



La décriminalisation : les options et les données probantes

Rebecca Jesseman, M.A., et Doris Payer, Ph.D.

Synthèse générale

De plus en plus de données probantes indiquent que la décriminalisation serait un moyen efficace d'atténuer les méfaits de l'usage de substances et les répercussions des politiques et pratiques adoptées pour y réagir, particulièrement en ce qui concerne les conséquences des poursuites pénales pour simple possession. Le présent document d'orientation passe en revue les différentes manières dont la notion de décriminalisation des substances réglementées est interprétée et appliquée, au Canada et ailleurs dans le monde.

La décriminalisation est une stratégie politique prévoyant des sanctions non pénales (p. ex. amendes) pour certaines activités comme la possession d'une petite quantité de substance. Elle a été proposée afin d'atténuer les effets de la crise des opioïdes. Pour bien comprendre cette orientation, il faut d'abord constater qu'il ne s'agit pas d'une approche unique mais d'un ensemble complexe de politiques et de pratiques.

Le présent document se veut une référence pour les responsables des politiques, les décideurs, les analystes et les conseillers des secteurs de la santé, des services sociaux et de la justice pénale. Il comprend à cette fin :

- une définition des principaux concepts;
- des exemples d'application informelle (*de facto*) et formelle (*de jure*) de la décriminalisation, notamment par les services de réduction des méfaits et par la déjudiciarisation et par les politiques nationales;
- les critères d'évaluation et de surveillance des formules de décriminalisation;
- une synthèse des leçons tirées des expériences canadiennes et étrangères;
- des options envisageables dans le contexte canadien actuel.

Principales constatations

- Pour élaborer un plan d'action efficace et complet, il importe de reconnaître que l'usage de substances est un problème de santé complexe qui a des répercussions sur les sphères sociale et économique ainsi que sur la sécurité publique.
- La décriminalisation vise toute une gamme de politiques et de pratiques qu'on peut adapter et combiner en fonction d'un contexte particulier ou d'objectifs précis.



- Le volume croissant de données probantes sur les différentes approches de décriminalisation constitue une source précieuse d'enseignements dont on peut tenir compte dans l'élaboration des politiques et des pratiques.
- Il importe de compléter la connaissance lacunaire des effets des approches de décriminalisation grâce à des évaluations rigoureuses dont les données et les résultats doivent être publiées.

L'enjeu

Les habitudes d'usage de substances ainsi que leur prévalence et leurs effets néfastes évoluent avec le temps. Par conséquent, les stratégies de prise en charge doivent être adaptées en fonction du contexte. Actuellement, le contexte canadien est marqué par une crise des opioïdes, et les décès associés aux surdoses de ce type de drogue atteignent des sommets inégalés. Cette crise met en évidence une nécessité : trouver des solutions habiles et inédites fondées sur des données probantes.

La décriminalisation est une stratégie politique factuelle qui vise la réduction des effets néfastes associés à la criminalisation des drogues illicites. Casier judiciaire, stigmatisation, habitudes de consommation à haut risque, surdoses et maladies transmises par le sang sont certains des risques encourus par les personnes qui consomment. La décriminalisation vise à réduire ces méfaits en éliminant les sanctions pénales obligatoires, souvent pour les remplacer par des mesures d'information et par l'accès à des traitements et à des services de réduction des méfaits. Il s'agit d'une approche ou d'une intervention complexe qui comprend un ensemble de politiques, de pratiques et de principes pouvant être mis en œuvre de diverses façons.

Contexte

Depuis quelques dizaines d'années, diverses stratégies de décriminalisation ont été mises en œuvre au Canada et ailleurs, dont en Australie, aux États-Unis, au Portugal et en République tchèque. Au Canada, la décriminalisation est de plus en plus considérée comme une stratégie de gestion de la consommation. On envisage cette avenue pour réagir à la crise des opioïdes, notamment marquée par la contamination au fentanyl des drogues illicites. En outre, ces mesures ont aussi été proposées comme solutions de rechange à la légalisation du cannabis consommé à des fins non médicales.

Concepts clés

La réglementation des substances contrôlées peut suivre des approches formelles et informelles; il s'agit d'un continuum qui passe de la criminalisation à la légalisation en passant par la décriminalisation (figure 1).

Approches

Les approches **de facto** suivent des directives informelles ou ne relevant pas du domaine juridique.

Les approches **de jure** s'inscrivent dans le cadre de politiques officielles et de lois.

Catégories

Criminalisation : La production, la distribution et la possession de substances contrôlées entraînent des sanctions pénales, et un verdict de culpabilité mène à l'ouverture d'un casier judiciaire.

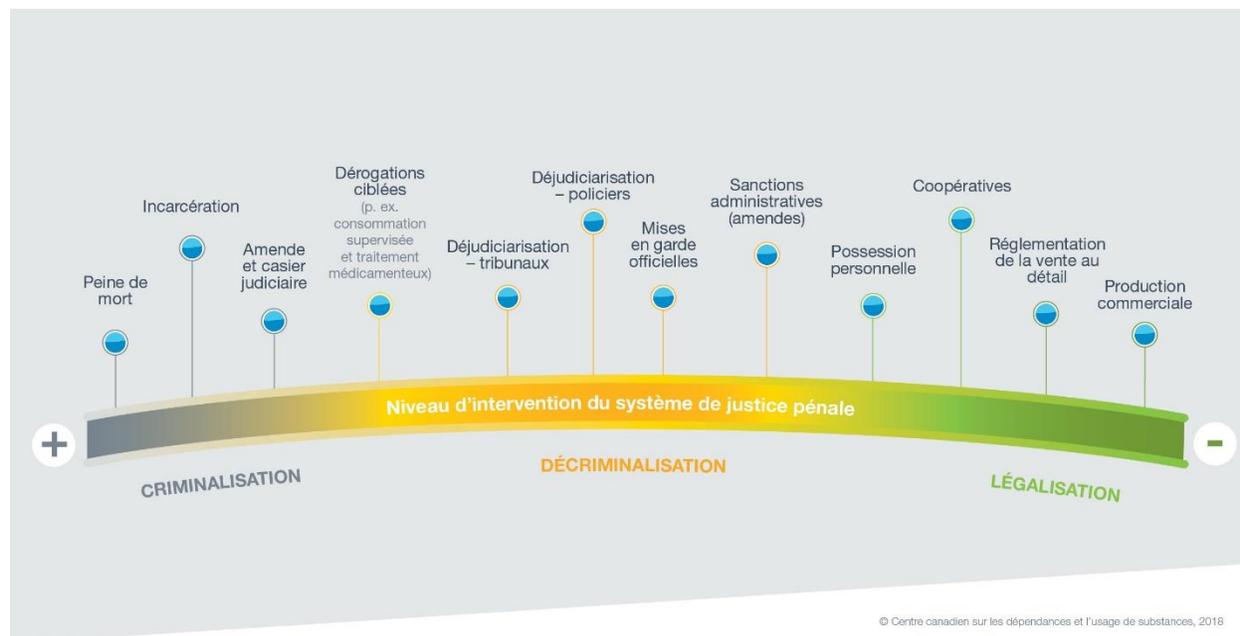
Décriminalisation : Certaines activités peuvent entraîner des sanctions non pénales (amendes, avertissements), comme la possession de petites quantités de substances contrôlées.



Légalisation : Toute sanction pénale est abolie. Des contrôles règlementaires peuvent toutefois avoir lieu, comme pour l'alcool et le tabac.

Comme le montre la figure 1, chacune de ces grandes catégories compte de nombreuses variantes, lesquelles peuvent être combinées. Par exemple, il est possible qu'un pays ait décriminalisé *de facto* la possession de petites quantités de cannabis mais maintienne la criminalisation *de jure* d'autres substances comme l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines.

Figure 1 : Continuum de la réglementation



Évaluation des retombées : considérations et limites

Les données probantes dont on dispose sont très éclairantes en matière de décriminalisation. Par exemple, les données démographiques indiquent que l'étude des tendances régionales est plus révélatrice des taux de consommation que celle de la réglementation nationale (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2011). En fait, des données européennes récentes indiquent que les pays présentant les taux les plus élevés de décès liés à l'usage de drogue sont ceux qui tendent à appliquer les approches les plus punitives (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2017a).

Cela dit, nos connaissances, ainsi que notre faculté de départager liens de causalité et liens d'association, ne sont pas sans lacunes. L'isolation et l'évaluation des effets d'une politique ou d'une pratique en particulier sont des tâches complexes. La décriminalisation peut avoir des répercussions dans les domaines de la santé, des questions de société et de la justice pénale. Normes sociales, transformation de la filière de la drogue, facteurs démographiques et priorités des corps policiers sont autant de facteurs externes ayant une forte incidence sur les indicateurs clés comme le taux de consommation, le nombre de décès par surdose ou intoxication et le taux d'arrestations. Ces facteurs peuvent aussi influencer la rigueur ou le degré de fidélité avec lequel les politiques et les programmes sont mis en œuvre.



Il importe aussi de tenir compte du mode de collecte des données. En effet, il faut recueillir les données avant et après la mise en œuvre d'une approche pour en évaluer les retombées. Cela dit, de nombreuses études, telles que les enquêtes nationales portant sur la prévalence, se déroulent selon une périodicité préétablie qui ne coïncide pas toujours avec les changements de politiques. Voici d'autres éléments à considérer à cet égard :

- Les changements apportés au mode d'administration d'une enquête ou à la manière de poser des questions peuvent limiter les possibilités de comparaison au fil du temps.
- L'utilité des indicateurs varie selon les retombées à évaluer. Par exemple, la consommation des douze derniers mois fournit de meilleures indications sur la modification du comportement que l'étude de la consommation au cours de la vie.
- Le fait de se concentrer sur des indicateurs très pointus peut entraver l'étude des effets à grande échelle. Par exemple, si l'on se cantonne à l'étude de l'augmentation du coût médical des interventions individuelles comme le traitement à l'héroïne, on passe à côté des retombées générales sociosanitaires (Home Office, 2014).
- La collecte systématique de certaines données peut s'avérer impossible ou n'être réalisable qu'au moyen d'approches qualitatives à forte intensité de travail impliquant notamment des entrevues ou des examens de dossiers (p. ex. les indicateurs du fonctionnement social, les casiers et dossiers judiciaires et les hospitalisations dues à la drogue).
- La constitution de groupes témoins pertinents comporte des difficultés pratiques et éthiques.

Ces limites doivent être prises en compte dans l'examen des évaluations des approches de réglementation, mais elles ne doivent pas invalider l'utilisation des données existantes. En effet, celles-ci regorgent de précieux renseignements pour les responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre de ces approches. Quant à leurs lacunes et à leurs limites, elles orientent les travaux des intervenants en mesure d'influencer et d'améliorer la collecte et la production de données.

Expérience internationale

Bien que la criminalisation *de jure* reste l'approche la plus courante pour contrôler la drogue, la formule mixte (*de facto* et *de jure*) tend à se répandre. Ainsi, le cannabis a été légalisé en Uruguay et dans certains États des États-Unis.

Conventions des Nations Unies

Le Canada est signataire de trois traités internationaux relatifs au contrôle des drogues¹ par le biais de l'Organisation des Nations Unies. La Convention unique sur les stupéfiants exige que la possession de toute matière répertoriée constitue une infraction punissable. L'Organe international de contrôle des stupéfiants a réitéré l'obligation pour les signataires de conserver les sanctions pénales. Elle **permet** toutefois les solutions de rechange à la condamnation et aux sanctions pour les personnes dont l'usage de substance est problématique afin d'ouvrir la porte à la déjudiciarisation. En fait, une résolution conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé et des Nations Unies appelle à « réviser et abroger les lois punitives qui se sont avérées avoir des incidences négatives sur la santé. [...] Il s'agit notamment des lois qui pénalisent ou interdisent autrement [...] la consommation de drogues ou leur possession en vue d'un usage personnel [...] » (Organisation mondiale de la Santé, 2017).

1. Les trois traités internationaux de contrôle des drogues sont la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, modifiée par le protocole de 1972, la Convention de 1971 sur les substances psychotropes et la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.



Des mécanismes formels sont prévus pour les cas de non-respect de la Convention, dont la modification du traité, les exemptions et le retrait du traité, de même que la réintégration sous réserves (Bewley-Taylor, Jelsma, Rolles et Walshe, 2016).

Exemptions ciblées

Les exemptions ciblées s'inscrivent dans divers types de programmes prévoyant des exemptions particulières à l'application de peines criminelles. Cette formule est fortement recommandée pour réduire les méfaits affligeant certaines populations. Voyons quelques exemples.

Les **centres de consommation supervisée** fournissent un lieu salubre où il est possible de consommer sous la supervision de professionnels de la santé formés pour réagir en cas d'urgence. Les personnes qui fréquentent ces lieux admis légalement ne sont pas poursuivies pour possession ou consommation à l'intérieur ou à proximité de l'établissement. Cette exemption peut être de facto, de jure ou les deux. Au Canada, par exemple, l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* comporte une exemption *de jure* autorisant le personnel des centres de consommation supervisée à posséder de petites quantités de substances contrôlées dans le cadre de leurs activités professionnelles. Les formules *de facto* prennent la forme d'accords avec les services de police qui s'abstiennent d'arrêter les personnes qui fréquentent ces sites, sauf en cas de circonstances aggravantes (p. ex. comportement violent).

Le premier centre de consommation supervisée a ouvert ses portes en 1986 à Berne, en Suisse. Il en existe maintenant plus d'une centaine. La plupart se trouvent en Europe, et il y en a un à Sydney, en Australie. Nombreuses sont les données établissant l'efficacité de cette formule en ce qui a trait à une foule d'objectifs sociosanitaires, particulièrement lorsque les clients ont accès à des services de santé et à des services sociaux intégrés tels que soins primaires, des traitements ou des services de logement (Gaddis et coll., 2017).

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies a publié *Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités* en 2017. Le résumé des résultats associés aux centres de consommation supervisée qu'il comprend fait notamment état :

- d'un contact accru de la clientèle marginalisée avec les services de santé et les services sociaux, y compris avec les services de traitement de l'usage de substances;
- d'une diminution des déchets toxiques;
- d'une diminution des pratiques d'injection à haut risque (p. ex. réutilisation ou échange de matériel d'injection);
- d'une diminution des pratiques d'injection en public.

Aucun lien n'a pu être établi entre l'existence de centres de consommation supervisée et une hausse de l'activité criminelle, du nombre d'initiations à la drogue ou de la consommation comme telle.

Les **services de vérification de la drogue** analysent les substances pour atténuer le risque de contamination dangereuse (au fentanyl, par exemple). Ils existent depuis plus de 25 ans en Europe; il y en a maintenant 31 dans 20 pays en Europe, en Amérique et en Australasie (Barratt, Kowalski, Maier et Ritter, 2018). Ils consistent à utiliser une vaste gamme de technologies pour fournir diverses informations, tant qualitatives (présence ou absence d'une substance) que quantitatives (composition complète d'un échantillon et concentrations) (Harper, Powell et Pij, 2017).

Ces services opèrent dans un cadre légal comparable à celui des centres de consommation supervisée, puisque le personnel fournit de l'équipement et manipule de petites quantités de



substances contrôlées pour ses tests. Certains sont encadrés par des politiques *de jure* protégeant le personnel contre les poursuites pénales. En Europe, les activités de certains de ces services sont régies par des ententes particulières (aux Pays-Bas, par exemple) ou s'inscrivent dans le cadre plus large d'approches de réduction des méfaits (en France, par exemple) (Brunt, 2017). Cependant, la majorité opèrent dans un flou juridique (Sage et Michelow, 2016, annexe B) et en vertu d'ententes *de facto* avec les services de santé et les corps policiers locaux, ce qui peut limiter la portée et le financement de ces services et compliquer leur évaluation.

Bien qu'à ce jour, aucune étude n'ait systématiquement évalué les retombées de cette activité sur la santé, plusieurs synthèses récentes (Leece, 2017; Kerr et Tupper, 2017; Brunt, 2017) indiquent que les usagers de ces services les trouvent utiles et estiment qu'ils peuvent :

- influencer les comportements risqués (élimination de certaines substances après des résultats défavorables, réduction des doses, consommation non solitaire);
- représenter une occasion d'intervenir brièvement, de sensibiliser et d'orienter les consommateurs;
- surveiller les filières d'approvisionnement locales et éclairer les initiatives de santé publique;
- réduire la présence de substances contaminées sur le marché local;
- faire partie intégrante d'une stratégie complète de réduction des méfaits.

Aucune étude ne vient corroborer les critiques selon lesquelles la vérification de la drogue créerait un faux sentiment de sécurité ou encouragerait la consommation.

Les **programmes de prescription** donnent accès sous supervision médicale à des substances contrôlées. C'est en 1926 que le comité Rolleston, au Royaume-Uni, a sanctionné la prescription d'héroïne² pour traiter la dépendance quand les autres traitements s'avèrent inefficaces (Wakeman, 2003). Cela dit, cette option n'est plus couramment utilisée depuis l'instauration, en 1967, de règles réservant le droit de prescrire de l'héroïne à certains médecins seulement (Wakeman, 2003). Après avoir fait l'objet d'un projet pilote en Suisse en 1994, le traitement à l'héroïne, avec surveillance de la posologie, a ensuite été instauré au Royaume-Uni, en Allemagne, en Espagne, aux Pays-Bas, au Canada et au Danemark.

Parmi les résultats de ces programmes, on constate (Ferri, Davoli et Perucci, 2011; Strang, Groshkova et Metrebian, 2012; Oviedo-Joekes et coll., 2016) :

- une plus grande persévérance des personnes traitées qui n'avaient pas terminé le programme de maintien à la méthadone;
- une diminution de la consommation illicite d'opioïdes;
- une amélioration de l'intégration sociale (réduction des sources de revenus illicites, participation accrue à la vie familiale, stabilité résidentielle, etc.);
- une réduction de l'activité criminelle;
- une augmentation de la fréquence des incidents thérapeutiques (p. ex. surdose) par rapport au traitement à la méthadone.

² La plupart des programmes utilisent en fait de la diacétylmorphine injectable, l'ingrédient actif de l'héroïne. Un tribunal canadien a récemment approuvé l'usage d'hydromorphone comme tout aussi efficace que celui de la diacétylmorphine (Oviedo-Joekes et coll., 2016).



Les **lois du bon samaritain** sont des lois ou des politiques qui protègent contre les arrestations et les poursuites les personnes qui font appel à une aide quelconque ou qui sont présentes lors d'une surdose. La plupart s'appliquent à la possession personnelle de substances illicites, et certaines s'étendent aux accessoires facilitant leur consommation ou au bris des conditions relatives à la supervision. L'objectif de ces politiques est d'éviter que la crainte de conséquences pénales n'empêche les personnes d'appeler des secours. Plusieurs États américains et provinces canadiennes ainsi que le gouvernement fédéral du Canada (en 2017) ont adopté des dispositions législatives de ce genre. On dispose cependant de données limitées sur leurs effets. Les études réalisées jusqu'à présent reconnaissent l'importance de veiller à ce que les personnes susceptibles de se trouver en présence d'une personne en surdose ainsi que les policiers et autres professionnels de la justice pénale connaissent l'existence et l'application de ces lois (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017; Banta-Green, Beletsky, Schoeppe, Coffin et Kuszler, 2013).

Approches de facto : déjudiciarisation

La déjudiciarisation offre des solutions de rechange à la justice pénale : simples avertissements, amendes, recommandation de services de traitements. Elle s'applique sous autorité policière par la communication d'information au moment de l'arrestation, sous forme de conseils pendant les poursuites ou par ordonnance judiciaire³. Plus la déjudiciarisation se produit tard dans le processus de justice pénale, plus ses effets sur la personne et sur les coûts peuvent être grands.

Dans le cadre du **Drugs Education Programme de Bristol**, au Royaume-Uni, les policiers peuvent offrir aux personnes surprises en situation de possession de drogue l'option d'assister à un cours de sensibilisation d'une demi-journée. Ce programme accepte les gens qui ont un casier judiciaire, mais on ne peut y participer qu'une fois. Si une personne suit le programme au complet, son accusation est retirée. Une première évaluation indique un taux de participation élevé et un taux d'achèvement de 80 % parmi les personnes à qui on a offert d'y participer (Luckwell, 2017). Les partenaires du programme constatent aussi une amélioration des relations entre la police, les consommateurs et les organismes de services communautaires. Toutefois, l'évaluation révèle aussi que certains policiers hésitent à appliquer le programme aux consommateurs d'héroïne ou de crack qui sont en fait ciblés en vue de maximiser l'efficacité des mesures de lutte contre la criminalité. On note en outre que les quantités tolérées pour consommation personnelle ne sont pas toujours les mêmes (Luckwell, 2017).

L'**Australie** a mis en œuvre de nombreux programmes de déjudiciarisation, dont certains visent le cannabis en particulier et d'autres, toutes les drogues illicites. Les options de déjudiciarisation ont généralement un objectif thérapeutique axé sur l'évaluation, la sensibilisation et le traitement. Cela dit, elles prévoient aussi des avertissements, des confiscations et l'application de sanctions civiles. La Illicit Drug Diversion Initiative du Conseil des gouvernements australiens, annoncée en 1999, comprenait une évaluation de l'élaboration des programmes. Elle offrait un cadre national définissant les pratiques optimales pour l'élaboration des programmes et du financement fédéral en vue de l'expansion des services de traitement (Hughes et Ritter, 2008).

Les évaluations des programmes de déjudiciarisation de la police australienne en matière de cannabis indiquent que ceux-ci pouvaient faire augmenter le nombre de personnes interceptées par le système de justice pénale, un phénomène appelé « élargissement du filet » (Baker et Goh, 2004). On a

³ Les tribunaux de traitement de la toxicomanie constituent une forme courante de programme encadré par les autorités judiciaires, particulièrement aux États-Unis. Nous n'en traiterons pas ici pour deux raisons principales : premièrement, c'est le profil de l'accusé et non l'infraction qui détermine l'admissibilité au programme; deuxièmement, la plupart offrent une solution de rechange à l'emprisonnement plutôt qu'une réelle déjudiciarisation et nécessitent un plaidoyer de culpabilité et une supervision judiciaire serrée (ministère de la Justice du Canada, 2015).



d'ailleurs observé ce phénomène lors de la mise en œuvre du système d'avis d'expiation qui prévoyait des amendes non pénales que la police pouvait traiter plus rapidement et facilement que des accusations formelles (Shanahan, Hughes et McSweeney, 2016). Par exemple, le nombre d'avis émis en Australie-Méridionale est passé de 10 282 en 1989-1990 à 18 015 en 1996-1997. Durant cette période, le taux d'expiation ou de paiement d'amendes hors du cadre pénal était en moyenne de 45 %, tandis que les cas qui menaient à des accusations ou à des condamnations au criminel étaient en moyenne de 46 % (Christie et Ali, 2000). L'amélioration de la formation des policiers et l'assouplissement du programme ont atténué le phénomène d'élargissement du filet (Shanahan, Hughes et McSweeney, 2016). Un examen national des données de 2012-2013, par exemple, révèle que, toutes catégories de stupéfiants et tous âges confondus, 91 % des participants ont terminé le programme (Australian Institute of Health and Welfare, 2014). En outre, une évaluation du programme de l'Australie-Méridionale de 2001 à 2011 indique un taux d'adhésion moyen de 81 % chez les adultes et pour les drogues autres que le cannabis (Milstead, 2012).

Ces évaluations révèlent aussi des données prometteuses quant aux effets des programmes de déjudiciarisation sur les taux de récidive. Par exemple, un échantillon national de cas déjudiciarisés indique que la majorité des délinquants primaires ne récidivent pas et que les récidivistes présentent un taux accru de cessation des activités délinquantes après avoir participé au programme (Payne, Kwiatkowski et Wundersitz, 2008).

Parmi les autres leçons tirées des évaluations des programmes de déjudiciarisation australiens en matière de possession de drogues illicites, notons la grande efficacité de l'orientation vers des ressources éducatives ou des traitements, le caractère ciblé et adapté des interventions, l'attention portée aux causes profondes de la consommation et l'élaboration de critères d'admissibilité adéquats, particulièrement en ce qui a trait aux seuils quantitatifs (Hughes et Ritter, 2008; Hughes, Shanahan, Ritter, McDonald et Gray-Weale, 2014).

Au **Royaume-Uni**, le cannabis est passé de la classe B à la classe C de 2004 à 2009. Les sanctions s'en sont trouvées réduites tout en restant de nature pénale. La police a reçu comme directive de privilégier les mises en garde plutôt que les avertissements formels dans les cas de simple possession. Une mise en garde ne menait pas à l'ouverture d'un casier judiciaire, mais comptait dans l'atteinte des cibles policières en termes de sanctions appliquées. Cette directive était suivie avec une rigueur variable. Par exemple, l'étude de quatre services de police a révélé que le pourcentage de cas faisant l'objet d'une mise en garde plutôt que d'un autre type de sanction variait de 22 % à 42 % (May, Duffy, Warburton et Hough, 2007). L'évaluation des pratiques policières suivant le changement de classification a révélé une augmentation du nombre d'interventions liées au cannabis (élargissement du filet), mais une diminution du nombre d'avertissements formels (Shiner, 2015).

Le **programme de déjudiciarisation LEAD** (Law Enforcement Assisted Diversion), instauré à Seattle (Washington) en 2011, s'étend actuellement à d'autres États et attire l'attention de la scène internationale. Il permet aux personnes suspectées de crimes mineurs liés à la drogue et à la prostitution de faire l'objet d'un suivi de gestion de cas complet et d'obtenir du soutien collectif plutôt que de passer dans le système de justice pénale. La police présente les options de déjudiciarisation aux personnes admissibles à la suite de leur arrestation, mais avant de porter des accusations. Ce programme adopte une approche de réduction des méfaits dans la mesure où la participation n'est pas conditionnelle à l'abstinence.

Il est d'autant plus difficile de formuler des énoncés concluants sur les retombées de la déjudiciarisation que la structure du programme connaît plusieurs variantes, sans compter les lacunes et les difficultés méthodologiques que présentent les données de l'évaluation. L'état actuel de la recherche indique que comparativement aux voies pénales, les programmes de déjudiciarisation



réduisent les coûts du système de justice ainsi que les conséquences socioéconomiques sur la vie des personnes (Shanahan, Hughes et McSweeney, 2016; Hughes et Ritter, 2008; Collins, Lonczak et Clifasefi, 2015). Les ressources nécessaires au déploiement d'un programme de déjudiciarisation dépendent grandement de la population ciblée et du modèle retenu. Les programmes qui comprennent un traitement intensif et une supervision serrée et qui ciblent des populations aux besoins intensifs dépendent de plusieurs éléments, comme les programmes de réduction des méfaits, de traitement et de soutien social collectif. Ainsi, ils nécessitent des investissements importants dans les systèmes de santé et de services sociaux (Hughes et Ritter, 2008).

Approches nationales de facto

La Directive de la *Loi sur l'opium* (1976) des **Pays-Bas** est surtout connue pour avoir introduit le réseau des cafés réglementés. Bien qu'elles maintiennent les sanctions pénales, les lignes directrices judiciaires liées à cette directive permettent l'exploitation de cafés où le cannabis est permis et décriminalisent la possession de petites quantités d'autres drogues (jusqu'à 0,5 g ou un comprimé). L'objectif de cette politique était de scinder le marché pour empêcher les consommateurs de passer du cannabis aux drogues dures comme l'héroïne. Bien que la recherche sur les retombées de cette politique se concentre souvent sur le cannabis, soulignons qu'aux Pays-Bas, l'usage d'opioïdes et, remarquablement, le taux de mortalité associé à la drogue, sont bien en deçà des moyennes européennes. Cela dit, la consommation de cocaïne, de MDMA et d'amphétamines est élevée en comparaison (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2017b; Statistics Online de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime). De nouvelles recherches seront nécessaires pour déterminer si ces tendances, relativement stables depuis 1976, sont attribuables à cette politique ou aux tendances contextuelles.

Approches nationales de jure

Plusieurs pays ont aboli les sanctions pénales pour certaines infractions liées à la drogue. Les approches varient selon le type et la quantité de la substance, la nature de l'infraction et le type de sanction qui lui est associé. Les exemples qui suivent illustrent la diversité de ces sanctions, qui vont de la mise en garde aux amendes légères en passant par l'obligation de suivre une cure⁴.

La Loi no 30/2 000, adoptée au **Portugal** en 2001, fait en sorte que la consommation ou la possession d'un stock suffisant pour 10 jours ou moins constitue une infraction administrative et non pénale (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2000). Ce changement s'inscrivait dans la foulée d'une approche complète mise en œuvre en 1999 dans le cadre de la *Stratégie nationale de lutte contre la drogue* prévoyant des investissements importants et une hausse des effectifs en matière de prévention, de réduction des méfaits, de travail de proximité, de traitement et de réintégration. En vertu de cette loi, un individu appréhendé est cité à comparaître devant une des commissions de dissuasion des dépendances. Ces commissions régionales sont composées de jurys de trois membres issus du domaine du droit, de la santé et des services sociaux. Leur objectif principal est la désintoxication (Goulao, 2016). Elles sont soutenues par des équipes multidisciplinaires qui examinent chaque cas et évaluent les besoins des prévenus dans le but d'élaborer un plan adapté. Parmi les issues envisageables, notons le rejet des procédures avec avertissement, l'orientation vers des ressources de santé et services sociaux (p. ex. services d'aide au logement et à l'emploi) ou encore vers des traitements de l'usage de substances, ainsi que des amendes et des travaux communautaires. La majorité des cas (83 % en 2013) sont suspendus (Santos et Duarte, 2014).

⁴ Pour un survol complet des approches en matière de décriminalisation à l'échelle internationale, consulter *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Across the Globe* (2016) de l'organisme Release.



La mise en œuvre de cette stratégie nationale a donné lieu à une réduction des méfaits sociaux liés à l'usage de drogue, dont la consommation en public, la propagation du VIH et du sida, la perte de productivité et la sollicitation des ressources de justice pénale (Goncalves, Lourenco et Nogueira da Silva, 2015). Les diagnostics de VIH attribués à l'usage de drogue injectable sont passés de près de 1 800 cas, soit 60 % des nouveaux diagnostics en 1999, à 44 cas, soit 5 % des nouveaux diagnostics en 2015 (Martins, 2016; Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2017a). La stratégie dépendait d'une amélioration de l'accessibilité et de la coordination des programmes de traitement et de réduction des méfaits ainsi que des services multidisciplinaires en matière de police, d'emploi, de santé, de prévention et de sensibilisation (Goulao, 2016). Bien qu'on ait constaté une augmentation des taux de consommation à la suite de la mise en œuvre de la stratégie, ceux-ci ne dépassaient pas ceux des autres pays de l'Union européenne. On ne relève aucun effet négatif tel qu'une hausse marquée de la consommation ou une expansion du marché (Hughes et Stephens, 2010). Une analyse des modèles de coût synthétiques des opioïdes indique que la décriminalisation n'a pas entraîné de chute des prix, ce qui les aurait rendus plus accessibles (Félix et Portugal, 2017).

En **République tchèque**, la possession en vue d'un usage personnel est une infraction qui, de criminelle, est devenue administrative en 1990. En 1999, de nouvelles réformes ont limité la portée de cette mesure en criminalisant la possession de quantité « plus que petites », laissant à la police et aux tribunaux le soin de fixer les seuils selon des directives internes, lesquelles se sont avérées souvent plutôt restrictives, et selon les circonstances de l'infraction (Belackova et Stefunkova, 2017). En 2010, le gouvernement a défini les quantités, généralement plus permissives que celles établies par la police. En 2013, la Cour suprême a remplacé ces quantités par des directives comparables pour traiter les dossiers au cas par cas, afin de tenir compte non seulement de la quantité, mais aussi des facteurs contextuels (Mravcik, 2015). Une évaluation des changements apportés à la politique en 1999 a conclu que la criminalisation entraînait une augmentation des coûts pour la société et l'activité policière. Malgré la brièveté de la période couverte par l'évaluation, rien, *a priori*, ne semble indiquer que cette mesure ait freiné l'usage de drogue (Zabransky, Miovsy, Gajdosikoa et Mraccik 2001).

La réforme « *narcomenudeo* », qui a eu lieu au **Mexique** en 2009, exigeait que les personnes appréhendées avec une petite quantité de drogue soient orientées vers les autorités sanitaires plutôt qu'arrêtées. À la troisième interpellation, elles étaient contraintes de suivre une cure. On ouvre pour ces personnes un casier judiciaire qui, toutefois, indique qu'« aucune sanction pénale » n'a été appliquée. Cela dit, la mise en œuvre de ces réformes s'est avérée limitée (Eastwood, Fox et Rosmarin, 2016). En effet, une recherche menée à Tijuana indique que les policiers ont reçu très peu, voire pas du tout de formation ni d'information pour les appliquer. Résultat : les agents connaissent très peu la loi et les seuils quantitatifs (Arredondo et coll., 2017). De plus, les quantités pouvant être considérées comme destinées à la consommation personnelle sont extrêmement petites (5 g de cannabis; 0,5 g de cocaïne et 50 mg d'héroïne), ce qui limite le nombre de participants admissibles ainsi que la portée de la réforme (Mackey, Werb, Beletsky, Rangel, Arredondo et Strathdee, 2014). Les sanctions pour les quantités qui excèdent ces seuils comprennent toujours des amendes et des peines d'emprisonnement.

Légalisation et réglementation

L'**Uruguay** demeure à ce jour le seul pays à avoir pleinement légalisé la consommation d'une drogue contrôlée à des fins non médicales. En effet, les Uruguayens ont accès depuis 2013 à trois sources légales de cannabis : ils peuvent en cultiver à domicile, s'adresser à une coopérative ou s'en procurer dans une pharmacie autorisée. Il aura cependant fallu plusieurs années pour achever la mise en



œuvre de ce cadre juridique : le cannabis ne se vend au détail que depuis 2017 et, au printemps 2018, ne se trouvait encore que dans quelques pharmacies. On compte parmi les entraves qu'a connues le processus de légalisation le recul du dossier dans les priorités politiques, l'inquiétude des citoyens quant à l'obligation de choisir leur source d'approvisionnement et de la déclarer à l'État, le retard que ce dernier a pris dans la sélection et l'autorisation de producteurs et le refus des institutions financières de faire affaire avec les détaillants de cannabis en raison de la réglementation internationale et de la classification du cannabis comme substance illicite ailleurs dans le monde. Rien dans les données disponibles ne permet de tirer de conclusions sur les incidences économiques, sociales et sanitaires de la légalisation du cannabis en Uruguay.

L'état du droit au Canada

La déjudiciarisation fait partie intégrante du système de justice pénale canadien. À ce chapitre, la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* promeut l'emploi de mesures extrajudiciaires, tels qu'avertissements informels, mises en garde officielles ou renvoi à des programmes communautaires. De plus, le *Code criminel* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* permettent aux tribunaux de recourir à un programme approuvé de traitement de la consommation afin de réduire, voire d'éviter, une sanction pénale.

En outre, plusieurs services policiers canadiens ont informellement adopté leur propre approche de déjudiciarisation *de facto*. Certains choisissent notamment de ne pas systématiquement porter d'accusations pour possession simple ou encore de diriger les contrevenants vers un service local d'intervention ou de réduction des méfaits, parfois en les escortant (M. Serr, communication personnelle, 18 avril 2018).

À l'heure actuelle, il existe au Canada un certain nombre d'exemptions bien précises. Deux centres de consommation supervisée de Vancouver, InSite et le Dr. Peter Centre, sont ouverts depuis plus de 10 ans. Par ailleurs, la *Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois*, adoptée en mai 2017, a simplifié le processus de demande d'exemption en vertu de l'article 56 pour les centres de consommation supervisée en réduisant de 26 à 5 le nombre de conditions à remplir. Aussi leur nombre explose-t-il au Canada : on en comptait 20 de plus en avril 2018.

On ne trouve encore que peu de services de vérification de la drogue au pays. Ceux-ci comprennent les services d'analyse sur place (comme au festival de musique Shambala), ainsi que le dépistage ciblé du fentanyl à l'aide de bandelettes-test dans les centres de consommation supervisée et de prévention des surdoses. Les résultats d'une étude pilote sur l'analyse sur place, menée en novembre 2017 dans deux centres de consommation supervisée de Vancouver, démontraient qu'à peine 19 % des substances vendues comme des opioïdes en étaient réellement, alors que 88 % contenaient du fentanyl (British Columbia Centre on Substance Use, 2018). En novembre 2017, la ministre de la Santé annonçait l'intention de Santé Canada d'autoriser la prestation de services supplémentaires de vérification de la drogue dans les centres de consommation supervisée. De nouveaux programmes seront lancés en vue d'instaurer des méthodes d'analyse sur place, et d'établir des partenariats entre des organismes et des laboratoires de première ligne pour l'analyse hors site des données recueillies.

En mai 2017, le Canada a adopté la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*, en vertu de laquelle quiconque signale une surdose aux services d'urgence ou reste sur place jusqu'à l'arrivée des premiers intervenants est exonéré de toute accusation de possession simple ou ayant trait à une libération conditionnelle, une probation ou une peine d'emprisonnement avec sursis.



Le premier programme de traitement à l'héroïne au Canada, qui s'est déroulé de 2005 à 2008, s'intitulait *Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés*. Une étude de suivi portant sur l'entretien aux opioïdes à long terme, lancée en 2011, y donne suite (Oviedo-Joekes et coll., 2016). Par ailleurs, un autre programme de petite envergure se poursuit à la Crosstown Clinic de Vancouver. En mars 2018, le gouvernement a aboli les restrictions visant la diacétylmorphine (héroïne sur ordonnance) afin d'en permettre la prescription par des médecins – et l'administration en milieu extrahospitalier par des infirmières praticiennes comme par des médecins – en substitution aux opioïdes, conformément au Programme d'accès spécial de Santé Canada. Les modifications réglementaires ont pris effet deux mois plus tard.

Incidences sur la pratique et les politiques

L'essai de différentes approches de décriminalisation a fait ressortir plusieurs grands facteurs susceptibles d'orienter l'élaboration de politiques et de pratiques fondées sur des données probantes. Il importe de souligner qu'on ne dispose d'aucune preuve indiquant un lien entre la décriminalisation et un usage accru ou quelque autre méfait.

La **continuité et l'intégration des soins** amplifient les bienfaits sociosanitaires. Citons par exemple la présence tant de services de soins de santé et que de traitement dans les centres de consommation supervisée (Gaddis et coll., 2017).

De plus, **les collectivités doivent être capables** de voir à la prestation et à l'interaction de programmes sociaux, de soins de santé et d'application de la loi qui, axés sur les risques et les besoins individuels, donnent aux services policiers l'appui dont ils ont besoin en matière de déjudiciarisation (Hughes, Shanahan, Ritter, McDonald et Gray-Weale, 2014; Mackey et coll., 2014; Hughes et Ritter, 2008). Ces programmes offrent notamment des services de promotion de la santé, de réduction des méfaits et de traitement qui sont accessibles et disposent de ressources adéquates.

L'adoption de **critères d'admissibilité souples** ou généraux, par exemple quant aux antécédents criminels et d'usage de substances, peut maximiser la portée et le caractère équitable du programme, spécialement à l'égard des personnes les plus difficiles à atteindre (Hughes et Ritter, 2008).

La fixation de **quantités-seuil** trop basses restreint l'admissibilité au programme et, par conséquent, fait entrave à celui-ci (Hughes, Shanahan, Ritter, McDonald et Gray-Weale, 2014). Les seuils ont l'avantage d'être sans équivoque et de favoriser une application uniforme, mais lorsqu'une certaine souplesse leur est conférée, d'autres facteurs peuvent être pris en considération, comme le niveau de consommation individuel (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2003).

De plus, les procédures de déjudiciarisation qui, sans appuyer les services comme il se doit, représentent pour ceux-ci **un fardeau administratif** ou exigent d'eux **d'avantage de ressources** risquent de se solder par une faible participation et une moindre incidence (Mackey et coll., 2014).

À l'inverse, le **filet s'élargit** lorsque la mise en œuvre d'une stratégie de déjudiciarisation entraîne une recrudescence d'accusations au criminel. En règle générale, un élargissement du filet se produit lorsque la déjudiciarisation est une option facile à appliquer, lorsque les agents de la paix sont incités à imposer davantage de sanctions administratives (p. ex. au moyen d'objectifs de rendement) et lorsqu'on prévoit des sanctions pénales en cas de non-respect (Shiner, 2015; Hughes et Ritter, 2008).

Il est possible de limiter l'élargissement du filet en **indiquant clairement** aux services policiers, comme au public, l'objet de la stratégie (c.-à-d. réduire le recours au système de justice pénale), ses exigences et les conséquences de son non-respect (Hunter, 2001; Shanahan, Hughes et McSweeney, 2016).



Il est nécessaire, pour la bonne mise en œuvre et le respect de la stratégie, de fournir des **directives claires** et de la **formation continue** aux services policiers (Belackova, Ritter, Shanahan et Hughes, 2017; Luckwell, 2017). En plus de favoriser une application uniforme, ces mesures peuvent réduire les risques de traitement inéquitable des groupes minoritaires, situation regrettable observée avec certains programmes de déjudiciarisation en Australie (Hughes et Ritter, 2008; Baker et Goh, 2004).

Une mise en œuvre réussie dépend également d'un examen attentif du **contexte législatif et réglementaire**. À titre d'exemple, la *Psychoactive Substance Act* (2013) de la Nouvelle-Zélande interdit d'office toute nouvelle substance psychoactive, mais permet aux producteurs et aux vendeurs de substances psychoactives légales de se faire accréditer par l'État s'ils démontrent que leurs produits ne présentent aucun risque important pour la santé. Toutefois, aucune substance n'a été approuvée à ce jour ni ne le sera selon toute vraisemblance, car ni les producteurs ni les vendeurs ne peuvent répondre aux exigences relatives aux essais préliminaires à la commercialisation depuis l'interdiction de l'expérimentation animal, aucune solution de rechange ne s'étant présentée depuis (New Zealand Psychoactive Substances Regulatory Authority, 2017).

Enfin, il y a lieu de faire jouer un rôle important aux **gens ayant un vécu de consommation**, sources d'expertise et de perspectives uniques, dans l'élaboration des politiques et des pratiques (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005; Belle-Isle et coll., 2016).

Lacunes dans les connaissances

Comme de nombreuses initiatives de décriminalisation n'ont pas fait l'objet d'une évaluation rigoureuse, nos connaissances de leurs répercussions sur les plans social, économique, sanitaire et pénal comportent plusieurs lacunes, dont certaines sont attribuables aux limites méthodologiques décrites ci-dessus.

Nos connaissances restent également fragmentaires pour ce qui est de la manière d'étendre ou d'appliquer à grande échelle des interventions restreintes et ciblées. Par exemple, le traitement à l'héroïne est réservé aux personnes présentant d'importants antécédents de consommation et pour qui les autres tentatives de traitement ont échoué, les centres d'injection supervisée sont restreints aux centres urbains et, jusqu'à récemment, la vérification de la drogue ne se faisait qu'à l'occasion et en contexte de vie nocturne. Il faut donc se pencher sur la façon dont ces interventions peuvent être adaptées à d'autres contextes, notamment en fonction de variables locales et nationales comme la géographie, la densité de population, la diversité culturelle et démographique, les tendances en matière de consommation, l'encadrement législatif, les politiques et les pratiques d'application de la loi et, surtout, les ressources communautaires, financières et administratives pouvant être consacrées à la mise en œuvre de ces interventions.

Options de changement

L'usage de substances est une question complexe qu'une simple modification d'ordre politique ou pratique ne saurait régler. Le présent exposé fait état d'une gamme d'approches qui ont été appliquées selon plusieurs modalités et dans plusieurs contextes. La mutation constante qui caractérise à la fois l'usage de substances et le marché de la drogue exige que l'on y réagisse rapidement, ainsi que de façon innovante et adaptée. Quel que soit le territoire, la meilleure solution ne peut se fonder que sur un examen contextuel approfondi, entre autres des ressources disponibles et de la préparation au changement des principaux intervenants et des décideurs. C'est à ces derniers qu'il revient d'établir s'il faut adapter les modèles actuels pour leur faire refléter leur situation et leurs objectifs respectifs.



La détermination des politiques et des pratiques appropriées commence par la fixation de leur but et la clarification de leurs objectifs. Ces étapes comportent la définition du problème à régler ainsi que des étapes à suivre pour y parvenir. À titre d'exemple, les Pays-Bas se sont donné, dans le cadre de leur approche de la décriminalisation, l'objectif d'opérer une scission entre le marché du cannabis et celui des drogues considérées comme plus nuisibles. Quant à elle, l'approche portugaise se fondait sur l'objectif de faire percevoir l'usage de drogue comme une question de santé plutôt que de droit criminel, dans le but de mieux faire face à la hausse des décès attribuables à la drogue et de la transmission de virus par le sang. Les interventions visant à réduire la transmission de virus par le sang seront axées sur le contexte et l'équipement propres à la consommation de drogue; celles visant à réduire les décès attribuables à la contamination ou à la puissance inconnue de substances seront axées sur la drogue elle-même, p. ex. en étendant un accès restreint à une source réglementée.

Il est primordial pour toute approche de santé publique que les interventions soient ancrées dans un continuum de prévention, de réduction des méfaits et de traitement fondé sur des données probantes. L'évaluation des approches de décriminalisation nécessite donc une collecte de données rigoureuse. On peut, par exemple, mesurer l'effet du contrôle de l'approvisionnement d'une drogue sur la contamination en recueillant des données sur les méfaits associés à cette dernière, notamment le taux d'intoxication ou de surdose. La collecte et l'analyse des données permettent l'ajustement des méthodes en cours de route, advenant l'émergence de données probantes ou de changements dans les facteurs externes, p. ex. les tendances de consommation.

Options législatives (de jure)

L'avenue de décriminalisation la plus draconienne qui soit envisagée au Canada est l'abrogation des sanctions criminelles que la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* assortit à certaines infractions liées à la drogue, notamment la possession. Cela suppose une intervention législative au fédéral, mais aussi au provincial, au territorial et au municipal en ce qui concerne les services policiers, les tribunaux et, potentiellement, d'autres services sociaux et de santé. Toutefois, les données indiquent que l'intervention législative n'est au final que l'un des piliers d'une approche exhaustive, dont la mise en œuvre nécessite temps et effort. Au Portugal, par exemple, on a lancé la prestation à grande échelle de services de prévention, de traitement et de réduction des méfaits, conformément à la stratégie nationale d'échec à la drogue, deux ans avant la décriminalisation.

De son côté, le gouvernement fédéral peut continuer d'étendre la portée des exemptions prévues à l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* en appui aux initiatives de réduction des méfaits. Qui plus est, ces exemptions lui permettent de réagir promptement aux priorités établies, car il lui est plus rapide de réglementer les exemptions relevant du ministre, aux termes l'article 56, que de les modifier par voie législative, ce qui suppose l'adoption d'un projet de loi par le Parlement.

Options informelles (de facto)

Les services policiers nationaux, provinciaux, territoriaux et municipaux ont le pouvoir d'émettre des lignes directrices et d'appliquer des programmes encourageant l'exercice de discrétion en vue d'éviter le recours au système pénal en matière d'infractions liées à la drogue. Ces solutions *de facto* s'appliquent plus rapidement que les solutions *de jure* et peuvent être adaptées au contexte local. Il est toutefois primordial d'accorder une attention particulière à la formation des agents de la paix, à l'administration des normes et à l'allocation de ressources afin d'éviter un cas d'élargissement de filet, d'assurer l'équité de la mise en œuvre et de répondre adéquatement aux besoins de la collectivité.



Mot de la fin

Les données montrent de plus en plus l'efficacité de diverses approches de décriminalisation pour compenser les méfaits associés tant à l'usage de substances qu'aux politiques et aux pratiques traditionnellement utilisées pour combattre ce phénomène, particulièrement les méfaits liés aux poursuites pénales pour possession simple. Il s'agit désormais de consolider les données probantes en évaluant davantage et rigoureusement les avenues de décriminalisation et en communiquant les données et les résultats issus de ces démarches aux analystes et aux responsables des politiques.

La décriminalisation ne saurait se résumer à un seul modèle ou à une seule approche. Il n'est d'ailleurs pas exclu de combiner plusieurs options en fonction des problèmes à régler, du contexte et des ressources disponibles. L'usage de substances est un sujet complexe qui touche tant à la santé et à la sécurité publiques qu'aux problèmes d'ordre socioéconomique : il nécessite une approche globale. Même s'il n'existe aucune solution parfaite ou immédiate, toute réforme en la matière devrait se fonder sur la reconnaissance de l'usage de substances comme une question de santé plutôt que de justice pénale.



Bibliographie

- Arredondo, J., S.A. Strathdee, J. Cepeda, D. Abramovitz, I. Artamonova, E. Clairgue, ... et L. Beletsky. « Measuring improvement in knowledge of drug policy reforms following a police education program in Tijuana, Mexico », *Harm Reduction Journal*, vol. 14, n° 72 (2017).
- Australian Institute of Health and Welfare. *Alcohol and other drug treatment and diversion from the Australian criminal justice system 2012–13 (Bulletin no. 125. Cat. no. AUS 186)*, Canberra (Australie), Australian Institute of Health and Welfare, 2014. Consulté sur le site : www.aihw.gov.au/getmedia/f5ee6d15-e51b-4960-ab5b-ba1346aaba61/17904.pdf.aspx?inline=true
- Baker, J. et D. Goh. *The Cannabis Cautioning Scheme three years on: an implementation and outcome evaluation*, Sydney (Australie), New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research, 2004. Consulté sur le site : www.bocsar.nsw.gov.au/Documents/r54.pdf
- Banta-Green, C.J., L. Beletsky, J.A. Schoeppe, P.O. Coffin et P.C. Kuszler. « Police officers' and paramedics' experiences with overdose and their knowledge and opinions of Washington State's drug overdose-naloxone-Good Samaritan law », *Journal of Urban Health*, vol. 90, n° 6 (2013), p. 1102– 1111. Consulté sur le site : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3853169/
- Barratt, M.J., M. Kowalski, L.J. Maier et A. Ritter. *Global review of drug checking services operating in 2017 (Drug Policy Modelling Program, Bulletin No. 24)*, Sydney (Australie), National Drug and Alcohol Research Centre, 2018. Consulté sur le site : ndarc.med.unsw.edu.au/resource/bulletin-no-24-global-review-drug-checking-services-operating-2017
- Belackova, V., A. Ritter, M. Shanahan et C.E. Hughes. « Assessing the concordance between illicit drug laws on the books and drug law enforcement: comparison of three states on the continuum from “decriminalised” to “punitive.” », *International Journal of Drug Policy*, vol. 41 (2017), p. 148–157.
- Belackova, V. et M. Stefunkova. « Interpreting the Czech drug decriminalization: the glass is half full – Response to Cerveny, J., Chomynova, P., Mravcik, V., & van Ours, J. C. (2017), Cannabis decriminalization and the age of onset of cannabis use », *International Journal of Drug Policy*, vol. 52 (2017), p. 102–105.
- Belle-Isle, L., B. Pauly, C. Benoit, B. Hall, K. Lacroix, S. LeBlanc, ... et G. Dupuis. *From one ally to another: practice guidelines to better include people who use drugs at your decision-making tables (CARBC Bulletin No. 14)*, Victoria (C.-B), Université de Victoria, 2016.
- Bewley-Taylor, D., M. Jelsma, S. Rolles et J. Walshe. *Cannabis regulation and the UN drug treaties: strategies for reform*, Coalition canadienne des politiques sur les drogues; Réseau juridique canadien VIH/sida; Global Drug Policy Observatory; Mexico uni contre le crime; International Centre on Human Rights and Drug Policy; Transnational Institute; Transform Drug Policy Foundation, 2016. Consulté sur le site : www.wola.org/wp-content/uploads/2016/08/Cannabis-Regulation-and-the-UN-Drug-Treaties_June-2016_web.pdf
- British Columbia Centre on Substance Use. *Drug checking reveals more than half of all substances on the street not what expected*, 2018. Consulté sur le site : www.bccsu.ca/news-release/drug-checking-reveals-more-than-half-of-all-substances-on-the-street-not-what-expected/?doing_wp_cron=1526768470.7442560195922851562500



- Brunt, T. *Drug-checking/pill-testing as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges*, Lisbonne (Portugal), Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2017.
- Christie, P. et R. Ali. « Offences under the Cannabis Expiation Notice scheme in South Australia », *Drug and Alcohol Review*, vol. 19, n° 3 (2000), p. 251–256.
- Collins, S.E., H.S. Lonczak et S.L. Clifasefi. *LEAD program evaluation: criminal justice and legal system utilization and associated costs*, Seattle (Wash.), Université de Washington, 2015. Consulté sur le site : www.lead-santafe.org/file/Cost-Report.pdf
- Daly, M. « VICE exclusive: these British police forces have stopped arresting drug users », VICE, 16 octobre 2016. Consulté sur le site : www.vice.com/en_ca/article/vdq7b9/drug-decriminalisation-in-uk-narcomania-heroin-crack
- Eastwood, N., E. Fox et A. Rosmarin. *A quiet revolution: drug decriminalization across the globe*, Londres (Royaume-Uni), Release, 2016. Consulté sur le site : www.release.org.uk/publications/drug-decriminalisation-2016
- Félix, S. et P. Portugal. « Drug decriminalization and the price of illicit drugs », *International Journal of Drug Policy*, vol. 39 (2017), p. 121–129.
- Ferri, M., M. Davoli et C.A. Perucci. « Programme de maintien à l'héroïne pour les héroïnomanes chroniques », *Base de données d'examen systématiques de Cochrane*, vol. 12 (2011), n° art. : CD003410. Consulté sur le site : <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003410.pub4/full>
- Gaddis, A., M.C. Kennedy, E. Nosova, M.J. Milloy, K. Hayashi, E. Wood et T. Kerr. « Use of on-site detoxification services co-located with a supervised injection facility », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 82 (2017), p. 1–6.
- Goncalves, R., A. Lourenco et S. Nogueira da Silva. « A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs », *International Journal of Drug Policy*, vol. 26 (2015), p. 199–209.
- Goulão, J. *Portuguese drug policy*. Présentation faite à l'occasion d'une discussion avec le Dr João Castel-Branco Goulão organisée par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa, 16 juin 2016.
- Harper, L., J. Powell et E.M. Pij. « An overview of forensic drug testing methods and their suitability for harm reduction point-of-care services », *Harm Reduction Journal*, vol. 14, n° 52 (2017).
- Home Office. *Drugs: international comparators*, Londres (Royaume-Uni), chez l'auteur, 2014. Consulté sur le site : www.gov.uk/government/publications/drugs-international-comparators
- Hughes, C. et A. Ritter. *A summary of diversion programs for drug and drug-related offenders in Australia (Drug Policy Modelling Program, Monograph No. 16)*, Sydney (Australie), National Drug and Alcohol Research Centre, 2008. Consulté sur le site : ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/16%20A%20summary%20of%20diversion%20programs.pdf
- Hughes, C., M. Shanahan, A. Ritter, D. McDonald et F. Gray-Weale. *Evaluation of Australian Capital Territory drug diversion programs (Drug Policy Modelling Program, Monograph No. 25)*, Sydney (Australie), National Drug and Alcohol Research Centre, 2014.



- Hughes, C.E. et A. Stephens. « What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? », *British Journal of Criminology*, vol. 50 (2010), p. 999–1022.
- Hunter, N. *Cannabis expiation notices (CENs) in South Australia, 1997 to 2000 (Information Bulletin No. 27)*, Adelaide (Australie), Office of Crime Statistics, 2001. Consulté sur le site : www.ocsar.sa.gov.au/docs/information_bulletins/ib27.pdf
- Kerr, T. et K. Tupper. *Drug checking as a harm reduction intervention: evidence review report*, 2017. Consulté sur le site : www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/12/Drug-Checking-Evidence-Review-Report.pdf
- Leece, P. *Résumé de preuves pertinentes : Les services de vérification des drogues comme intervention de réduction des méfaits*, Toronto (Ont.), Santé publique Ontario, 2017.
- Luckwell, J. *Drug education programme pilot: evaluation report*, Bristol (Royaume-Uni), Avon and Somerset Constabulary, 2017.
- Mackey, T.K., D. Werb, L. Beletsky, G. Rangel, J. Arredondo et S.A. Strathdee. « Mexico's "ley de narcomenudeo" drug police reform and the international drug control regime », *Harm Reduction Journal*, vol. 11, n° 31 (2014). Consulté sur le site : harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-11-31
- Martins, H.C. *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2015 [Documento No. 147]*, Lisbonne (Portugal), Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2016. Consulté sur le site : repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4101/3/Relat%C3%B3rio%20VIH_SIDA_2015.pdf.pdf
- May, T., M. Duffy, H. Warburton et M. Hough. *Policing cannabis as a Class C drug: a review of the impact of reclassification on the policing of cannabis possession*, York (Royaume-Uni), Joseph Rowntree Foundation, 2007. Consulté sur le site : www.jrf.org.uk/report/policing-cannabis-class-c-drug
- Milstead, M. (2012). *Ten years of the South Australian Police Drug Diversion Initiative*, Adelaide (Australie), Office of Crime Statistics and Research, 2012. Consulté sur le site : www.ocsar.sa.gov.au/docs/evaluation_reports/TenYears-PDDI.pdf
- Ministère de la Justice Canada. *Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie – Évaluation : rapport final*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015. Consulté sur le site : www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cp-pm/eval/rep-rap/2015/dtcfp-pfttt/dtcfp-pfttt.pdf
- Mravcik, V. « (De)criminalisation of possession of drugs for personal use: a view from the Czech Republic », *International Journal of Drug Policy*, vol. 26 (2015), p. 705–707.
- New Zealand Psychoactive Substances Regulatory Authority, 2017. Consulté sur le site : psychoactives.health.govt.nz/
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *The role of the quantity in the prosecution of drug offences [ELDD comparative study]*, Lisbonne, chez l'auteur, 2003. Consulté sur le site : www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5738_EN_Quantities.pdf
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Rapport annuel 2011 : état du phénomène de la drogue en Europe*, Lisbonne, chez l'auteur, 2011. Consulté sur le site : http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/969/EMCDDA_AR2011_FR.pdf
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Rapport européen sur les drogues 2017 : tendances et évolutions*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2017a.



Consulté sur le site :

<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001FRN.pdf>

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Netherlands country drug report 2017*, Lisbonne, chez l'auteur, 2017b. Consulté sur le site : www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/netherlands/eu-dashboard_en

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Salles de consommation de drogues: un aperçu de l'offre et des réalités. *Perspectives sur les drogues*, 2017c. Consulté sur le site : http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms_fr
Organisation mondiale de la Santé. *Mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins - Déclaration conjointe des Nations Unies*, 2017. Consulté sur le site : <http://www.who.int/fr/news-room/detail/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings>

Oviedo-Joekes, E., D. Guh, S. Brissette, K. Marchand, S. MacDonald, K. Lock, S. Harrison, ... et M.T. Schechter. « Hydromorphone compared with diacetylmorphine for long-term opioid dependence: a randomized clinical trial », *JAMA Psychiatry*, vol. 73, n° 5 (2016), p. 447-455.

Payne, J., M. Kwiatkowski et J. Wundersitz. *Police drug diversion: a study of criminal offending outcomes (Research and Public Policy Series No. 97)*, Canberra (Australie), Australian Institute of Criminology, 2008. Consulté sur le site : aic.gov.au/publications/rpp/rpp97

Réseau juridique canadien VIH/sida. « Rien à notre sujet sans nous » – *L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2005. Consulté sur le site : <http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/Greater+Involvement+-+Bklt+-+Drug+Policy+-+FRA.pdf>

Sage, C. et W. Michelow. *Drug checking at music festivals: a how-to guide*, Nelson (C.-B.), AIDS Network Kootenay Outreach and Support Society, 2016. Consulté sur le site : <http://michelow.ca/drug-checking-guide/>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Preventing the consequences of opioid overdose: understanding 911 Good Samaritan laws*, Center for the Application of Prevention Technologies, 2017. Consulté sur le site : www.samhsa.gov/capt/sites/default/files/resources/good-samaritan-law-tool.pdf

Santos, A.S. et O. Duarte. *Portugal new developments, trends: 2014 national report (2013 data) to the EMCDDA*, Lisbonne (Portugal), Reitox Focal Point, 2014. Consulté sur le site : www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/996/2014_NATIONAL_REPORT.pdf

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. *Decriminalisation: Portuguese legal framework applicable to the consumption of narcotics and psychotropic substances*, 2000. Consulté sur le site : www.sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/Decriminalisation_Legislation.pdf

Shanahan, M., C. Hughes et T. McSweeney. *Australian police diversion for cannabis offenses: assessing program outcomes and cost-effectiveness (Drug Policy Modelling Program, Monograph No. 66)*, Canberra (Australie), National Drug Law Enforcement Research Fund, 2016. Consulté sur le site : www.ndlerf.gov.au/sites/default/files/publication-documents/monographs/monograph-66.pdf



Shiner, M. « Drug policy reform and the reclassification of cannabis in England and Wales: a cautionary tale », *International Journal of Drug Policy*, vol. 26 (2015), p. 696–704.

Strang, J., T. Groshkova et N. Metrebian. « New heroin-assisted treatment: recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond », *EMCDDA Insights*, vol. 11, Lisbonne (Portugal), Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2012. Consulté sur le site :

www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin_Insight_335259.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime Statistics Online. Consulté sur le site : data.unodc.org/

