la population consomment maintenant plusieurs substances de l'un ou l'autre des deux types par les voies d'inhalation et d'injection. Dans les régions où ont été déployées des offres de PDMIC, on semble avoir identifié ces changements et le besoin de suivre de nouvelles pistes dans les efforts de réduction des méfaits (46). Les PDMIC implantés semblent constituer un premier pas relativement facile à envisager pour joindre la population consommant du crack par inhalation, que ce soit exclusivement ou en combinaison avec d'autres substances et modes de consommation.

Par ailleurs, il apparaît dans la littérature que la consommation de crack a été indépendamment associée à différents phénomènes comme les ITSS ou les arrêts cardio-respiratoires. Au Québec, il n'existe toutefois aucune donnée de surveillance nous permettant d'apprécier les volumes de mortalité et de morbidité découlant spécifiquement de la consommation de crack, même si le rapport montréalais tout juste évoqué tend à confirmer le rôle de l'inhalation de crack dans la prévalence des ITSS

(46). Afin de juger de la pertinence d'accroître l'offre actuelle, il semble que la production de telles connaissances serait importante.

Enfin, si on choisit de développer plus avant ce type de programmes au Québec, une réflexion s'imposera sur le contenu de la trousse distribuée par le biais de ces programmes.

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

2.6.1 DESCRIPTION

Le concept de programmes de prévention et d'analyse de substances en milieu festif désigne ici une offre d'éducation à la consommation sécuritaire et d'analyse de substances (« Drug Checking », « Pill Testing » ou « Testing ») par des OBNL en milieu festif. Les analyses visent à identifier et à caractériser les substances que les personnes UD ont en leur possession. Les substances sont soumises aux intervenants des OBNL sur les lieux d'événements (par exemple des « raves ») ou, avant les événements, dans leurs locaux « fixes ». Les analyses sont pratiquées *in situ* ou en laboratoire. En outre, ces programmes incluent des pratiques d'éducation à la consommation sécuritaire et, souvent, de référence à des services de désintoxication, de réadaptation ou à d'autres services de santé. Les technologies d'analyse employées sont variables et fournissent des résultats différents (74).

2.6.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

L'offre d'analyse de substances permettrait à la fois de fournir de l'information sur les substances et de joindre des personnes UD qui ne sont pas en contact avec les dispositifs de prévention existants. En retour, ce contact permettrait des échanges au sujet des pratiques de consommation sécuritaire (sur les contextes de consommation à risque, la combinaison de substances, l'hydratation et autres facteurs de risque ou de protection, par exemple).

2.6.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

De tels programmes existent dans plusieurs pays européens tels l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France, les Pays-Bas, la Suisse (24). Il semble que des OBNL effectuent aussi ce type de travail aux États-Unis d'Amérique et au Canada (Dance Safe est un OBNL qui a des « filiales » au Canada¹⁵) et en Australie (11).

2.6.4 LES ÉVALUATIONS

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de PPASMF a vraisemblablement eu tendance à :

- permettre de joindre un segment de la population UD qui ne fréquente pas les services de réduction des méfaits réguliers (7; 39);
- fournir une information de qualité limitée sur la nature des substances analysées lorsque des technologies dites de reconnaissance présumptive furent employées *in situ* (11; 39).

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

- permettre de joindre des personnes UD ayant des pratiques de consommation particulièrement à risque (42);
- permettre l'acquisition, par les personnes UD, de connaissances au sujet des pratiques de consommation sécuritaire (7);
- réduire ou avoir un effet neutre sur la consommation ou les pratiques à risque (7);
- provoquer un transfert de la consommation vers d'autres substances (42);
- retarder l'initiation de la consommation (7).

Qualité méthodologique des évaluations. Le nombre d'évaluations est restreint. En effet, seulement quatre études évaluatives ont été recensées. De plus, les évaluations laissent voir que plusieurs des mécanismes d'action supposés par la logique d'action sont affectés, et souvent positivement. En outre, les évaluations concernant la qualité des tests ont porté sur des PPASMF n'employant apparemment pas les technologies d'analyses rapides les plus fiables (les technologies employées dans les programmes évalués sont dites à reconnaissance présumptive de produits (Test de Marquis), alors que dans certaines juridictions en Suisse, on utilise plutôt des technologies dites à chromatographie liquide haute performance). Par ailleurs, les évaluations n'ont pas abordé directement la question des effets sur la santé, que ce soit en termes d'incidence ou de gravité des conséquences. D'autres enjeux méthodologiques (comme l'utilisation de données auto rapportées) seront abordés dans la section concernant ceux qui sont de nature transversale à plusieurs interventions couvertes ici.

2.6.5 ASPECTS JURIDIQUES

Les intervenants des OBNL et les consommateurs leur offrant des échantillons pourraient être arrêtés et mis en accusation pour possession de substances désignées, dans les cas où les substances en leur possession sont inscrites dans les annexes de la LRC DAS. Ceci dit, la Loi sur les aliments et drogues (LAD) autorise les « instruments » pouvant servir ou pouvant être présentés comme pouvant servir à « la prévention d'une maladie » (12). Les dispositifs de tests de substances entrent probablement dans cette catégorie. Mais à notre connaissance, cela n'a jamais été testé devant les tribunaux, car au Canada, il ne semble pas y avoir eu d'accusation dans ce type de contexte.

En outre, les intervenants des OBNL et ceux qui les autoriseraient ou habiliteraient à effectuer ces analyses et à en communiquer les résultats s'exposent probablement à des risques de poursuites civiles. Il est probable que des précautions telles une formation adéquate des analystes, la création de conditions de travail facilitant une interprétation juste des résultats, et la communication claire de la signification et des limites des analyses constitueraient des facteurs atténuant ces risques.

¹⁵ Lien consulté le 12 janvier 2015 : <http://www.dancesafe.org/about-us/>

2.6.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

La plus récente évaluation de la consommation de drogues en milieu festif remonte à plus de 10 ans. Dans une étude de la consommation du public fréquentant les raves de Montréal, on estimait au tournant des années 2000 que 65,2 % des jeunes avaient consommé de l'ecstasy au cours de leur vie (28). On ne connaît par contre pas l'incidence de la mortalité, de la morbidité et d'autres conséquences (comme la fréquence des agressions sexuelles qui seraient facilitées par l'usage de GHB) associées à ce type d'événement au Québec, ni a fortiori celle qui est spécifiquement liée à des variations dans la qualité des substances consommées. En ce moment, il semble donc assez difficile d'évaluer, même de manière approximative, les bénéfices qu'il serait possible d'obtenir par la mise en place de programmes de cette nature. Il serait donc souhaitable de dresser un portrait épidémiologique précis de ces phénomènes. C'est d'ailleurs pour sa potentielle contribution à un tel portrait qu'il est peut-être le plus raisonnable d'envisager, en ce moment, un tel programme.

Un programme de l'Union européenne (UE) a d'ailleurs permis à un regroupement d'OBNL offrant des PPASMF, de développer des analyses des substances vendues dans diverses villes et de leurs effets¹⁶. Le système repose sur les analyses des substances effectuées et sur les entrevues menées avec les usagers lorsque ces derniers apportent leurs substances aux points de test. Les informations recueillies par le biais des entrevues permettent de caractériser les usagers (âge, sexe, statut socio-économique), les produits consommés et leurs effets, ainsi que les modes et pratiques de consommation (83). Le but est de soutenir les pratiques des OBNL et d'autres intervenants dans la réponse aux problèmes engendrés par la consommation de ces substances en produisant des analyses des tendances européennes. En outre, ces analyses permettent de lancer des « alertes » lorsque certaines substances, manifestement dangereuses, sont détectées. Par exemple, un rapport du regroupement d'OBNL européen a permis de diffuser de l'information au sujet de certains problèmes de santé associés à des substances émergentes.

Par ailleurs, si on décidait d'aller de l'avant avec un tel programme, il faudra délibérer au sujet des technologies d'analyse à employer et des buts et objectifs visés. Comme mentionné ci-haut, certaines technologies utilisées *in situ* ne donnent pas des informations très fiables au sujet des substances analysées. Il existe par contre des technologies propres à être utilisées *in situ*, qui semblent à la fois plus fiables et plus coûteuses, comme celles qui sont utilisées à Berne et Zurich, en Suisse (41).

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

2.7 Commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT)

2.7.1 DESCRIPTION

Les autorités portugaises ont mis sur pied des « Commissions de dissuasion de la toxicomanie » dans chacune des 18 régions administratives du pays. Ces commissions ont pour rôle de gérer les sanctions administratives pour possession/usage de drogues qui ont été définies dans la Loi 30/2000 – la même loi qui a créé les commissions tout juste évoquées. Elles sont composées de deux représentants des secteurs de la santé et des services sociaux et d'un autre représentant du secteur judiciaire. La définition de ces sanctions administratives a été accompagnée d'une abrogation des sanctions prévues au Code criminel pour la possession ou la consommation de drogues.

Les « clients » de ces commissions sont des personnes qui ont été repérées en possession de drogues par les services policiers. Si la drogue trouvée dépasse l'équivalent de 10 jours de consommation personnelle (les volumes pour chaque substance sont précisés dans la Loi), le dossier est orienté vers les autorités

¹⁶ Lien consulté le 15 janvier 2015 : <http://www.tediproject.org>

chargées de l'application des lois criminelles sanctionnant le trafic, l'importation et la production de drogues. Si la drogue trouvée correspond à l'équivalent de 10 jours ou moins de consommation personnelle, par contre, les policiers peuvent la confisquer et citer les personnes à comparaître devant une CDT dans les 72 heures. Les commissions évaluent à ce moment les rapports aux drogues des personnes qui comparaissent.

Les commissions peuvent avoir recours à diverses sanctions aux fins de décourager la consommation de drogues et d'encourager les personnes dépendantes à utiliser des services de réadaptation. Les commissions ne peuvent pas imposer à une personne d'entrer en réadaptation, mais elles peuvent appliquer les sanctions de manière à inciter une personne à le faire. En outre, elles peuvent suspendre les sanctions si une personne jugée dépendante s'engage à subir un « traitement » et à le compléter, ou si une personne faisant un usage récréatif des substances s'engage à respecter certaines conditions, telles que ne pas commettre de nouvelle infraction. Enfin, elles ont le pouvoir de rétablir les sanctions si les personnes ne respectent pas ces conditions (92).

La mise en place des CDT a notamment été accompagnée d'une intensification et d'une réorientation des efforts en prévention, en réadaptation et en réduction des méfaits. En outre, la mise sur pied de ces commissions et la loi faisaient en sorte que l'application des lois criminelles serait concentrée sur l'objectif de réduction de l'offre (importation, production, trafic). Globalement, la stratégie de laquelle faisait partie la mise sur pied des commissions de dissuasion prévoyait en fait un doublement des ressources financières consacrées à toutes les actions publiques en matière de drogues (59).

2.7.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

La mise en œuvre de ces commissions s'est effectuée dans la foulée d'un rapport gouvernemental concluant à l'inefficacité, voire la contre-productivité, des sanctions criminelles eu égard à la réduction de la consommation de drogues, la dépendance à celles-ci, et leurs conséquences en termes sociaux et de santé (dont l'épidémie du VIH) (25). Les CDT ont explicitement été mises en place afin d'inciter les « simples usagers » de drogues à cesser d'en consommer et à exhorter les usagers vivant une dépendance à s'engager dans un

processus de réadaptation tout en leur évitant les conséquences sociales et de santé associées au processus de criminalisation existant jusqu'alors (40).

2.7.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

Le Portugal a mis en œuvre des commissions de dissuasion de la toxicomanie (*Comissões para a Dissuasão da Tóxico dependência*) en 2001. À notre connaissance, il est le seul État à l'avoir fait en même temps qu'il abolissait les sanctions criminelles et les remplaçait par des sanctions administratives.

2.7.4 LES ÉVALUATIONS

Les évaluations montrent que la mise en œuvre des CDT au Portugal a vraisemblablement :

- permis la sanction administrative et la prise en charge sociale et sanitaire des personnes UD auparavant sanctionnées pénalement, et ce, sans extension du nombre total de personnes UD sanctionnées (40; 25);
- contribué à une augmentation de l'utilisation des services de réadaptation (40);
- contribué à une augmentation du nombre de personnes arrêtées pour trafic et des volumes de drogues saisies (40);
- contribué à une augmentation du nombre d'homicides liés au marché illicite des drogues (93).

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

- peu ou pas affecté les patrons populationnels de consommation (40);
- contribué à la réduction du nombre de personnes UDI (40);
- contribué à la réduction du nombre de personnes UD et UDI incarcérées, et du volume de consommation de drogues en milieu carcéral (40);
- contribué à la réduction du nombre de personnes UD aux prises avec des problèmes de dépendance (40);
- contribué à une réduction de l'incidence des ITSS (40).

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

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

2.7.5 ASPECTS JURIDIQUES

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

Il semble plausible de penser que quelques modifications à ce programme pourraient en faire un parent plus ou moins proche du régime juridique encadrant les CDT. Il s'agirait, d'une part, d'inclure

dans la liste des infractions admissibles, la possession de toutes les drogues identifiées dans la LRCIDAS - ce qui implique que l'on considère désormais ces infractions comme mineures. Et d'autre part, il faudra également inclure, dans le registre des mesures de rechange, l'engagement du contrevenant à se présenter devant une « commission de dissuasion » (qu'il faudrait bien entendu créer) ou de permettre aux procureurs de travailler de concert avec des représentants du secteur de la santé et des services sociaux et d'ajouter quelques possibilités dans le registre des mesures de rechange existantes. L'élimination de certaines conditions d'éligibilité au programme, comme l'absence d'antécédents judiciaires, pourrait aussi devoir être revue si on souhaite aligner le programme sur les CDT portugaises.

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

2.7.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Selon les informations transmises par le DPCP, un peu plus de 2 300 personnes ont bénéficié du *Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions commises par des adultes* en 2012, alors que ce nombre était d'un peu moins de 1 400 en 2007. En même temps, ces mêmes informations laissent voir que plus de 12 000 mises en accusation pour « possession simple » ont été effectuées en 2012, un chiffre en hausse d'environ 50 % par rapport à 2008, année où on peut constater un peu moins de 8 000 mises en accusation.

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

Il n'est pas possible d'évaluer le potentiel précis de cette déjudiciarisation, mais il est vraisemblablement beaucoup plus faible que les 12 000 mises en accusation rapportées en 2012. Si on souhaite aller de

l'avant, une analyse plus fine de la situation sera nécessaire pour mieux apprécier les réalités actuelles de l'application de la loi relative à la possession de drogues au Québec et, ainsi, des bénéfices de la mise en place de CDT par le biais d'une extension ou d'une modification du Programme de traitement non judiciaire.

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

Il est difficile d'anticiper la réception publique, en général ou par certains acteurs particuliers, d'une proposition de CDT au Québec. Cette option a somme toute été assez peu discutée publiquement ici. Généralement, les débats portent beaucoup plus sur les grandes modifications législatives (les options de la décriminalisation ou de la légalisation) que sur la forme positive que pourrait prendre, dans leur cadre, l'action publique. À notre connaissance, il n'y a eu aucune controverse publique autour du Programme de traitement non judiciaire mis en place au Québec.

2.8 Régimes de contravention pour le cannabis (RCC)

2.8.1 DESCRIPTION

Le concept de régime de contravention pour le cannabis désigne l'introduction, dans des codes de lois, de la possibilité de sanction par contravention, des personnes trouvées en possession de cannabis « pour consommation personnelle ». Certains RCC australiens prévoient aussi la possibilité de cultiver une certaine quantité de cannabis, également dans les situations où cela est pour consommation personnelle¹⁷. Les sanctions criminelles prévues dans les codes de lois existants ne sont pas éliminées. Autrement dit, après

¹⁷ Dans ces cas, il semble que l'objectif escompté est de réduire la quantité de cannabis achetée auprès des grandes organisations criminelles. Comme cela ne semble pas une disposition prévue dans la majorité des RCC et que cela ne semble pas faire partie de ce qui est envisagé au Canada, il n'y sera pas fait référence dans la section suivante. Ceci dit, il en sera fait état dans la section « bilan des évaluations ».

l'introduction de cette disposition législative, une infraction peut être traitée par les policiers, à leur discrétion, soit comme un crime ou comme une infraction administrative sanctionnée par une contravention.

2.8.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

Les RCC sont justifiés quasi systématiquement en invoquant l'idée que la possession (ou la production) de cannabis pour « des fins personnelles » est un délit mineur.

Par ailleurs, deux objectifs sont généralement mis de l'avant de manière complémentaire pour justifier les RCC, même si plus d'emphase est parfois nettement mise sur l'un ou l'autre. D'une part, on dit viser à éviter le plus possible les conséquences d'une condamnation criminelle pour les contrevenants. De façon parallèle, certains RCC sont aussi inscrits dans une logique d'incitation à l'utilisation de services d'éducation et de réadaptation eu égard à l'usage de cannabis. D'autre part, on dit vouloir réduire le fardeau que représente la gestion des infractions de possession pour les diverses composantes du système de justice criminelle.

2.8.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

Plusieurs juridictions ont adopté des dispositions législatives de cette nature. Aux États-Unis d'Amérique, au moins onze États en ont développé. Le premier fut l'Oregon, en 1973, et une dizaine d'autres ont suivi jusqu'en 1978 (77). Aussi, l'Australie du Sud (Australie) a développé un RCC en 1987 et a été suivie par 4 autres régions-états du pays dans les années suivantes (77). Quelques pays européens, dont l'Espagne et l'Italie, ont fait de même.

L'Association canadienne des chefs de police (ACCP) a adopté une résolution d'appui à un RCC en 2013¹⁸.

¹⁸ Lien consulté le 02 juin 2015 : <https://www.cacp.ca/r%C3%A9solution.html#40>

2.8.4 LES ÉVALUATIONS

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de RCC a vraisemblablement eu tendance à :

- ne pas avoir de répercussions sur les patrons de consommation du cannabis (48; 22; 77; 5);
- limiter les conséquences pour les personnes sanctionnées par voie de contravention, par rapport à celles sanctionnées par la voie criminelle (48);
- accroître la confusion au sujet du statut légal du cannabis (36);
- avoir été appliquée de manière inégale d'une région à l'autre (3);
- accroître la surreprésentation des personnes autochtones dans les « affaires de drogues » concernant le cannabis (3);
- réduire le nombre de personnes UD prises en charge par la voie criminelle (3);
- augmenter le nombre total de personnes sanctionnées pour possession par voie criminelle et par voie de contravention (3).

2.8.5 ASPECTS JURIDIQUES

L'instauration d'un RCC au Québec est tributaire d'une modification législative de la part du gouvernement fédéral. En raison du partage des compétences entre le fédéral et les provinces, il est en effet impossible que le Québec instaure un régime de pénalités administratives en la matière¹⁹.

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

¹⁹ Des municipalités ont déjà tenté d'instaurer des systèmes de pénalités par contraventions parallèles au Code criminel en matière de prostitution. La Cour Suprême du Canada a estimé dans une cause concernant l'un d'eux qu'un tel régime est inconstitutionnel en vertu du partage des pouvoirs effectif au pays, où la compétence en matière criminelle est exclusive au fédéral (Canada 1983). Cette jurisprudence s'applique selon toute vraisemblance aux autorités provinciales et en ce qui concerne les substances contrôlées identifiées dans la LRCIDAS.

2.8.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

La mise en place d'un RCC par le gouvernement fédéral encadrerait un cas de figure pour lequel existe déjà, au Québec, le *Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes*. Ainsi, les deux options de prise en charge de ces « infractions mineures » se trouveraient en état de concurrence. En d'autres termes, la mise en œuvre d'un RCC fédéral rendrait probablement caduc le programme québécois existant. Un RCC pourrait donc provoquer un certain « durcissement » des sanctions auprès des personnes UD au Québec, et peut-être une augmentation du nombre de personnes sanctionnées.

2.9 Tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT)

2.9.1 DESCRIPTION

Le concept de tribunal de traitement de la toxicomanie (« Drug Courts ») désigne des initiatives des autorités responsables de l'administration de la justice consistant à permettre à des personnes vivant avec une toxicomanie à s'engager, sous contrôle judiciaire, dans des programmes de traitement de leur maladie. Cette opportunité est offerte quand on estime que l'infraction reprochée est la conséquence de la toxicomanie. Les TTT concernent divers types d'infractions (criminelles ou autres), de « clientèles » (adultes ou juvéniles), des substances illicites ou autres (certains sont spécialisés dans la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool, par exemple).

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

- un processus de contrôle judiciaire intensif d'orientation non conflictuelle et « motivationnelle », au sein duquel le juge et les procureurs de la poursuite et de la défense font partie d'une « équipe judiciaire » axée sur la réussite du traitement de la toxicomanie par leurs « clients »;
- une intégration de professionnels du traitement de la toxicomanie dans le processus judiciaire;
- une modulation des sanctions criminelles (sanction ou non, sévérité des sanctions) en fonction de la réussite du traitement;

- un programme de traitement fondé sur l'abstinence, celle-ci étant vérifiée par des tests d'urine périodiques (90; 10; 79).

Par ailleurs, on distingue souvent les types de TTT en fonction de leur gestion de la mise en accusation qui leur est soumise. Dans certains cas, l'offre d'accès au programme de TTT est effectuée avant la mise en accusation et la réussite du traitement ouvre la possibilité que les accusations soient abandonnées (modèle dit du préplaidoyer). Dans d'autres cas, une condition d'accès au tribunal est de plaider coupable à la mise en accusation (modèle dit du post plaidoyer). Dans ce dernier cas de figure, la « réussite » du traitement permet que les infractions soient expurgées du dossier criminel ou encore, la modulation de la gravité des accusations ou de la sentence (90; 58)²⁰.

2.9.2 LOGIQUE D'ACTION ET OBJECTIFS

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

Ainsi, le traitement est vu comme la clé de la prévention de la récidive. Dans ce cas spécifique, un indicateur incontournable de la réussite d'un traitement est l'abstinence par rapport à la consommation, ce dont témoigne l'exigence toujours présente de se soumettre à des tests de dépistage de la consommation de drogues. En outre, un autre objectif est pratiquement toujours énoncé : on vise l'allègement du fardeau que représente ce type de contrevenants pour le système d'administration de la justice.

2.9.3 PRÉCÉDENTS ET SANCTIONS INSTITUTIONNELLES HORS QUÉBEC

Les premiers TTT sont apparus à Chicago et à New York (É-USA) au début des années 1950. Toutefois, ces programmes ont disparu pour ne réapparaître qu'à la fin des années 1980 (9; 79). On a estimé récemment que 2 459 TTT étaient actifs à travers le pays (76). Il en existe aujourd'hui dans quelques autres pays, comme le Royaume-Uni, l'Australie et la Belgique.

Au Canada, un premier TTT est mis en œuvre à Toronto en 1998. Il en existe maintenant aussi à Régina, Winnipeg, Vancouver, Ottawa et Edmonton. Un programme de financement fédéral issu du ministère de la Justice existe depuis le milieu des années 2000 pour soutenir les autorités mettant en œuvre des TTT²¹. Au Québec, un projet pilote intitulé *Programme de traitement de la toxicomanie sous surveillance judiciaire* a été mis en place par la Cour supérieure du Québec en 2012. Il suit le modèle du postplaidoyer et requiert des participants qu'ils plaident coupable.

2.9.4 LES ÉVALUATIONS

Les évaluations montrent que la mise en œuvre de TTT a vraisemblablement eu tendance à :

- réduire la récidive parmi les participants, que l'on considère les nouvelles arrestations ou les nouvelles condamnations (86; 45; 90; 34; 10; 73; 58).

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

- réduire, ou à avoir un effet neutre sur, la consommation de drogues et la toxicomanie des participants (91);
- améliorer différentes dimensions de la vie sociale des participants (91).

²⁰ Sauf l'abstinence, qui en est toujours un, les critères de réussite varient d'un TTT à un autre.

²¹ <http://www.justice.gc.ca/fra/fina-fund/gouv-gov/ttt-dtc.html>, lien consulté le 27 août 2014.

Qualité méthodologique des évaluations. Les TTT constituent de loin la forme d'intervention qui a été la plus soumise à l'évaluation parmi celles qui sont couvertes dans cette synthèse. En dépit des variations claires dans les méthodologies de ces évaluations et malgré l'introduction de plusieurs contrôles pour divers biais potentiels, les résultats sont relativement congruents d'une évaluation à l'autre, du moins en ce qui a trait aux effets des TTT sur la récidive. En termes de types de recherche jugés valides, fiables et contrôlant le plus les biais méthodologiques potentiels, même les tenants des approches les plus restrictives concluent plus ou moins de la même façon au sujet de la récidive.

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

La différence dans les résultats constatés entre les modes observationnels et les études de type quasi expérimental est un enjeu qui sera discuté au point concernant les enjeux méthodologiques transversaux.

2.9.5 ASPECTS JURIDIQUES

Les TTT font explicitement partie des prérogatives des institutions judiciaires provinciales. Ils sont de fait explicitement autorisés par l'article 720 (2) du Code criminel du Canada. La formulation de cette disposition ainsi que son inclusion dans le chapitre du Code criminel concernant la détermination de la peine laissent penser que celle-ci ne permet pas explicitement l'établissement de TTT sous le modèle du préplaidoyer. Ceci dit, les autorités provinciales ont compétence en matière d'application des lois criminelles. Il semble ainsi plausible de penser que cette marge de manœuvre permet aux autorités québécoises d'établir des tribunaux sous le modèle préplaidoyer si elles le souhaitent. En fait, il est pensable que le Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions commises par des adultes puisse servir de cadre au développement de TTT. Il s'agirait d'inclure dans le registre des mesures de rechange, l'engagement du contrevenant à se présenter devant un TTT (qu'il faudrait bien entendu créer). Considérer cela semble nécessairement impliquer l'établissement d'un dialogue avec le ministère de la Justice et le Directeur des poursuites criminelles et pénales.

2.9.6 L'INTERVENTION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

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

2.10 Appréciation méthodologique transversale

On s'attarde sur le choix de se fier à des données auto rapportées. On examine ensuite la façon dont les évaluations permettent de mesurer la même intervention, d'estimer de manière extensive l'ensemble des effets potentiels des interventions, et d'apprécier les effets d'autres interventions ou processus sur les résultats.

Des données auto rapportées. Bien qu'il ne soit pas possible de nier la possibilité que certaines des réponses servant de matériau d'analyse aux évaluations aient été influencées par le biais de désirabilité, il appert ainsi que l'on ne peut pas plus affirmer que ce fut systématiquement ou significativement le cas ni que cela n'aurait pas systématiquement réduit les bénéfices ou accru les effets indésirables constatés.

Évaluer la même intervention. De manière globale, il semble que les évaluations permettent d'établir les distinctions analytiques potentiellement importantes pour l'appréciation des effets documentés en fonction des caractéristiques spécifiques de certaines interventions. Ceci dit, le lecteur devrait demeurer alerte au sujet de l'extension des résultats des évaluations concernant les PEPPSN, les SCS et les PPASMF.

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

Par contre, peu de personnes s'attardent aux différentes échelles géographiques et aux différents horizons temporels auxquels les interventions sont susceptibles d'être effectives. Il y a deux exceptions à cette règle générale : les RCC et certaines études autour du SIS Insite. En matière d'horizons temporels, les RCC, les SIS et les TTT ont fait l'objet d'évaluations examinant les effets plus de 2 ans après la mise en œuvre de l'intervention.

En outre, les effets processuels des interventions sont abordés de manière généralement limitée. Par contre, plusieurs études ont examiné la capacité des interventions à joindre les personnes UD et certaines évaluations ont même débordé ce cadre « standard ».

Une appréciation adéquate des effets des autres interventions et processus sur les résultats. De manière générale, peu d'efforts sont déployés dans les évaluations pour apprécier, voire même identifier les effets de ces processus et interventions se déroulant simultanément. Ceci dit, des efforts particuliers en ce sens ont été consentis dans le cadre de certaines évaluations ou séries d'évaluations, comme celles concernant les PEPPSN, les SCS, les PLBSA, les CDT et les RCC.

3 Conclusion

L'examen des interventions a été effectué dans le cadre d'une recherche de pistes d'action permettant de mitiger les effets négatifs du cadre de contrôle actuel ou d'accentuer ses effets positifs en matière de santé publique.

D'emblée, on retiendra qu'il semble que les autorités québécoises aient, dans le cadre du régime juridique fédéral, la marge de manœuvre suffisante pour mettre en place la plupart d'entre elles.

D'ailleurs, la plupart de ces interventions ont déjà été mises en œuvre au Québec ou ailleurs au Canada, à l'exception du RCC qui nécessite vraisemblablement la mise en place d'une nouvelle réglementation de la part du gouvernement fédéral.

Dans le cas des CDT, il semble qu'une intervention fortement apparentée pourrait être mise en place, sur la base de l'actuel *Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions commises par des adultes*. Dans ce cas, cela devrait se faire sans la modification législative qui l'a accompagnée au Portugal (l'abrogation des sanctions criminelles pour possession de toutes les drogues actuellement illicites), puisque celle-ci relève du gouvernement fédéral.

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

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

Références

1. Albert, S., Wells Brason II, F., Sanford, C., Dasgupta, N., Graham, J. & Lovette, B. (2011). Project Lazarus: Community-Based Overdose Prevention in rural North Carolina. *Pain Medicine*, (2) : 77-85.
2. Association des intervenants en toxicomanie (2012). Un programme d'échange de seringues en prison, c'est possible. Présentation vidéo. Lien consulté le 27 mars 2014 : <https://www.youtube.com/watch?v=Ov2Zs0m2mGk>
3. Baker, J. & Goh, D. (2004). The Cannabis Cautioning Scheme Three Years On: An Implementation and Outcome Evaluation. Sydney: Australie. NSW Bureau of Crime Statistics and Research.
4. Banjo, O., Tzemis, D., Al-Qutub, D., Amlani, A., Kesserling, S. & Buxton, J.A. (2014). A quantitative and qualitative evaluation of the British Columbia Take Home Naloxone Program. *Canadian Medical Association Journal*, 2(3) : e153-e161.
5. Barratt, M. J., Chanteloup, F., Lenton, S. & A. Marsh (2005). Cannabis law reform in Western Australia: an opportunity to test theories of marginal deterrence and legitimacy. *Drug and Alcohol Review*, 24 : 321-330.
6. Bennett, A. S., Bell, A., Tomedi, L., Hulsey, E. G. & Kral, A. H. (2011). Characteristics of an overdose prevention, response, and naloxone distribution program in Pittsburgh and Allegheny County, Pennsylvania. *J Urban Health*, 88(6) : 1020-1030.
7. Benschop, A., Rabes, M. & Korf, D. J. (2002). Pill Testing, Ecstasy and Prevention: A Scientific Evaluation in three European Cities. Amsterdam (Pays-Bas) : Rozenberg Publishers.
8. Boyd, S., Johnson, J. L. & Moffat, B. (2008). Opportunities to learn and barriers to change: crack cocaine use in the Downtown Eastside of Vancouver. *Harm Reduct J*, 5 : 34.
9. Brochu, S. & Landry, M. (2010). Les tribunaux spécialisés dans le traitement de la toxicomanie au Québec. *RISQ-INFO*, 18(1).
10. Brown, R. T. (2010). Systematic review of the impact of adult drug treatment courts. *Translational Research*, 155(6) : 263-274.

11. Camilleri, A. M. et Caldicott, D. (2005). Underground pill testing, down under. *Forensic Sci Int*, 151(1) : 53-58.
12. Canada (1985). Loi sur les aliments et drogues. L.R.C. (1985), ch.F-27. Ministère de la justice du Canada, Canada.
13. CATIE (2010). Projet de prévention de l'overdose. Connectons nos programmes. Edmonton : Streetworks.
14. Centers for Disease Control and Prevention (2012). Community-Based Opioid Overdose Prevention Programs Providing Naloxone. *Morbidity and Mortality Weekly Report* (61). Washington (É-UA) : Department of Health and Human Services.
15. Chu, S. & Elliott, R. (2009). Pour changer net : argumentaire en faveur de programmes d'échange de seringues en prison au Canada. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida.
16. Clifasefi, S. L., Malone, D. K. & Collins, S. E. (2013). Exposure to project-based Housing First is associated with reduced jail time and bookings. *International Journal of Drug Policy*, 24 : 291-296.
17. Coffin, P. O. & Sullivan, S. D. (2013). Cost-effectiveness of Distributing Naloxone to Heroin Users for Lay Overdose Reversal. *Annals of Internal Medicine*, 158 :1-9.
18. Collins, S. E., Malone, D. K., Clifasefi, S. L., Ginzler, J. A., Garner, M. D., Burlingham, B., Lonczak, B. S., Dana, E. A., Kirouac, K., Tanzer, K., Hobson, W. G., Marlatt, G. A. & Larimer, M. E. (2012). Project-based Housing First for chronically homeless individuals with alcohol problems: within-subjects analyses of 2-year alcohol trajectories. *American Journal of Public Health*, 102(3) : 511-519.
19. DeBeck, K., Kerr, T., Bird, L. Zhang, R., Marh, D., Tyndall, M., Montaner, J. Wood, E. (2011). Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3) : 172-176.
20. Doe-Simkins, M., Walley, Y. A., Epstein, A. & Moyer, P. (2009). Saved by the Nose: Bystander-Administered Intranasal Naloxone Hydrochloride for Opioid Overdose. *American Journal of Public Health*, 99(5) : 788-791.
21. Dong, K. A., Taylor, M., Willa-Roel, C., & al. (2012). Community-based naloxone: a Canadian pilot program. *Canadian Journal of Addiction Medicine*, 3(2) : 4-9.
22. Donnelly, N., Hall W. & Christie P. (1998). Effects of the Cannabis Expiation Notice Scheme on Levels and Patterns of Cannabis Use in South Australia: Evidence from the National Drug Strategy Household Surveys 1985-1995. Canberra (Australie) : Department of Health and Aged Care.
23. Donnelly, N., Hall, W. & Christie, P. (1995). The effects of partial decriminalisation on cannabis use in South Australia, 1985 to 1993. *Australian Journal of Public Health*, 19(3) : 281-287.
24. EMCDDA (2001). An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU. Lisbonne : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
25. EMCDDA (2011). Drug Policy Profiles: Portugal. Lisbonne : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
26. Enteen, L., Bauer, J., McLean, R., Wheeler, E., Huriaux, E., Kral, A. H. & Bamberger, J. D. (2010). Overdose Prevention and Naloxone Prescription for Opioid Users in San Francisco. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87(6) : 931-941.
27. Espoir Goutte d'Or (2004). STEP : Rapport d'évaluation du Kit-Base. Le « Kit Base », un nouvel outil pour la réduction des risques. Paris : Espoir Goutte d'Or.
28. Fallu, J. S. & Trottier, B. (2004). L'intervention en réduction des méfaits dans le contexte des raves et de la consommation de drogues de synthèse, forces et limites du testing. Non publié.
29. Gagné, M., Dubé, P.-A., Perron, P.-A., Langlois, É., Légaré, G., Sirois, M.-J., Aubut, C., Lefebvre, M., St-Laurent, D. (2013). Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec 2000 à 2009. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
30. Galea, S., Worthington, N., Markham Piper, T., Nandi, V. V., Curtis, M. & Rosenthal, D. M. (2006). Provision of naloxone to injection drug users as an overdose prevention strategy: Early evidence from a pilot study in New York City. *Addictive Behaviors*, (31) : 907-912.

31. Gilmer, T. P., Stefancic, A., Ettner, S. L., Manning, W. G. & Tsemberis, S. (2010). Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 67(6) : 645-652.
32. Gross, S. R., Barrett, S. P., Shestowsky, J. S. & Pihl, R.O. (2002). Ecstasy and Drug Consumption Patterns: A Canadian Rave Population Study. *Can J Psychiatry*, 47 : 546-551.
33. Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S. & Fischer, S. N. (2003). Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(2) : 171-186.
34. Gutierrez, L. & Bourgon, G. (2009). Tribunaux de traitement de la toxicomanie : analyse quantitative de la qualité des études et du traitement. Ottawa : Sécurité publique du Canada.
35. Haydon, E. & B. Fischer (2005). Crack use as a public health problem in Canada: call for an evaluation of 'safer crack use kits'. *Can J Public Health*, 96 : 185-188.
36. Heale, P., Hawks, D. & Lenton, S. (2000). Public awareness, knowledge and attitudes regarding the CEN system in South Australia. *Drug and Alcohol Review*, 19 : 271-280.
37. Hedrich, D. (2004). European report on drug consumption rooms. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities.
38. Heller, D. & Stancliff, S. (2007). Providing Naloxone to Substance Users for Secondary Administration to Reduce Overdose Mortality in New York City. *Public Health Reports*, 122.
39. Huberty, C. & Favresse, D. (2010). Evaluation des actions de réduction des risques dans le cadre des activités de testing menées par l'ASBL Modus Vivendi. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles.
40. Hughes, C. E. & Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? *British Journal of Criminology*, 50(6) : 999-1022.
41. Humair, T. (2010). Le drug-checking en Suisse romande. *Dépendances*, (42) : 23-25.
42. Hungerbuehler, I., Buecheli, A. & Schaub, M. (2011). Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use - evaluation of Zurich's drug checking services. *Harm Reduction Journal* 8(16) : 1-6.
43. Kerr, D., Dietze, P., Kelly, A. M., & Jolley, D. (2008). Attitudes of Australian heroin users to peer distribution of naloxone for heroin overdose: perspectives on intranasal administration. *J Urban Health* 85(3) : 352-360.
44. Kerr, T. & Jürgens, R. (2004). *Syringe Exchange Programs in Prisons: Reviewing the Evidence*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida.
45. Latimer, J., Morton-Bourgon, K. & Chrétien, J. A. (2006) Les tribunaux de traitement de la toxicomanie : Méta-analyse. Ont-ils un effet positif sur les taux de récidive? Ottawa : Ministère de la justice du Canada, Division de la recherche et de la statistique.
46. Leclerc, P., Morissette, C. & Roy, E. (2008). La consommation de crack chez les personnes qui fréquentent les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal. Montréal : Direction de santé publique & Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
47. Leece, P. N., Hopkins, S., Marshall, C. & al. (2013). Development and implementation of an opioid overdose prevention and response program in Toronto, Ontario. *Canadian Journal of Public Health* 104(3) : e200-e204.
48. Lenton, S., Humeniuk, R., Heale, P. & Christie, P. (2000). Infringement versus conviction: the social impact of a minor cannabis offence in South Australia and Western Australia. *Drug and Alcohol Review* 19 : 257-264.
49. Leonard, L., DeRubeis, E. & Birkett, N. (2006). Initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack. Rapport d'évaluation. Ottawa : Santé publique Ottawa.

50. Leonard, L., DeRubeis, E., Pelude, L., Medd, E., Birkett, N. & Seto, J. (2008). "I inject less as I have easier access to pipes": injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed. *Int J Drug Policy* 19(3) : 255-264.
51. Malkin, I. (1996). Le rôle du droit de la négligence dans la prévention de l'exposition des détenus au VIH pendant l'incarcération. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/SIDA et Société Canadienne du SIDA. Annexe 1, dans R. Jürgens, VIH/SIDA et prisons : rapport final.
52. Malone, D. K. (2009). Assessing Criminal History as a Predictor of Future Housing Success for Homeless Adults With Behavioral Health Disorders. *Psychiatric Services*, 60(2) : 224-230.
53. Marshall, B. D. L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S. G. & Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet*, 377 : 1429-1437.
54. Maxwell, S., Bigg, D., Stanczykiewicz, K. & Carlberg-Racich, S. (2006). Prescribing Naloxone to Actively Injecting Heroin Users A Program to Reduce Heroin Overdose Deaths. *Journal of Addictive Diseases*, 25(3).
55. McAuley, A., Lindsay, G., Woods, M. & Loutitt, D. (2011). Responsible management and use of a personal take-home naloxone supply A pilot project. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(4) : 388-399.
56. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2009). Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013. Québec : Gouvernement du Québec.
57. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2013). Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection. Québec : Gouvernement du Québec.
58. Mitchell, O., Wilson, D. B., Eggers, A. & MacKenzie, D. L. (2012). Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: A meta-analytic review of traditional and non-traditional drug courts. *Journal of Criminal Justice*, 49 : 60-71.
59. Moreira, M., Trigueiros, F. & Antunes, C. (2007). The Evaluation of the Portuguese drug policy 199-2004: the process and the impact of the new policy. *Drugs and Alcohol Today*, 7(2).
60. Muirhead, N. (2011). N-ALIVE Pilot. NALoxone InVEstigation. Prison-based Naloxone-on-release pilot randomised controlled prevention trial. Consulté en ligne : <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/addictions/research/drugs/N-ALIVE.aspx>
61. Nelson, G., Aubry, T. & Lafrance, A. (2007). A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interventions for Persons With Mental Illness Who Have Been Homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3) : 350-361.
62. Noël, L., Gagnon, F., Bédard, A. & Dubé, È. (2009). Avis sur les services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
63. O'Campo, P., Kirst, M., Schaefer-McDaniel, N., Firestone, M., Scott, A. & McShane, K. (2009). Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: a realist approach to synthesizing evidence. *J Urban Health*, 86(6) : 965-989.
64. Obradovic, I. (2012). Réduction des risques en milieu pénitentiaire. *Revue des expériences étrangères*. Saint-Denis : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
65. OMS, ONUDC, ONUSIDA (2007). Interventions to address HIV in Prisons Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies. Genève : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.
66. Padgett, D. K., Gulcur, L. & Tsemberis, S. (2006). Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse. *Research on Social Work Practice*, 16(1) : 74-83.

67. Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C., Krausz, M. & Somers, J. M. (2013). Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(8) : 1245-1259.
68. Pearson, C., Montgomery, A. E. & Locke, G. (2009). Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in housing first programs. *Journal of Community Psychology*, 37(3) : 404-417.
69. Pinkerton, S. D. (2011). How many HIV infections are prevented by Vancouver Canada's supervised injection facility? *Int J Drug Policy*, 22(3) : 179-183.
70. Piper, T. M., Stancliff, S., Rudenstine, S., Sherman, S., Nandi, V., Clear, A. & Galea, S. (2008). Evaluation of a naloxone distribution and administration program in New York City. *Subst Use Misuse*, 43(7) : 858-870.
71. Roy, E., Leclerc, P., Morissette, C., Arruda, N., Blanchette, C., Blouin, K. & Alary, M. (2013). Prevalence and temporal trends of crack injection among injection drug users in eastern central Canada. *Drug Alcohol Dependence*, 133(1).
72. Salmon, A. M., van Beek, I., Amin, J., Kaldor, J. & Maher, L. (2010). The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. *Addiction*, 105(4) : 676-683.
73. Schafer, D. K. (2011). Looking Inside the Black Box of Drug Courts: A Meta-Analytic Review. *Justice Quarterly*, 28(3) : 493-521.
74. Schroers, A. (2002). Drug Checking: Monitoring the Contents of New Synthetic Drugs. *Journal of Drug Issues*, 32(2) : 635-646.
75. Seal, K. H., Thawley, R., Gee, L., Bamberger, J. Kral, A. H., Ciccarone, D., Downing, M. & Edlin, B. R. (2005). Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: a pilot intervention study. *J Urban Health*, 82(2) : 303-311.
76. Sevigny, E. L., Pollack, H. A. & Reuter, P. (2013). Can Drug Courts Help to Reduce Prison and Jail Populations? *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 647(1) : 190-212.
77. Single, E., Christie, P. & Ali, R. (2000). The Impact of Cannabis Decriminalisation in Australia and the United States. *Journal of Public Health Policy*, 21(2) : 157-186.
78. Stefancic, A. & Tsemberis, S. (2007). Housing First for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: a four-year study of housing access and retention. *J Prim Prev*, 28(3-4) : 265-279.
79. Stinchcomb, J. B. (2010). Drug Courts: Conceptual foundation, empirical findings, and policy implications. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(2) : 148-167.
80. Strang, J., Manning, V., Mayet, S., Best, D., Titherington, E., Santana, L., Offor, E. & Semmler, C. (2008). Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction*, 103(10) : 1648-1657.
81. Tobin, K. E., Sherman, S. G., Beilenson, P., Welsh, C. & Latkin, C. A. (2009). Evaluation of the Staying Alive programme: Training injection drug users to properly administer naloxone and save lives. *International Journal of Drug Policy*, 20(2) : 131-136.
82. Toronto Public Health. (2012). The POINT (Preventing Overdose in Toronto) Program. A harm reduction approach to overdose prevention. Toronto : Ville de Toronto. Consulté en ligne : <http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/members/Meth-conf-POINT-PP.pdf>
83. Trans European Drug Information (TEDi) (2013). Les projets d'Analyses de substances psychotropes, NEWIP. Consulté en ligne : http://www.nuit-blanche.ch/wp/wp-content/uploads/2014/07/guide_lines_file_1361879276.pdf
84. Tsai, J. & Rosenheck, R. A. (2012). Incarceration Among Chronically Homeless Adults: Clinical Correlates and Outcomes. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12(4) : 307-324.

85. Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M. (2004). Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4) : 651-656.
86. United States Government Accountability Office (2005). *Adult Drug Courts. Evidence Indicates Recidivism Reduction and Mixed Results for Other Outcomes*. Washington : Government Accountability Office.
87. Vancouver Coastal Health (2013). *Evaluation Report: Vancouver Coastal Health Safer Smoking Pilot Project*. Vancouver : Vancouver Coastal Health.
88. Wagner, K. D., Valente, T. W., Casanova, M., Partovi, S. M., Mendenhall, B. M., Hundley, J. H., Gonzalez, M. & Unger, J. B. (2010). Evaluation of an overdose prevention and response training programme for injection drug users in the Skid Row area of Los Angeles, CA. *Int J Drug Policy*, 21(3) : 186-193.
89. Walley, A. Y., Xuan, Z., Hackman, H.H., Quinn, E., Doe-Simkins, M., Sorensen-Alawad, A., Ruiz, S. & Ozonoff, A. (2013). Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts : interrupted time series analysis. *BMJ*, 346 : f174.
90. Wilson, D. B., Mitchell, O. & MacKenzie, D.L. (2006). A systematic review of drug court effects on recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 2(4) : 459-487.
91. Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B. Vanderplasschen, W. & Vander Laenen, F. (2013). The impact of drug treatment courts on recovery : a systematic review. *ScientificWorldJournal*, 2013 : 493679.
92. Woods, J. B. (2011). *A Decade After Drug Decriminalization : What Can the United States Learn From the Portuguese Model?*. *UDC Law Review*, 15(1).
93. Yablon, D. R. (2011). *The Effect of Drug Decriminalization in Portugal on Homicide and Drug Mortality Rates*. Mémoire de maîtrise. Berkeley: University of California.

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

www.inspq.qc.ca