

Le contrôle de l'offre

INTRODUCTION

Nous examinons dans la présente section les mesures juridiques de contrôle de la production et de la distribution des psychotropes, aux fins licites ou illicites. Nous étudierons dans une autre section les contrôles juridiques applicables à l'usager, y compris le recours à la loi pour punir la possession non autorisée de drogues à d'autres fins que la distribution. Bon nombre, considérant le délit de simple possession comme un aspect particulier du contrôle de l'offre, trouvent artificielle la distinction entre ce contrôle et la surveillance de l'usager. Depuis quelques années cependant on a tendance à distinguer distribution et usage, sur le plan de l'orientation. On fait valoir que l'offre et la demande sont étroitement liées et qu'il faut les régir toutes deux pour lutter efficacement contre la drogue, mais qu'il y a probablement lieu d'appliquer à l'usager, surtout s'il est toxicomane, d'autres mesures qu'au trafiquant. Ce nouvel état d'esprit se reflète dans les dispositions des conventions internationales en faveur de mesures non pénales, tout aussi obligatoires, pour le traitement, la formation et le relèvement des victimes de la drogue. C'est pourquoi il paraît plus commode d'étudier séparément les mesures de contrôle applicables à l'offre et celles concernant l'usager.

Au Canada, le contrôle des stupéfiants s'exerce dans un cadre international. Il s'inspire dans une certaine mesure des ententes à cet échelon, mais il est aussi affaire de collaboration entre divers organismes gouvernementaux. De plus le concert des nations, quant au contrôle des drogues, influence la politique de chaque pays. Cela va de soi puisque le commerce licite et illicite de la drogue est international et que l'attitude de chaque pays peut avoir des répercussions dans les autres. Il n'est guère possible d'exercer quelque contrôle sans le concours des autres pays, étant donné la dispersion des sources d'approvisionnement, la multiplicité des routes de distribution et le caractère « perméable » des frontières.

L'usage de la drogue est un phénomène mondial. Il varie d'un pays à un autre quant aux modalités, au choix des drogues, au cadre socio-écono-

mique ; le problème en soi ne peut être circonscrit à des frontières nationales. Les drogues consommées dans un pays viennent souvent d'un autre. Les usagers voyagent de pays en pays, contribuant à la diffusion de telles drogues où ils passent. C'est dire que non seulement la production et la distribution des drogues sont mondiales, mais que les consommateurs sont d'une grande mobilité. Le problème ne peut être résolu que par la collaboration internationale.

Les États qui refusent de réprimer la production illicite de drogues dans leurs frontières peuvent rendre à peu près impossible aux autres la lutte contre l'organisation d'approvisionnements considérables sur leur propre territoire. Dans les pays à forte surproduction de psychotropes pour usage thérapeutique, il peut se produire des fuites vers les marchés étrangers de drogue. En refusant son concours à l'application des lois, un pays peut offrir aux contrevenants la possibilité d'échapper aux contrôles. Il convient donc que nous commençons notre étude par le système international de contrôle.

LE SYSTÈME INTERNATIONAL DE CONTRÔLE

LES ORGANISMES INTERNATIONAUX

Le Conseil économique et social des Nations unies est chargé d'élaborer la politique internationale de contrôle des stupéfiants et d'en surveiller l'application. Il reçoit périodiquement des directives ou des demandes en matière de politique à suivre, de la part de l'Assemblée générale, qui approuve ses décisions et recommandations. Quatre organismes en particulier l'aident à s'acquitter de sa tâche : la Commission des stupéfiants, l'Organisation mondiale de la santé, l'Organe international de contrôle des stupéfiants et la Division des stupéfiants du secrétariat des Nations unies.

La Commission des stupéfiants formule des recommandations au Conseil, au secrétaire général et aux gouvernements. Elle présente des rapports et des projets de résolution au Conseil et décide de sa propre activité ainsi que des mesures à proposer aux gouvernements. Parmi ses tâches les plus importantes, citons l'élaboration et la mise en œuvre des conventions internationales de contrôle, notamment de la *Convention unique sur les stupéfiants de 1961*¹ et de la *Convention sur les substances psychotropes, 1971*². La Commission est composée de trente États parmi les importants producteurs ou fabricants de drogues et ceux où la toxicomanie ou le trafic illicite posent un problème grave. Le Canada en est membre depuis ses débuts.

L'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) est tenue par les conventions internationales de fournir à la Commission des stupéfiants une appréciation médicale et scientifique des médicaments, et de lui présenter des recommandations quant aux mesures de contrôle à appliquer, le cas échéant. Ces études techniques et ces recommandations de l'O.M.S. incombent à son

comité d'experts de la pharmacodépendance. Ce comité, ainsi que d'autres créés au besoin par l'O.M.S., publient des rapports sur le contrôle des médicaments.

En vertu de la *Convention unique*, l'Organe international de contrôle des stupéfiants surveille la mise en œuvre du système des évaluations annuelles des besoins en stupéfiants à des fins médicales et scientifiques et des rapports statistiques annuels sur les quantités acquises et consommées. Il est chargé de surveiller les quantités en circulation à des fins agréées, d'étudier l'efficacité des mesures prises par les divers pays en vue de supprimer le trafic illicite, et de prendre note de tout manquement, de la part d'un État membre, aux mesures de contrôle prévues dans la Convention, et d'y apporter remède. Si l'Organe est fondé à croire que les buts de la Convention sont sérieusement compromis par un pays qui n'exécute pas les dispositions de la Convention, ou qu'un pays risque de devenir un important centre de production, de distribution ou de consommation illicite, il peut faire enquête et demander au pays intéressé d'adopter des mesures de correction. Si le pays ne donne pas suite à cette intervention, l'Organe peut attirer l'attention du Conseil, de la Commission et de l'Assemblée générale sur la question. Au besoin, il peut recommander l'embargo sur tout commerce de stupéfiants avec le pays en faute. L'Organe a des fonctions et des pouvoirs semblables en vertu de la *Convention sur les substances psychotropes, 1971*, mais il existe d'importantes différences entre la portée des mesures de contrôle des deux conventions.

La Division des stupéfiants, qui relève du Secrétariat des Nations unies, collabore avec les autres organismes à l'élaboration et à la mise en œuvre des mesures de contrôle. Elle établit la documentation et exerce diverses fonctions d'enquête, d'information et de consultation.

LES ENTENTES INTERNATIONALES

La Convention unique sur les stupéfiants de 1961, à laquelle le Canada est Partie, s'applique aux stupéfiants opiacés, y compris l'opium, l'héroïne, la morphine, la codéine, la péthidine (mépéridine), la méthadone et la cocaïne ainsi qu'au cannabis et à sa résine (marijuana et haschisch) et aux extraits et à la teinture de cannabis. Elle ne s'applique pas aux T.H.C. qui relèvent de la *Convention sur les substances psychotropes, 1971*.

La Convention unique a pour but de restreindre l'usage des stupéfiants à des fins médicales et scientifiques. Dans le préambule, les Parties reconnaissent que « l'usage médical des stupéfiants demeure indispensable pour soulager la douleur et que les mesures voulues doivent être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à cette fin », et, d'autre part, que « la toxicomanie est un fléau pour l'individu et constitue un danger économique et social pour l'humanité ».

La Convention propose aux États membres un système général de contrôle visant à limiter la production des stupéfiants aux besoins raisonnables des membres dans les domaines médicaux et scientifiques, à en contrôler l'usage à ces fins et à empêcher les fuites vers le marché noir.

La Convention prévoit un régime de licence pour la fabrication, l'importation, l'exportation et la distribution intérieure des stupéfiants ; elle stipule que ceux-ci ne seront dispensés aux particuliers que sur ordonnance. Elle porte aussi que les fabricants et les distributeurs tiendront des registres de leurs transactions qui pourront être vérifiés par les autorités gouvernementales.

Comme nous l'avons déjà vu, le régime comporte une estimation annuelle des besoins en stupéfiants aux fins agréées. Lorsqu'une Partie néglige de présenter son estimation, l'Organe international de contrôle des stupéfiants peut l'établir pour elle. Les Parties sont obligées de s'en tenir à leur estimation, et leur activité à cet égard est vérifiée au moyen de rapports annuels sur les quantités acquises et consommées. Les modifications à la *Convention unique* adoptées en mars 1972³ ont resserré les contrôles de la culture du pavot et de la production d'opium à des fins licites.

Les stupéfiants visés par la *Convention unique* sont répartis en 4 tableaux. Le plus important est le tableau I qui comprend les principaux stupéfiants opiacés naturels et synthétiques, la cocaïne et le cannabis. Ceux des tableaux II et III, dont certains opiacés naturels et synthétiques moins puissants, tels que la codéine et la propoxyphène, sont soumis à des contrôles un peu moins sévères. Le tableau IV renferme des stupéfiants qui figurent également au tableau I, tels le cannabis et l'héroïne, mais à l'égard desquels les Parties sont invitées à appliquer des mesures plus rigoureuses, notamment à en restreindre l'usage à la recherche médicale ou scientifique. À la suite d'une recommandation de l'Organisation mondiale de la santé approuvée par la Commission des stupéfiants en 1954, la plupart des États ont consenti à interdire la fabrication et l'importation de l'héroïne à des fins médicales. La décision du Canada de ne pas accorder de licence de fabrication ou d'importation d'héroïne est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1955.* Seules quelques Parties à la *Convention unique*, dont la Grande-Bretagne, permettent l'usage de l'héroïne à des fins médicales.

La Commission des stupéfiants, sur la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé, peut inscrire des stupéfiants à un tableau, les en rayer ou les transférer d'un tableau à un autre. Ses décisions peuvent être révisées par le Conseil économique et social à la demande de toute Partie.

Dans ses rapports annuels, le Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'Organisation mondiale de la santé a tenté de préciser les principes dont il s'inspire pour proposer des mesures de contrôle. Dans son seizième

*Débats de la Chambre des communes du Canada, 1^{er} juin 1954, p. 5626.

rapport, il a adopté pour le terme *abus* la définition suivante : *usage excessif, persistant ou sporadique, incompatible ou sans rapport avec un emploi médical acceptable*, et, pour *pharmaco-dépendance* : *état psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation*⁴. Dans ce rapport, le Comité a établi les critères de la nécessité d'un contrôle dans les termes suivants :

Pour qu'on puisse considérer qu'un médicament a besoin d'être contrôlé, il faut que l'une au moins des deux conditions suivantes soit réalisée :

1) on sait que l'usage abusif de la substance n'est pas seulement sporadique ou localisé, que ses effets ne concernent pas seulement l'utilisateur, que son mode de propagation implique une communication entre le drogué actuel et des consommateurs potentiels et que la substance en cause commence à faire l'objet d'un trafic illicite ;

2) on prévoit l'utilisation de la substance en médecine et les données expérimentales indiquent qu'elle comporte un risque important de dépendance psychique ou physique ; la drogue est ou pourrait être commercialisée.

Si aucune de ces conditions n'est remplie, il n'est pas nécessaire d'envisager le contrôle (p. 11).

La *Convention unique* fait obligation aux Parties d'adopter les mesures nécessaires pour que la culture et la production, la fabrication, l'extraction, la préparation, la détention, l'offre, la mise en vente, la distribution, l'achat, la vente, la livraison à quelque titre que ce soit, le courtage, l'envoi, l'expédition en transit, le transport, l'importation et l'exportation de stupéfiants, s'ils ne sont contraires à ses dispositions et intentionnels, constituent des infractions punissables. Les infractions graves doivent faire l'objet d'un châtiment notamment de peines de prison ou d'autres peines privatives de liberté⁵.

La *Convention sur les substances psychotropes, 1971* s'applique aux stupéfiants non visés par la *Convention unique*. Ils sont répartis en quatre tableaux. Le tableau I renferme les hallucinogènes : DET, DMHP, DMT, L.S.D., mescaline, parahexyl (pyrahexyl ou synhexyl), psilocine (ou psilocin), psilocybine, S.T.P., DOM et T.H.C. et tous les isomères. Au tableau II figurent les amphétamines et certaines substances à effets analogues : amphétamines, dexamphétamine (dextroamphétamine), métamphétamine, méthylphénidate et phénumétrazine. On y trouve aussi la phéncyclidine (P.C.P.) qui n'est pas un stimulant et n'a aucune utilité médicale chez l'homme ; elle a été donnée d'abord comme anesthésique et ne sert plus qu'en médecine vétérinaire. La P.C.P. forme couramment une composition avec le L.S.D. et se vend souvent pour de la mescaline ou des T.H.C. sur le marché illicite au Canada. Il conviendrait de l'inscrire au tableau I, du point de vue pharmacologique. Le tableau III comprend les barbituriques à action fugace : amobarbital, cyclobarbital, pentobarbital et sécobarbital. On

y trouve aussi la glutéthimide qui est un hypnotique usuel. Au tableau IV figurent les barbituriques à action durable, les sédatifs hypnotiques non barbituriques, les tranquillisants mineurs et les anorexiques stimulants : amfepramone (diéthylpropione), barbital, éthchlorvynol, éthinamate, méprobamate, méthaqualone, méthylphénobarbital, méthyprylon, pipradol et SPA. Notons que le tableau IV ne comprend ni le chlordiazépoxyde (Librium) ni le diazépam (Valium), les deux tranquillisants mineurs les plus en usage. Ils avaient été d'abord inscrits dans le projet de protocole, mais en ont été rayés par suite de vives protestations de plusieurs États.

Un psychotrope peut être assujéti à des mesures de contrôle en vertu d'un des tableaux de la Convention, si l'Organisation mondiale de la santé constate :

- a) que ladite substance peut provoquer
 - (i) (1) un état de dépendance, et
 - (2) une stimulation ou une dépression du système nerveux central donnant lieu à des hallucinations ou à des troubles de la fonction motrice ou du jugement ou du comportement ou de la perception ou de l'humeur, ou
 - (ii) des abus et des effets nocifs comparables à ceux d'une substance des tableaux I, II, III ou IV, et
- b) qu'il existe des raisons suffisantes de croire que la substance donne ou risque de donner lieu à des abus tels qu'elle constitue un problème de santé publique et un problème social justifiant qu'elle soit placée sous contrôle international...⁶

Dans ce cas, l'O.M.S. doit communiquer à la Commission « une évaluation de cette substance, ou elle indiquera notamment la mesure dans laquelle la substance donne ou risque de donner lieu à des abus, le degré de gravité du problème de santé publique et du problème social et le degré d'utilité de la substance en thérapeutique, ainsi que des recommandations sur les mesures éventuelles de contrôle auxquelles il serait opportun de l'assujéti à la lumière de cette évaluation ».

D'après la *Convention unique*, la Commission des stupéfiants est tenue d'accepter ou de rejeter la recommandation de l'O.M.S. quant aux mesures de contrôle appropriées, mais en vertu de la *Convention sur les substances psychotropes* elle est libre d'adopter des mesures différentes. La Convention stipule à ce sujet :

Tenant compte de la communication de l'Organisation mondiale de la santé, dont les évaluations seront déterminantes en matière médicale et scientifique, et prenant en considération les facteurs d'ordre économique, social, juridique, administratif et tous autres facteurs qu'elle pourra juger pertinents, la Commission pourra ajouter ladite substance aux tableaux I, II, III ou IV. Elle pourra demander des renseignements complémentaires à l'Organisation mondiale de la santé ou à d'autres sources appropriées⁷.

S'il s'agit d'une substance déjà inscrite à un tableau, la Commission, à la lumière de l'avis exprimé par l'O.M.S. et compte tenu des éléments ci-dessus, peut transférer la substance d'un tableau à un autre ou la rayer tout simplement.

Comme pour la *Convention unique*, l'inscription aux tableaux par la Commission des stupéfiants sous le régime de la *Convention sur les substances psychotropes* est soumise au Conseil économique et social. Il est prévu en outre qu'une Partie peut être dispensée de certaines obligations créées par décision de la Commission si elle est incapable de les remplir. Alors, la Partie doit appliquer toutefois certains contrôles minimums.

Les mesures de contrôle envisagées dans la *Convention sur les substances psychotropes* sont semblables à celles de la *Convention unique* : licences de fabrication et de distribution, permis d'importation et d'exportation, ordonnances, tenue de registres, précautions contre le vol et les fuites, inspection et rapports annuels. Différence importante entre les deux conventions, celle qui porte sur les psychotropes ne prévoit pas d'estimation annuelle des besoins.

En vertu de cette convention, la rigueur des mesures de contrôle varie selon les tableaux. Les plus sévères portent sur les hallucinogènes du tableau I. Les Parties sont tenues d'en « interdire toute utilisation, sauf à des fins scientifiques ou à des fins médicales très limitées, par des personnes dûment autorisées qui travaillent dans des établissements médicaux ou scientifiques relevant directement de leurs gouvernements ou expressément autorisés par eux »⁸. La Convention exige des mesures de contrôle particulièrement sévères quant à la fabrication, la distribution et la détention à ces fins.

Les Parties sont tenues de limiter la fabrication, la distribution et l'usage des substances des tableaux II, III et IV à des fins médicales et scientifiques. Les stupéfiants de ces tableaux, contrairement à ceux du tableau I, peuvent être mis en circulation à des fins médicales, mais dans la plupart des cas, sous réserve de l'ordonnance. La fabrication, l'importation, l'exportation et la distribution doivent être assujettis à une licence ou à des contrôles analogues. L'importation et l'exportation des substances du tableau I doivent être réservées à des organismes gouvernementaux. De plus, il doit y avoir échange préalable d'autorisation entre les gouvernements des pays exportateur et importateur à l'égard des substances des tableaux I et II. Cette stipulation est la même que pour la *Convention unique* mais elle est plus sévère que dans le cas des substances du tableau III. Il suffit, quant à ces dernières, que le gouvernement du pays exportateur expédie aux autorités du pays importateur une copie de la déclaration de l'exportateur dans les 90 jours de l'expédition. Il n'y a de condition spéciale ni à l'importation ni à l'exportation des substances du tableau IV. Une Partie à la Convention peut cependant donner notification aux autres, par l'intermédiaire du Secrétaire général, qu'elle interdit l'importation de l'une ou plusieurs des substances des tableaux II, III et IV (elle a un contrôle direct sur l'importation des substances du tableau I). Une Partie, lorsqu'elle a reçu telle notification, doit s'assurer

qu'aucune substance y mentionnée n'est exportée dans le pays intéressé. Ce souci de collaboration internationale en matière d'importation a été l'un des principaux motifs de l'élaboration de la *Convention sur les substances psychotropes*.

La Convention oblige fabricants, importateurs, exportateurs et distributeurs en gros à tenir un registre des médicaments qu'ils achètent, gardent en stock et écoulent. Les pharmaciens, les hôpitaux et les établissements scientifiques doivent aussi tenir des registres détaillés des substances du tableau II (en particulier, des amphétamines et médicaments à propriétés semblables) qu'ils achètent et écoulent. Quant aux substances du tableau III (barbituriques à action fugace et médicaments à propriétés semblables), les Parties sont uniquement tenues de veiller à ce que les renseignements relatifs aux acquisitions et aux cessions par ces personnes et établissements soient faciles à obtenir. Quant aux substances du tableau IV (divers sédatifs et stimulants) les fabricants, les importateurs et les exportateurs doivent simplement tenir des registres des quantités fabriquées, importées et exportées.

Les Parties sont tenues de présenter à l'Organe international de contrôle des stupéfiants un rapport annuel des quantités fabriquées, exportées, importées et gardées en stock par les fabricants pour les substances des tableaux I et II ainsi que des quantités fabriquées, exportées et importées, pour les substances des tableaux III et IV.

Les Parties sont en outre tenues de soumettre à un système d'inspection applicable aux fabricants, exportateurs, importateurs et distributeurs de psychotropes en gros et au détail, ainsi qu'hôpitaux et établissements scientifiques qui utilisent ces substances, et de veiller à ce que les précautions contre le vol ou contre les fuites soient suffisantes.

La *Convention sur les substances psychotropes* semble laisser plus de latitude, la distribution, les stocks, le commerce, l'emploi et la détention de très sévères applicables aux substances du tableau I. Sous réserve de ces contrôles, chaque Partie est tenue d'une manière générale de « limiter, par les mesures qu'elle jugera appropriées, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, les stocks, le commerce, l'emploi et la détention de substances des tableaux II, III et IV aux fins médicales et scientifiques »⁹. La nécessité de l'ordonnance dans le cas des substances des tableaux III et IV est relativement souple. Enfin, l'article 22 de la Convention qui traite des dispositions pénales ne spécifie pas quels actes doivent être décrétés infractions punissables, à l'opposé de l'article 36 de la *Convention unique*. Il vise plutôt en termes généraux tout acte contraire à une loi ou à un règlement que les Parties jugent à propos d'adopter en exécution des obligations découlant de la Convention. Cela laisse plus de latitude quant au choix des actes à déclarer infractions punissables. Voici le texte du paragraphe 1. a) de l'article 22 :

Sous réserve de ses dispositions constitutionnelles, chaque Partie considérera comme une infraction punissable tout acte commis intentionnellement qui contrevient à une loi ou à un règlement adopté en exécution de ses obliga-

tions découlant de la présente Convention et prendra les mesures nécessaires pour que les infractions graves soient dûment sanctionnées, par exemple par une peine d'emprisonnement ou une autre peine privatrice de liberté.

Nous examinerons à la Section VII du présent rapport, intitulée *Mesures de contrôle applicables à l'usager*, le paragraphe 1. b) de l'article 22 qui prévoit des mesures non pénales de contrôle.

MESURES LÉGISLATIVES ET ADMINISTRATIVES DE CONTRÔLE AU CANADA

LA LOI SUR LES STUPÉFIANTS

Au Canada, les mesures de contrôle prévues par la *Convention unique sur les stupéfiants* de 1961 sont contenues principalement dans la *Loi sur les stupéfiants* et le *Règlement sur les stupéfiants* édicté en vertu de la loi. La loi s'applique aux stupéfiants opiacés, y compris l'héroïne, la cocaïne et au cannabis sous toutes ses formes*.

La loi est conçue selon les normes traditionnelles du droit pénal anglais et consiste en interdictions, peines et mesures d'application. Elle interdit l'importation et l'exportation, le trafic, la possession en vue du trafic, la simple possession et la culture des stupéfiants, sauf autorisation. Le Règlement définit les actes permis quant aux substances visées par la Loi. Il établit un régime de contrôle de la distribution et de l'usage à des fins médicales ou scientifiques. Ce contrôle comporte licences, ordonnances, registres, précautions contre la perte ou le vol, inspection et vérification.

*Distributeurs autorisés*¹¹. — Il faut une licence du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social pour fabriquer ou distribuer des stupéfiants et un permis pour en importer ou en exporter ; ce permis ne s'applique qu'à l'opération particulière pour laquelle il est délivré. Un distributeur autorisé ne peut fournir de stupéfiants qu'à un autre distributeur autorisé, à un pharmacien, à un praticien (médecin, dentiste ou vétérinaire), à un hôpital ou à une autre personne autorisée par la Loi ou le Règlement à cette fin. Il ne peut fournir le stupéfiant que sur réception d'une commande écrite dûment signée, et il doit vérifier la signature si la personne lui est inconnue. Il doit tenir un état détaillé des substances dont il fait légitimement le trafic, avec mention de la désignation, de la quantité, de l'origine et de la destination. Les locaux du distributeur autorisé, ses procédés de fabrication, ses modes de stockage, les titres de compétence de son personnel technique, ses stocks et ses registres peuvent faire l'objet d'un examen par les inspecteurs du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Tout distributeur autorisé doit conserver des registres détaillés et complets, sous une forme vérifiable, au moins deux ans, et il doit fournir au ministère tous les renseignements

*Voir la note sur la P.C.P., page 76.

que celui-ci peut exiger. Il doit avertir sans délai le ministre de tout changement relatif à son personnel technique, à ses lieux de fabrication et d'entreposage et aux modes ou conditions de fabrication et d'entreposage. Il doit prendre, pour tout stupéfiant en sa possession, les précautions contre la perte ou le vol que peut exiger le ministre et signaler à celui-ci tout vol et toute perte dix jours au plus après en avoir fait la découverte.

*Pharmaciens.*¹² — Les pharmaciens doivent tenir des registres complets des stupéfiants qu'ils reçoivent, avec désignation, quantité, date de la réception, nom et adresse de l'expéditeur. Il est interdit à tout pharmacien de fournir un stupéfiant sous une prescription d'un praticien. D'une manière générale, l'ordonnance doit être écrite et signée par le praticien, mais certains stupéfiants peuvent être donnés sur ordonnance orale. (Certaines préparations contenant du phosphate de codéine peuvent être vendues sans ordonnance.) Le pharmacien doit vérifier la signature du praticien dont émane l'ordonnance s'il ne la connaît pas. Si l'ordonnance est donnée verbalement, il est tenu de prendre des précautions raisonnables pour s'assurer que l'auteur est praticien. Il lui est interdit de donner un stupéfiant plus d'une fois en vertu de la même ordonnance. Les pharmaciens doivent tenir un registre détaillé des ordonnances écrites ou verbales qu'ils exécutent et expédier périodiquement ces renseignements au ministère. Les registres des transactions relatives aux stupéfiants doivent être conservés au moins deux ans et mis en tout temps à la disposition des inspecteurs du ministère. Tout comme les distributeurs autorisés, les pharmaciens doivent prendre certaines précautions contre la perte ou le vol de stupéfiants, et le cas échéant, les signaler dans les dix jours consécutifs à leur constatation.

Praticiens. — Un praticien ne peut prescrire, administrer, donner, vendre ou fournir un stupéfiant à une personne ou à un animal que s'il les soigne et que si le stupéfiant est nécessaire à leur traitement¹³. Dans toute poursuite pour manquement à ce règlement, le fardeau de la preuve incombe au praticien. Peu de poursuites ont été intentées ces dernières années ; le ministère a généralement recours aux mesures administratives ci-après. Dans certains cas, les praticiens doivent tenir un registre des stupéfiants qu'ils fournissent à des fins d'auto-administration. Ils doivent également communiquer au ministère les renseignements que celui-ci peut leur demander, à l'occasion, sur les stupéfiants qu'ils ont eus en leur possession ou qu'ils ont prescrits ou administrés. Ils doivent conserver au moins deux ans les registres qu'ils doivent tenir et les mettre en tout temps à la disposition des inspecteurs du ministère. Tout comme les distributeurs autorisés et les pharmaciens, les praticiens doivent protéger les stupéfiants en leur possession contre la perte et le vol et signaler ces derniers au ministère, le cas échéant, dans les dix jours de leur découverte.

*Hôpitaux*¹⁴. — Les hôpitaux doivent tenir des registres des stupéfiants qu'ils reçoivent et qu'ils administrent, les conserver deux ans et les mettre à la disposition des inspecteurs du ministère. Ils sont tenus de prendre des précautions contre la perte et le vol des stupéfiants et de les signaler au

ministère, le cas échéant, dans les dix jours de leur découverte. Dans un hôpital, les stupéfiants ne peuvent être administrés qu'aux personnes recevant des traitements comme malades hospitalisés ou ambulatoires et sur prescription écrite d'un praticien.

Règlement spécial sur la méthadone. — Cette mesure est exposée à l'Appendice G.1, *Le programme de contrôle de la méthadone du gouvernement canadien*, et étudiée à la section IX. En résumé, le médecin doit détenir une autorisation spéciale du ministre pour prescrire ou administrer de la méthadone. Distributeurs autorisés, pharmaciens et hôpitaux ne peuvent fournir de la méthadone que sur prescription d'un médecin autorisé.

Mesures administratives applicables aux praticiens et pharmaciens en cas de manquement au Règlement. — Le Parlement du Canada peut contrôler l'offre des stupéfiants, et ainsi la possibilité pour les médecins et les autres d'en faire usage, en vertu de sa compétence en matière de droit pénal et, dans une certaine mesure, en matière de réglementation du commerce ; mais le pouvoir général de réglementer la pratique de la médecine et de la pharmacie et de créer et de réglementer des hôpitaux appartient aux provinces. Cette réglementation s'effectue par les corporations régissant ces professions dans les provinces. Ainsi, un contrôle global des médecins et pharmaciens en ce qui a trait à la distribution des stupéfiants exige le concours des provinces en plus de l'intervention fédérale. Lorsque les autorités fédérales estiment que des praticiens ou pharmaciens sont coupables d'abus dans la distribution, la prescription ou l'administration de stupéfiants, elles peuvent, après enquête et consultation avec les autorités provinciales qui délivrent les licences, imposer des conditions au droit d'acheter de ces substances¹⁵. Les autorités provinciales peuvent prendre les mesures qu'elles jugent indiquées, après avoir reçu les renseignements des autorités fédérales.

*Autorisations à des fins de recherche, d'identification et d'analyse*¹⁶. — Le ministère peut autoriser l'achat, la possession et l'administration des stupéfiants à des fins scientifiques. Ses méthodes et pratiques relatives à l'approbation des projets de recherche sont examinées à la section XII, intitulée *Recherche et information*. Fait à retenir ici, la recherche scientifique sur les stupéfiants est laissée à la discrétion du ministère compétent. Celui-ci peut également autoriser la possession de stupéfiants à des fins d'identification et d'analyse. Le règlement permet de remettre un stupéfiant à un médecin ou à son agent pour livraison au ministre ou à son agent ou à un laboratoire d'analyse approuvé par lui. (Ce droit se limitait auparavant à la victime de la drogue traitée par le médecin auquel la drogue était remise). Il sera question des laboratoires d'identification et d'analyse de drogues à la section XII.

*Personnes autorisées à détenir des stupéfiants*¹⁷. — Les personnes et établissements ci-après sont autorisés à détenir des stupéfiants pourvu qu'ils se les soient procurés en conformité du Règlement : distributeurs autorisés, pharmaciens, praticiens, hôpitaux, personnes autorisées à des fins de recherche, d'identification ou d'analyse, inspecteurs, agents de police et membres du

personnel technique ou scientifique d'un ministère provincial ou fédéral ou d'une université, lorsque ces stupéfiants sont nécessaires dans leur emploi ; et, pour leur propre usage, les personnes qui se sont approvisionnées auprès d'un médecin ou d'un pharmacien.

«*Ordonnances multiples*»¹⁸. — Il est interdit à quiconque s'est fait remettre une ordonnance ou un stupéfiant de chercher à s'en procurer d'autres auprès d'un autre médecin sans lui révéler dans le détail toutes les ordonnances et tous les stupéfiants obtenus au cours des trente jours précédents. Ce règlement vise à mettre fin à la pratique des consultations simultanées ou des ordonnances multiples.

*Peine pour infraction au Règlement sur les stupéfiants*¹⁹. — Toute infraction à ce règlement est punissable sur déclaration sommaire de culpabilité d'une amende d'au plus cinq cents dollars ou d'un emprisonnement d'au plus six mois ou de l'amende et de l'emprisonnement.

Les interdictions dans la Loi sur les stupéfiants. — Le Canada s'étant engagé en vertu de la *Convention unique* à ériger en infractions punissables certains actes relatifs à la production et à la distribution des stupéfiants, la *Loi sur les stupéfiants* interdit l'importation, l'exportation, le trafic, la possession à des fins de trafic et la culture du pavot à opium, sauf autorisation. Importer ou exporter un stupéfiant constitue un acte punissable de l'emprisonnement à perpétuité ou pour au moins 7 ans²⁰. Le trafic et la possession en vue du trafic sont punissables de l'emprisonnement à perpétuité²¹. La culture du pavot somnifère, sauf autorisation, est punissable d'un emprisonnement d'au plus sept ans²². La loi prévoit aussi des amendes non déterminées pour tous ces délits²³. On trouvera à l'Appendice F. 3 d'autres indications sur les lois qui s'appliquent à ces délits.

LA LOI DES ALIMENTS ET DROGUES

Au Canada, les mesures de contrôle de l'offre prévues par la *Convention sur les substances psychotropes, 1971* sont énoncées pour la plupart dans la *Loi des aliments et drogues*²⁴ et dans les *Règlements des aliments et drogues*.

À quelques exceptions près, les hallucinogènes puissants du tableau I de la Convention sont régis, sous la désignation de «drogues d'usage restreint», par les articles de la Partie IV de la *Loi des aliments et drogues* et la Partie J des *Règlements des aliments et drogues*. Sont inscrites à l'Annexe H dite J auparavant, les drogues d'usage restreint suivantes : L.S.D., DET, DMT, MDA, MMDA, L.B.J., harmaline, harmalol, S.T.P. (DOM) et divers autres formes de diméthoxyamphétamines.

Les stupéfiants inscrits aux tableaux des diverses conventions internationales et aux annexes des lois canadiennes ne correspondent pas exactement. Les T.H.C. et leurs isomères sont inscrits au tableau I de la *Convention sur les substances psychotropes, 1971*, tandis que le cannabis et la résine

de cannabis relèvent de la *Convention unique sur les stupéfiants de 1961*. Au Canada, ces trois formes de cannabis tombent présentement sous le régime de la *Loi sur les stupéfiants*. Les drogues communes au tableau I de la *Convention sur les substances psychotropes* et à l'Annexe H de la *Loi des aliments et drogues* sont le L.S.D., le DET, le DMT et le S.T.P. (DOM). Différence à noter, la mescaline figure à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues* à laquelle s'applique un régime de contrôle moins sévère que celui des drogues d'usage restreint de l'Annexe H ; la psylocybine n'est inscrite à aucun tableau canadien.

En vertu de la loi et des règlements, on ne peut se procurer de drogues d'usage restreint pour usage médical général. Les règlements permettent cependant la distribution et la possession de ces drogues pour les recherches d'enquêtes cliniques ou en laboratoire. On y trouve les mêmes dispositions que pour les stupéfiants quant à la possession de drogues d'usage restreint à des fins d'identification et d'analyse²⁵.

On applique en somme les mêmes contrôles aux drogues d'usage restreint qu'aux stupéfiants, pour les fins ci-dessus. Et à ces fins, les distributeurs peuvent se procurer une licence, pour la fabrication et la distribution²⁶. (Présentement, le seul distributeur licencié fait partie de l'administration publique). Les distributeurs autorisés par le ministre peuvent vendre des drogues d'usage restreint aux hôpitaux et aux établissements de recherche à des fins d'enquêtes cliniques et expérimentales. Ces établissements doivent tenir des registres de toutes les drogues d'usage restreint qu'elles reçoivent et utilisent, et les tenir à la disposition des inspecteurs. Les distributeurs autorisés doivent tenir des registres détaillés de toutes les drogues d'usage restreint en leur possession, sous une forme vérifiable et les garder au moins deux ans. Ils doivent permettre l'inspection de leurs locaux, des méthodes et conditions de fabrication et d'entreposage, et la vérification de la compétence de leur personnel technique et de leurs registres. Ils doivent aussi fournir tous renseignements supplémentaires et permettre toute inspection ou vérification ultérieure que le ministre peut exiger. Ils doivent prendre les mêmes précautions contre la perte et le vol que les distributeurs autorisés de stupéfiants.

En vertu de la Partie IV de la *Loi des aliments et drogues*²⁷, le trafic et la possession aux fins de trafic des drogues d'usage restreint sont des infractions punissables

sur déclaration sommaire de culpabilité, d'un emprisonnement d'au plus dix-huit mois ; ou

sur déclaration de culpabilité par voie de mise en accusation, d'un emprisonnement d'au plus dix ans.

Selon cette loi, le trafic comprend l'importation ou l'exportation non autorisées. On trouvera à l'Appendice F. 3 d'autres indications sur la loi relative à ces infractions.

Certaines drogues des tableaux II, III et IV de la *Convention sur les substances psychotropes* sont considérées comme « contrôlées » et régies par la Partie III et l'Annexe G de la *Loi des aliments et drogues* ; d'autres sont soumises au contrôle moins rigoureux de l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*. L'Annexe G de la loi comporte l'énumération suivante : les amphétamines, l'acide barbiturique et ses dérivés, la benzphétamine, la méthamphétamine, la pentazocine, la phédimétrazine et la phénumétrazine et leurs sels*. Ces substances embrassent la Préludine (phénumétrazine), mais non la Ritaline (méthylphénidate) qui figure au tableau II de la Convention et à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*.

Les barbituriques à action fugace du tableau III de la Convention : amobarbital, cyclobarbital, pentobarbital et sécobarbital sont compris sous la désignation générale de l'acide barbiturique et de ses dérivés, de l'Annexe G de la *Loi des aliments et drogues*. L'hypnotique dit glutéthimide, qui figure aussi au tableau III de la Convention est inscrit à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*.

Quelques-uns des médicaments du tableau IV de la Convention — barbital, phénobarbital et méthylphénobarbital — sont classés comme « contrôlés » dans la Partie III de la *Loi des aliments et drogues*. Les autres sont pour la plupart inscrits à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*. L'hydrate de chloral et les tranquillisants mineurs : Librium (chlordiazépoxide) et Valium (diazépam), qui avaient été d'abord inscrits au tableau IV du projet de Convention mais qui en ont été rayés par la suite, figurent tous à l'Annexe F des *Règlements*.

Les substances contrôlées en vertu de la Partie III de la loi sont soumises, quant à l'utilisation à des fins médicales et scientifiques, aux mesures aussi prévues par le *Règlement des stupéfiants* : licence de fabrication et de distribution, permis d'importation et d'exportation, ordonnance, registres, précautions contre la perte et le vol, avis, inspection et vérification²⁸. Toutefois l'ordonnance doit être écrite en général pour les stupéfiants tandis qu'elle peut être donnée de vive voix pour les drogues contrôlées ; de plus le pharmacien, qui ne peut renouveler une ordonnance pour les stupéfiants, y est autorisé dans le cas des drogues contrôlées si le médecin l'a spécifié.

Le trafic et la possession en vue du trafic de drogues contrôlées sont punissables sur déclaration sommaire de culpabilité d'un emprisonnement pouvant atteindre dix-huit mois, et par voie de mise en accusation d'un emprisonnement pouvant atteindre dix ans²⁹. À l'Appendice F. 3, nous traitons des dispositions de la loi relatives à ces délits.

Contrôles spéciaux de l'usage médical des amphétamines et des médicaments assimilés. — En vertu des règlements sur les médicaments contrôlés, le médecin était jusqu'à ces derniers temps juge du traitement auquel convenaient ces substances. Il était tenu seulement de ne les prescrire ou administrer que pour un traitement suivi. Récemment, le gouvernement fédéral a

*Voir la note sur la méthaqualone, page 97.

resserré les contrôles en limitant les usages médicaux pour lesquels amphétamines et médicaments assimilés inscrits à l'Annexe G peuvent être prescrits et administrés³⁰. Amphétamine, benzphétamine, méthamphétamine, penmétrazine et phendimétrazine et leurs sels sont classés « médicaments désignés » et leur usage est limité au traitement des affections ci-après : narcolepsie, hypercinésie infantile, arriération mentale, épilepsie, maladie de Parkinson et états d'hypotension associés à l'anesthésie. Leur emploi chez les animaux doit se limiter à la dépression des centres cardiaques et respiratoires. Tous les détails relatifs à l'usage de ces drogues dans un traitement, y compris le nom, l'adresse, l'âge et le sexe du malade doivent être fournis au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social par l'entremise du Bureau des drogues dangereuses. Si le traitement doit durer plus de trente jours, le praticien est tenu de consulter un collègue pour la confirmation de son diagnostic. Le ministre peut exceptionnellement accorder la permission d'utiliser ces drogues à d'autres fins s'il estime qu'il y va de l'intérêt du public ou de la science. Ces restrictions à l'usage médical des amphétamines et de certains médicaments assimilés ont été arrêtées par le gouvernement après consultation de spécialistes.

Comme pour les stupéfiants et les médicaments d'usage restreint, des dispositions permettent la possession à des fins d'identification ou d'analyse³¹.

Médicaments de l'Annexe F. — Les médicaments inscrits à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*³² sont assujettis aux mêmes conditions* que les autres quant à la qualité, à la sécurité et à la précision de l'étiquetage et ne peuvent être vendus à des particuliers que sur ordonnance. L'ordonnance n'est pas nécessaire s'il s'agit d'un fabricant, d'un praticien, d'un pharmacien en gros, d'un pharmacien inscrit, d'un hôpital accrédité, d'un ministère provincial ou fédéral ou de toute personne autorisée par le directeur de la Protection de la santé.

Les Règlements n'imposent pas de licence ni de permis pour la fabrication, la distribution, l'importation ou l'exportation des substances de l'Annexe F. Cependant, les seules personnes autorisées à les importer sont les praticiens, les fabricants, les pharmaciens en gros, les pharmaciens inscrits et les ressortissants des pays étrangers en séjour au Canada.

Les Règlements ne stipulent pas la même tenue de registres ni la même comptabilité des stocks que pour les stupéfiants, les médicaments d'usage restreint et les médicaments contrôlés, bien que les fabricants et les importateurs soient astreints aux registres de distribution pour faciliter le rappel. Il n'existe pas d'obligation de rendre compte de ses stocks comme pour les stupéfiants, les médicaments contrôlés et les médicaments d'usage restreint. Les pharmaciens doivent conserver les ordonnances écrites au moins deux ans ; lorsqu'il s'agit d'une ordonnance verbale, ils doivent aussitôt la noter par écrit et en garder la transcription aussi longtemps. Ils ne sont pas tenus cependant de présenter au ministère des états périodiques de ces ventes comme pour les stupéfiants

* Les médicaments, pour être mis sur le marché, doivent être conformes aux normes de qualité et d'efficacité du ministère.

et les drogues contrôlées. L'ordonnance d'une substance de l'Annexe F ne peut être renouvelée sans instructions du médecin pour chaque fois. Il faut inscrire sur l'ordonnance originale la date du renouvellement, la quantité donnée et le nom de la personne qui l'a renouvelée.

Vendre sans ordonnance à un particulier des substances de l'Annexe F est une infraction, mais les peines ne sont pas aussi sévères que pour le trafic de stupéfiants, de substances contrôlées ou de substances d'usage restreint ou la possession en vue de leur trafic. Les peines prévues sont les suivantes :

Sur déclaration sommaire de culpabilité, pour une première infraction, une amende ne dépassant pas cinq cents dollars, ou un emprisonnement de trois mois au maximum, ou les deux peines à la fois, et, en cas de récidive, une amende n'excédant pas mille dollars ou un emprisonnement de six mois au maximum, ou les deux à la fois ; et

sur déclaration de culpabilité par voie de mise en accusation, une amende ne dépassant pas cinq mille dollars ou un emprisonnement de trois ans au maximum, ou les deux à la fois.

Selon la définition qu'en donne la *Loi des aliments et drogues*, « vendre » englobe les opérations ci-après : « offrir en vente, exposer en vente, avoir en possession pour la vente et distribuer »³⁴. Non plus que pour les substances contrôlées de l'Annexe G de la loi, avoir en sa possession pour son usage personnel les substances de l'Annexe F n'est pas une infraction, même sans autorisation.

Mise à part la sévérité des peines maximums pour distribution illicite, les principales différences entre les règlements concernant les Annexes F et G consistent en ce que les fabricants et les distributeurs des médicaments de la première ne sont pas tenus à la licence, que leurs stocks ne sont pas contrôlés, et que les pharmaciens ne sont pas tenus de présenter régulièrement au ministère des états périodiques de leurs ventes sur ordonnance.

La *Convention sur les substances psychotropes, 1971* comporte des contrôles à la fois plus et moins rigoureux que ceux dont font présentement l'objet les substances de l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*. Toutes les substances inscrites au tableau III de la Convention, sauf la glutéthimide, figurent présentement comme « contrôlées » à l'Annexe G de la *Loi des aliments et drogues*. Les règlements applicables aux substances contrôlées satisfont pleinement aux exigences de la Convention relativement aux substances du tableau III, sauf peut-être en ce qui concerne l'exportation. Le glutéthimide et les substances du tableau IV de la Convention, qui figurent présentement à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*, sont soumis à des contrôles plus sévères, pour les fabricants, les importateurs et les exportateurs quant à la tenue des registres, que ceux qui s'appliquent en vertu de l'Annexe F, mais moins sévères pour les pharmaciens. La Convention porte que fabricants, importateurs et exportateurs doivent tenir des registres des médicaments, (mais non, comme pour les substances des tableaux II et

III, de celles cédées ou acquises), tandis que les règlements canadiens n'astreignent pas à la tenue de registres. D'autre part, d'après les règlements canadiens, les pharmaciens doivent tenir des registres des ordonnances relatives aux substances du tableau IV de la Convention, exigence que ne comporte pas celle-ci. Quant aux substances des tableaux III et IV, toute Partie à la Convention est également tenue de présenter à l'*Organe international de contrôle des stupéfiants* un état annuel des quantités fabriquées, importées et exportées.

Remèdes de vente libre. — Ces produits ne figurent dans aucune annexe de la *Loi des médicaments et drogues*. Ils sont soumis à la réglementation générale sur la fabrication, l'emballage, l'étiquetage, la publicité et la vente, mais ils s'achètent sans ordonnance et leurs distributeurs n'ont pas besoin de licence. Il n'est nécessaire pour ces médicaments ni de tenir des registres ni de présenter des rapports. *Les spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés* constituent une catégorie particulière de remèdes usuels. Ces médicaments ne se trouvent dans aucune pharmacopée ou formulaire pharmaceutique reconnus ; leur composition n'est pas clairement indiquée sur l'étiquette. En d'autres termes, leur formule est secrète. Ils sont régis par la *Loi sur les spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés*³⁵. Cette loi vise essentiellement à interdire l'utilisation de certaines drogues dans ces médicaments et à exiger une mention claire de celles qui figurent dans l'annexe de la loi. Les fabricants de remèdes à formule secrète, ainsi que leurs agents, sont tenus au certificat d'enregistrement délivré par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, à qui ils doivent fournir certains renseignements sur les produits qu'ils se proposent de vendre. Les fabricants doivent demander une licence chaque année. Il leur est interdit de fabriquer ou de distribuer un médicament breveté ou une spécialité pharmaceutique contenant de l'opium ou de ses dérivés à usage interne. Ils ne peuvent non plus fabriquer ni distribuer de ces médicaments s'ils contiennent de la cocaïne ou de l'alcool en quantité supérieure à celle qui est nécessaire comme solvant ou agent de conservation ou non assez médicamenteux pour être impropre à la consommation. La quantité des autres drogues inscrites à l'annexe de la loi ne doit pas dépasser celle qu'approuve un conseil consultatif nommé par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Le conseil fixe également la dose maximum simple et quotidienne de toute substance contenant une drogue inscrite à l'annexe. La loi prévoit le genre d'indications que doivent porter les étiquettes, de même que les interdictions en matière de publicité et les affirmations d'efficacité.

Médicaments interdits. — La *Loi des aliments et drogues*³⁶ interdit la vente pour quelque fin que ce soit des substances mentionnées à l'Annexe F (auparavant H), à ne pas confondre avec l'Annexe F des *Règlements*. Présentement, le seul médicament inscrit est la thalidomide. (Le L.S.D. y a déjà figuré). La fabrication, l'importation et la distribution de drogues telles que l'héroïne, et le cannabis sauf pour la recherche, sont en réalité interdites du fait que les autorités n'accordent ni licence ni permis à ces fins.

CRITÈRES D'INSCRIPTION AUX ANNEXES À DES FINS DE CONTRÔLE

On n'a pas formulé de critères précis que pourraient suivre les autorités pour inscrire telles drogues aux annexes. On semble se fonder sur la nécessité ou l'utilité médicale d'une substance, sur l'abus dont elle fait ou peut faire l'objet en usage non médical. Les autorités arrêteraient leurs décisions d'après la gravité du problème que pose chaque substance plutôt que sur l'application de normes générales. D'une manière générale, la méthode canadienne est pragmatique ; mais il existe, comme nous l'avons montré plus haut, un ensemble de contrôles assez précis où on peut insérer les médicaments selon les problèmes qu'ils posent. Outre celles de la *Loi des aliments et drogues* que nous avons mentionnées, il existe des annexes de moindre importance pour notre propos.

On peut se faire une idée du genre de ces problèmes en considérant que les autorités ont inscrit la Préludine à l'Annexe G de la *Loi des aliments et drogues* comme « substance contrôlée », mais ont laissé la Ritaline et certains autres composés de type amphétaminique parmi les médicaments magistraux, soumis aux contrôles moins rigoureux applicables à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*. Citons aussi le problème que pose de plus en plus l'usage non médical de la P.C.P. (phéncyclidine) qui, à l'époque où nous préparions le présent rapport, était encore inscrit à l'Annexe F des *Règlements*, bien que le ministère étudiait la nécessité de la changer de catégorie*.

APPLICATION DES CONTRÔLES CANADIENS À L'UTILISATION À DES FINS MÉDICALES ET SCIENTIFIQUES

Les stupéfiants, les médicaments contrôlés et les médicaments d'usage restreint utilisés à des fins médicales et scientifiques sont sous la surveillance du Bureau des drogues dangereuses. Le directeur de ce Bureau relève de la Protection de la santé.

Les distributeurs autorisés et les pharmaciens présentent périodiquement au Bureau un rapport de leurs transactions en stupéfiants et en substances contrôlées. Les premiers le font tous les mois, les seconds, tous les deux mois. Les médecins et les hôpitaux rendent compte également de la méthadone qu'ils administrent. De plus, les registres et les stocks de ceux que le *Règlement sur les stupéfiants* et les *Règlements des aliments et drogues* obligent à tenir des registres peuvent être inspectés et vérifiés sans avis. Le Bureau des drogues dangereuses affecte une équipe de quelque trente-cinq inspecteurs à cette tâche, sans compter tous ceux du ministère qui remplissent d'autres fonctions prévues par la *Loi des aliments et drogues*. L'objectif, difficile à atteindre, est de faire l'inspection de tous les débouchés une fois

* En juin 1973, la P.C.P. est passée de l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues* à l'annexe de la *Loi sur les stupéfiants*.

par an. On compte environ 200 distributeurs autorisés de stupéfiants, environ 250 de substances contrôlées et quelque 4 700 pharmaciens. Les inspecteurs consacrent en outre de plus en plus de temps aux enquêtes et aux poursuites de la police touchant les fausses ordonnances, les consultations simultanées et le vol.

Les ordonnances sont contrôlées au Bureau par un personnel spécialisé divisé en équipes de quatre. Plus de trois millions d'ordonnances sont signalées au Bureau chaque année. La méthode de contrôle n'est pas automatisée et bien que le personnel soit devenu très habile à dépister les abus, le système comporte de graves lacunes. Lorsque le dossier des ordonnances individuelles est classé, il est à peu près irrécupérable. On envisage présentement d'automatiser le système.

Un autre service du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social assure la surveillance des distributeurs des substances figurant à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*, y compris les pharmacies. Ainsi, les inspecteurs se présentent périodiquement comme simples particuliers pour vérifier si les pharmaciens ne veulent pas de médicaments de l'Annexe F sans ordonnances. À la première infraction, on remet ordinairement un rapport aux autorités provinciales ; la récidive entraîne des poursuites.

AUTRES CONTRÔLES JURIDIQUES

On trouvera aux Appendices B. 6 et B. 9 le détail des contrôles fédéraux et provinciaux applicables à l'alcool et au tabac. On a omis, à l'Appendice B. 6, toute mention de la *Loi de la tempérance*, une loi fédérale selon laquelle la vente de l'alcool peut être interdite par référendum dans toute municipalité. Voir l'Appendice F. 1 pour connaître le fondement constitutionnel de cette loi.

Les solvants volatils sont assujettis par les règlements fédéraux à une mise en garde contre le danger qu'ils comportent ; de plus une loi provinciale en interdit la distribution et l'usage à des fins d'intoxication (voir l'Appendice B. 8).

Diverses lois provinciales régissent la vente des médicaments. Ainsi, les lois provinciales sur les pharmacies déterminent les médicaments dont la distribution est réservée aux pharmaciens. Généralement, elles désignent les médicaments qui ne peuvent être vendus que sur ordonnance. C'est là un domaine de chevauchement entre les compétences fédérales et provinciales ; en cas de conflit, celles-là prédominent (voir Appendice F. 1, *Cadres constitutionnels*).

Nous examinons la réglementation de la publicité à la section XIV, intitulée *Les media*.

L'APPLICATION DE LA LOI CONTRE LA PRODUCTION ET LE TRAFIC ILLICITES

LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

Les Parties aux Conventions internationales s'engagent à collaborer entre elles et avec les organes internationaux de contrôle pour supprimer le trafic illicite. En particulier, les conventions prévoient l'extradition des contrevenants. Ces dispositions sont plus rigoureuses depuis les modifications à la *Convention unique* adoptées en mars 1972. La coopération internationale se fait de plus en plus étroite entre les autorités policières et les autorités douanières dans la lutte contre le trafic. L'INTERPOL (Organisation internationale de police criminelle) joue un rôle important dans cette coopération. Il s'agit d'un centre d'étude et de communication où l'on analyse et diffuse l'information transmise par les corps de police qui en sont membres dans le monde entier. Le Bureau des stupéfiants et des drogues dangereuses des États-Unis a de nombreux agents à l'étranger qui travaillent de concert avec les autorités d'autres pays. La collaboration est particulièrement étroite entre les autorités policières du Canada et celles des États-Unis.

Les organes internationaux de contrôle ont reconnu, outre la nécessité d'appliquer les lois, celle d'encourager le développement économique et social en vue de faire baisser la production illicite de drogues dans de nombreuses régions sous-développées. Cette préoccupation à l'égard du problème mondial de la drogue se reflète dans la mise au point d'un plan d'action concertée, comportant de nombreux travaux de recherche et de développement ainsi que la création d'un Fonds des Nations unies pour la lutte contre l'abus des drogues.

L'APPLICATION DES LOIS AU CANADA

*La Gendarmerie royale du Canada*³⁷. — Depuis quelques années, la G.R.C. encourage les corps policiers locaux à un plus grand rôle dans l'application des lois sur la drogue, afin de s'en dégager et de s'employer surtout à la lutte contre le trafic. Ainsi, cette tâche, pour ce qui est de la simple possession, surtout dans le domaine des drogues faibles, est passée aux autorités policières locales. Celles-ci n'ont plus à s'en remettre à la G.R.C. pour la préparation et la conduite de ces poursuites. La G.R.C. a pu ainsi dégager une partie de ses ressources humaines pour mener la lutte contre le trafic. Le personnel de l'escouade des drogues, qui s'ajoute à l'effectif général, a augmenté ces dernières années, passant de 106 en 1969-1970, à 160 en 1970-1971, de 196 en 1971-1972 et 311 en 1972-1973³⁸. Bien sûr, la Gendarmerie pourrait toujours affecter plus d'agents à sa lutte contre le trafic, mais elle ne semble pas en manquer présentement pour s'aquitter de cette tâche.

Douanes. — Au Canada, les douanes n'exercent pas des fonctions d'enquêtes indépendantes aussi étendues qu'aux États-Unis. C'est la G.R.C. qui

est chargée de la formation des douaniers en matière de drogues, et qui les tient au courant des dernières techniques de la contrebande et des expéditions de drogues que l'on soupçonne destinées au pays. En vertu de la *Loi sur les douanes*, les douaniers ont le droit de fouille s'ils ont des motifs raisonnables de croire qu'un délit a été commis. Il faut que les services de renseignements soient efficaces pour permettre aux douaniers d'exercer ce pouvoir avec discernement. Il ne serait pas commode de soumettre tous les voyageurs aux ennuis de la fouille.

Déclarations de culpabilité et saisies de stupéfiants. — Les arrestations pour trafic et les saisies de drogues autres que le cannabis effectuées sous le régime de la *Loi sur les stupéfiants* avaient peu varié en nombre ces dernières années, mais en 1972 on a constaté une hausse prononcée. Nous nous fondons là sur de simples impressions, car il est à peu près impossible d'établir quelles sont les répercussions sur l'offre de chaque condamnation et de chaque saisie. Il s'écoule aussi un long intervalle entre l'arrestation et la condamnation. D'après le nombre des condamnations, il y aurait eu un fléchissement dans l'efficacité de la répression en 1971. Les condamnations pour délit de trafic et de possession en vue du trafic sous le régime de la *Loi sur les stupéfiants* ont été au nombre de 204 en 1970, de 158 en 1971 et de 322 en 1972, à l'exclusion du cannabis.

Les saisies d'héroïne par la G.R.C., soit presque toutes celles effectuées au Canada, ont porté respectivement sur 37,9 livres, 58,4 livres et 195,1 livres pour les exercices financiers 1969-1970, 1970-1971 et 1971-1972³⁹. Les agents de la Gendarmerie attribuent cette augmentation en partie à une collaboration plus étroite entre le Canada, les États-Unis et la France. Grâce à cette collaboration, on a également arrêté un plus grand nombre de distributeurs de hauts paliers. Il s'agit là de saisies importantes, puisque la G.R.C. estime à 76 kilos, soit environ 167 livres, la quantité d'héroïne que consomment annuellement les héroïnomanes canadiens. Par ailleurs, cette quantité est faible par rapport au total des stocks disponibles sur le marché nord-américain.

Fait étonnant, il y a eu très peu de condamnations ces dernières années pour importation ou exportation non autorisée de stupéfiants. La plupart des condamnations pour importation avaient trait au cannabis. Les condamnations pour importation ou exportation de stupéfiants (d'héroïne, dans tous les cas sauf un), ont été au nombre de 4 en 1969, de 2 en 1970, de 3 en 1971 et de 2 en 1972. Il y a eu six condamnations pour importation ou exportation de cannabis (marijuana et haschich) en 1969, 26 en 1970, 22 en 1971 et 33 en 1972. Le petit nombre de condamnations pour importation tiendrait à trois faits : l'approvisionnement du marché illicite ne nécessite pas un très grand nombre d'importations ; l'importation est difficile à repérer ; souvent la police préfère laisser le contrebandier passer la douane avec l'espoir d'arrêter les dirigeants du réseau local de distribution. Ces affaires sont parfois instruites comme complots ou ententes délictueuses.

Tout complot en vue d'une infraction définie par la *Loi sur les stupéfiants* (ou la *Loi des aliments et drogues*) est un acte relevant du *Code criminel*¹⁰ et est passible des mêmes peines que le délit prévu par la loi. L'accusation de complot est la principale voie juridique pour condamner les dirigeants des réseaux. Il est pour ainsi dire impossible d'arrêter les dirigeants du trafic en flagrant délit d'importation ou de trafic, car ils se gardent, ordinairement, de manipuler la drogue ; mais dans l'accusation de complot, il suffit de prouver la participation à une entente délictueuse même s'il n'y a pas eu participation au délit d'importation ou de trafic. Au niveau de la direction de la distribution, il est long, coûteux et difficile d'établir la preuve d'un complot, mais aux échelons inférieurs, ce serait relativement facile. Une forte part des affaires de complot de ces dernières années portaient sur le cannabis ; bon nombre étaient des délits de trafic relativement peu graves.

Ordinairement dans ces affaires, la poursuite porte aussi une accusation en vertu de la *Loi sur les stupéfiants* (ou de la *Loi des aliments et drogues*). Si la Couronne obtient gain de cause pour son accusation de complot, elle retire ordinairement l'autre. Dans le cas contraire, il lui est loisible de recourir à la seconde, mais elle s'en abstient en règle générale.

Pour démanteler un réseau de distribution locale par une accusation de complot, il faut, sauf exception, faire la preuve d'une entente délictueuse entre, premièrement, le dirigeant, deuxièmement, le distributeur local qui prend possession de la drogue à son arrivée à la ville, l'emballage en quantités convenues et la dépose en des lieux convenus où elle est recueillie par les intermédiaires, et, troisièmement, le vendeur qui communique avec ces derniers et se fait indiquer le lieu de la cache sur versement du prix. En règle générale, les dirigeants ne manipulent pas la drogue ni n'ont de contact avec les intermédiaires, mais ils doivent parfois faire fonction de vendeurs ; ils s'exposent beaucoup plus alors à être dépistés et arrêtés. On tente par tous les moyens de préserver l'anonymat du distributeur local et de le tenir au-dessus de tout soupçon. C'est pourquoi on a souvent recours à une personne respectable, sans casier judiciaire. Souvent on lui évite tout contact avec les vendeurs. Si les dirigeants ne confient qu'à des agents l'expédition de la drogue depuis le point d'importation, s'ils usent de prudence dans leurs autres contacts et ne font pas fonction de vendeurs, et si le distributeur local est tenu à l'écart des vendeurs et des intermédiaires, il est très difficile d'établir la preuve d'un complot et de démanteler le réseau.

Les tableaux de l'Appendice E (*Statistiques des condamnations relatives à la drogue*), indiquent avec quelle sévérité on a appliqué la loi dans les affaires de trafic d'héroïne (voir les tableaux E. 17 à E. 21 inclusivement). En 1970, sur 180 accusations de trafic et de possession en vue de trafic, 173 ont donné lieu à des emprisonnements, contre 114 sur 121 en 1971. En 1972, la proportion est demeurée à peu près la même. La majorité des condamnations, soit plus de 60 p. 100 sont de un à six ans.

Ces variations viennent de ce qu'une bonne partie des délinquants sont des toxicomanes aux échelons inférieurs du réseau de distribution. On hésite

à user à l'égard du toxicomane qui se livre à un peu de trafic pour satisfaire son habitude de la même sévérité qu'à l'égard du non-toxicomane qui ne fait le trafic que pour le profit.

Les dossiers de 329 détenus des pénitenciers fédéraux classés comme « toxicomanes » au 30 août 1972 révèlent qu'une forte proportion d'entre eux avaient été condamnés pour trafic. Ils cumulaient 348 condamnations à ce titre, dont 44 p. 100 en vertu de la *Loi sur les stupéfiants*⁴¹. Il y a lieu de croire que l'application des lois contre le trafic frappe surtout le trafiquant toxicomane.

La sévérité des condamnations dépend de la politique en matière de libération conditionnelle. On peut voir à l'Appendice K (*La libération conditionnelle des héroïnomanes*), la durée d'une condamnation qu'un délinquant doit purger en général pour être admissible à la libération conditionnelle. Dans la majorité des cas, le délai est de trois mois à deux ans.

Quant aux condamnations plus longues, une étude sur les trafiquants dans les pénitenciers fédéraux répartit la durée de la peine purgée de la façon suivante :

Condamnations de 15 à 20 ans : 1 sujet a purgé de 2 à 3 ans ; 1 de 3 à 4 ans ; 2 de 4 à 5 ans ; 1 de 5 à 6 ans.

Condamnations de 10 à 15 ans : 3 sujets ont purgé de 2 à 3 ans ; 4 de 3 à 4 ans ; 5 de 4 à 5 ans.

Condamnations de 6 à 10 ans : 3 sujets ont purgé de 1 à 1½ an ; 18 de 2 à 3 ans ; 2 de 3 à 4 ans.

Condamnations de 5 à 6 ans : 3 sujets ont purgé de 6 à 9 mois ; 1 de 1 an à 1½ an ; 11 de 1½ an à 2 ans ; 6 de 2 à 3 ans, et 2 de 3 à 4 ans⁴².

Certains hommes publics ont réclamé des mesures plus sévères pour la libération conditionnelle des trafiquants.

Substances d'usage restreint. — Il est très difficile pour la police de lutter efficacement contre le trafic des hallucinogènes puissants. Repérer les laboratoires clandestins de la fabrication et déceler la substance elle-même ne vont pas sans peine. Le L.S.D. est inodore, incolore et insipide ; il est donc facile de le dissimuler. Il se vend la plupart du temps en comprimés (voir l'Appendice B, *Sources et distribution licites et illicites*). Il se fait d'importantes saisies de laboratoires⁴³ et de drogues, mais les laboratoires clandestins suffisent quand même à la demande. On ne peut, non plus, les empêcher de se procurer les éléments qui servent à la fabrication du L.S.D.

La catégorie des médicaments d'usage restreint, créée par la *Loi des aliments et drogues*, ne remonte qu'à 1969. Par la suite, les condamnations pour trafic et possession en vue du trafic ont augmenté et atteint leur point culminant en 1971 ; elles ont diminué considérablement en 1972. En 1970, il y en a eu 634 ; en 1971, 670 et en 1972, 493 (voir à l'Appendice E, les

tableaux E. 48 à E. 50 inclusivement). Ces chiffres sont plus élevés que pour les stupéfiants opiacés, la cocaïne ou les substances contrôlées (amphétamines et barbituriques), mais moins que pour le cannabis. Voici les données des quatre catégories de drogues :

	1970	1971	1972
Stupéfiants	203	158	322
Cannabis	802	1009	910
Substances contrôlées	112	157	294
Substances d'usage restreint	634	670	493

En 1971, près de 90 p. 100 des condamnations pour trafic de substances d'usage restreint se rapportaient au L.S.D. et le reste à la MDA. En 1972, la part du L.S.D. est tombée à 67 p. 100 celle de la MDA passant à plus de 30 p. 100. Dans les affaires relatives au L.S.D., quelque 55 p. 100 des condamnés avaient moins de 21 ans ; dans celles relatives à la MDA, la proportion correspondante était d'environ 41 p. 100.

En 1972, 29 p. 100 des affaires touchant le trafic et la possession en vue du trafic de L.S.D. ont donné lieu à des amendes, à la probation, à la condamnation avec sursis et à la libération conditionnelle ou absolue. Quelque 88 p. 100 des condamnations à la prison portaient sur moins de 2 ans ; toutes, sauf une, portaient sur moins de 5 ans (voir les tableaux E. 62 et E. 65).

Substances contrôlées. — Il est impossible d'évaluer la quantité des substances contrôlées qui sont détournées des sources licites au marché clandestin. On sait cependant que presque toutes les amphétamines destinées à l'injection intraveineuse sont de fabrication illicite. Elles se fabriquent aisément et à faible coût dans des laboratoires clandestins, et ceux-ci sont difficiles à déceler. La répression en ce domaine est donc particulièrement ardue. Il est aussi difficile de dépister les détournements vers le marché clandestin de fortes quantités d'amphétamines et de médicaments assimilés à prendre par voie buccale. On trouvera des précisions sur ce sujet à l'Appendice B (*Sources et distribution licites et illicites*).

Les condamnations pour trafic et possession en vue du trafic, en ce qui concerne les amphétamines et les substances assimilées, ont augmenté de 64 en 1970 à 130 en 1971 et à 277 en 1972 (voir les tableaux E. 39 à E. 41 inclusivement). La très grande majorité de ces affaires avaient trait aux méthamphétamines : 64 en 1970 ; 123 en 1971 et 248 en 1972. Il y a eu peu de condamnations se rapportant aux autres amphétamines et le nombre total a diminué : 13 en 1970 ; 5 en 1971 et 7 en 1972. Il y a eu, en 1972, 22 condamnations pour trafic de Préludine (phénmétrazine).

Pendant ces années, il y a eu beaucoup moins de condamnations pour le trafic des barbituriques que pour celui des amphétamines, soit 36 en 1970, 27 en 1971 et 17 en 1972.

Les condamnations pour le trafic de métamphétamine ont été prononcées en Ontario pour la plupart : 68,7 p. 100 en 1970 ; 82,9 p. 100 en 1971 et 82,2 p. 100 en 1972. Quant au reste, elles se répartissent assez également dans les autres provinces. L'usage des amphétamines constituerait donc un problème ontarien essentiellement. Les condamnations se rapportant aux amphétamines dans cette province sont plus nombreuses proportionnellement que celles relatives à l'héroïne en Colombie-Britannique.

Les rares condamnations pour trafic d'autres amphétamines (vraisemblablement pour consommation par voie buccale) se répartissent à peu près également dans tout le pays.

La sévérité des condamnations pour le trafic des substances contrôlées (amphétamines et barbituriques) serait moindre et c'est normal, que pour le trafic d'héroïne (voir tableau E. 44). Une plus forte proportion des condamnations à la prison sont pour moins de deux ans. En 1972, sur 257 condamnations pour le trafic de substances contrôlées, 228, soit 80,9 p. 100, appartenaient à cette catégorie ; cependant on n'y comptait que 55 condamnations sur 278, soit 19,8 p. 100, pour le trafic d'héroïne. Toutes les peines relatives aux substances contrôlées étaient pour moins de 6 ans.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'EFFICACITÉ DE LA RÉPRESSION DU TRAFIC

À la Section V, il a été question des difficultés de la lutte contre la production et la distribution illicites de stupéfiants, notamment de l'héroïne. Les perspectives en ce domaine sont très sombres. Ces difficultés sont exposées à l'Appendice B. Parfois, les saisies et les arrestations massives provoquent une pénurie, mais pour peu de temps. Vers 1960, diverses poursuites pour complot en Amérique du Nord ont démantelé quelques-uns des principaux réseaux et engendré une pénurie, puis une « panique » qui a fait diminuer de façon appréciable le nombre des usagers d'héroïne. Mais les dirigeants arrêtés ont été remplacés et les approvisionnements rétablis. Le trafic s'est spécialisé et perfectionné ; sa répression est devenue plus difficile.

Il est évident qu'on ne peut apprécier avec exactitude l'efficacité de la répression. Celle-ci semble avoir été peu efficace, puisque l'usage illicite des stupéfiants opiacés a augmenté ces dernières années ; toutefois, on ne saurait dire ce qui se serait produit sans cette lutte. Le nombre des condamnations et l'ampleur des saisies sont des indices du niveau de la répression, mais ils nous révèlent peu de choses en soi. Le nombre des arrestations compte moins que leur signification, c'est-à-dire que l'importance dans le réseau, des individus arrêtés et emprisonnés. Étant donné l'ampleur des stocks, les saisies même les plus fortes que pourraient effectuer la police et les douaniers ne produiraient tout au plus qu'une pénurie temporaire et des ennuis passagers au réseau⁴⁴. Les pénuries temporaires ont aujourd'hui des répercussions moins graves sur les usagers, qui peuvent recourir à la méthadone. Il n'en reste pas

moins qu'une forte saisie peut empêcher, au moins temporairement, la diffusion de la drogue dans de nouvelles régions ; en effet, chacune empêche ou retarde sans doute l'initiation de quelques sujets à l'héroïne. Enfin l'action vigoureuse de la police rend aussi le trafic plus hasardeux et moins efficace.

La seule façon de faire vraiment échec à l'offre serait de tarir la source des matières premières. Une action internationale concertée s'y applique peu à peu avec de faibles chances de succès. Le Sud-Est asiatique est l'une des principales sources illicites d'opium ; il peut remplacer les sources telles que la Turquie, qui peut être réduite ou tarie par la coopération de tous les pays. Les tentatives des Nations unies pour détruire à la base la culture illicite de l'opium par des mesures socioéconomiques ne donneront pas de résultats appréciables d'ici une génération.

LA LOI CANADIENNE EST-ELLE ASSEZ SÉVÈRE ?

Les lois canadiennes sur le trafic des stupéfiants sont aussi sévères que celles des États-Unis⁴⁵, et plus que celles de la Grande-Bretagne⁴⁶, de l'Australie⁴⁷, de la Nouvelle-Zélande⁴⁸ et de plusieurs pays d'Europe continentale⁴⁹.

Leur sévérité s'est accrue avec les années. La première loi sur l'opium, qui remonte à 1908⁵⁰, prévoyait un emprisonnement d'au plus 3 ans pour distribution illicite. La peine a d'abord été atténuée, puis successivement portée à 7 ans⁵¹, à 14 ans⁵² (1954) et à l'emprisonnement à perpétuité (1961), qui s'applique encore aujourd'hui.

Cette sévérité ne pourrait être accrue que si l'on décrétait une peine minimum obligatoire pour trafic et possession en vue du trafic, ou la peine de mort. Il fut un temps où, au Canada, tous les délits relatifs aux stupéfiants étaient frappés obligatoirement d'un emprisonnement minimum⁵³. Les peines obligatoires minimums assurent une certaine sévérité à l'égard des délits graves, mais elles limitent la discrétion du tribunal pour les délits moins graves. C'est ce qui s'est produit dans le cas de l'emprisonnement minimum de 7 ans pour importation ou exportation, notamment en ce qui a trait au cannabis. Le Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle a recommandé l'abolition des peines minimums, sauf pour meurtre⁵⁴.

Faudrait-il prévoir une exception pour certains cas de trafic, par exemple, avec des mineurs ? La France et les États-Unis frappent ce délit d'une peine exceptionnellement sévère. Autrefois, la loi canadienne comportait la même distinction. Dans les affaires de trafic de stupéfiants, elle offrait le choix de poursuites par voie de mise en accusation ou par déclaration sommaire de culpabilité, mais en 1921, elle a été modifiée en faveur des poursuites par voie de mise en accusation lorsque le délinquant avait fourni de la drogue à des mineurs⁵⁵. Étant donné la discrétion qu'on a laissée aux tribunaux en fixant la peine maximum à l'emprisonnement à perpétuité, cette distinction n'a plus sa raison d'être.

Dans quelques pays, le trafic des stupéfiants est frappé de la peine de mort. Au cours du débat sur la *Loi sur les stupéfiants* de 1961, un député a proposé, mais en vain, que le Canada adopte cette mesure⁵⁶. Les représentants du gouvernement ont fait valoir que l'emprisonnement à perpétuité (avec la détention préventive prévue à la Partie II de la loi) était une peine suffisamment sévère pour souligner la gravité que le législateur attachait à ce délit. On redoutait notamment d'avoir à imposer la peine de mort au toxicomane qui ne trafique que pour satisfaire son habitude. Dans l'intervalle, le Canada a aboli la peine capitale sauf si les victimes de l'homicide sont agents de police ou gardiens de prison.

La loi canadienne en cette matière nous paraît assez sévère pour appuyer efficacement la répression. Comparée aux lois de la plupart des pays occidentaux, elle peut paraître trop sévère même. Mais vu l'inquiétude devant l'usage des opiacés et l'opiomanie qui se répandent, il ne nous semblerait pas sage de réduire les peines maximums. Il faut que certains délits soient punissables de l'emprisonnement à perpétuité et que les tribunaux puissent l'imposer.

La loi canadienne se révèle rigoureuse en imposant le fardeau de la preuve à celui qui est accusé de possession en vue du trafic (voir Appendice F. 3). Depuis quelques années, les autorités judiciaires ont de plus en plus recours à cette accusation. Le nombre de condamnations en l'espèce par rapport au total des condamnations pour trafic et possession en vue du trafic a marqué de 1970 à 1972 l'évolution suivante : héroïne, de 19,4 à 40,2 p. 100 ; drogues contrôlées, de 52,7 à 68,4 p. 100 ; drogues d'usage restreint, de 44,3 à 68,8 p. 100. Nous reprenons ici la recommandation formulée dans *Le cannabis*⁵⁷ au sujet du fardeau de la preuve pour ce délit : qu'il suffise lorsque la preuve a été établie, que l'accusé suscite un doute raisonnable quant à son intention de trafiquer. On n'exigera pas de preuve prépondérante ni équilibre des probabilités.

Il n'y a pas lieu de recommander de changement aux peines maximums pour trafic et possession en vue du trafic des drogues contrôlées et des drogues d'usage restreint. La peine maximum de dix ans est suffisamment sévère pour faire ressortir la gravité du délit ; de plus, avec la faculté de poursuivre par déclaration sommaire de culpabilité lorsque la peine maximum est de dix-huit mois, les autorités judiciaires ont suffisamment de latitude pour disposer des affaires moins graves avec équité. Les peines maximums présentement imposées semblent être de quatre à six ans.

L'EFFET DE LA LIBÉRATION CONDITIONNELLE

La sévérité des peines contre le trafic peut être contrecarrée par la libération conditionnelle. Nous recommandons que l'on soit plus sévère en matière de libération conditionnelle à l'égard des délinquants coupables de délits de trafic graves.

ÉCHANGE DE PETITES QUANTITÉS DE DROGUE ENTRE USAGERS

Au cours de notre enquête nous nous sommes demandé si l'utilisateur passant une petite quantité de drogue à un autre, sans contrepartie, devait être considéré comme faisant acte de trafic. Dans *Le cannabis*, nous recommandions d'exclure de la définition de trafic l'acte de l'utilisateur donnant à un autre une quantité de cannabis pouvant être consommée en une seule occasion. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de faire cette distinction dans le cas du trafic des stupéfiants, des drogues contrôlées et des drogues d'usage restreint. Il est beaucoup plus grave de favoriser l'usage de ces drogues que de passer un tout petit peu de cannabis.

CONTRÔLE DES DROGUES À DES FINS MÉDICALES

Protection contre la perte et le vol

Les contrôles ont d'abord pour objet de protéger les approvisionnements licites contre les fuites, notamment dans le cas de substances à des fins médicales et scientifiques. Ceux qui sont applicables aux stupéfiants, aux drogues contrôlées et aux drogues d'usage restreint sont assez sévères. Ils semblent suffisants en principe ; leur efficacité dépend évidemment du soin avec lequel on les applique.

Même si distributeurs autorisés, pharmaciens, praticiens et hôpitaux sont tenus aux précautions, il se produit encore un nombre considérable de vols qui alimentent le marché illicite (voir Appendice B, *Sources et distribution licites et illicites de la drogue*). Au Canada les règlements ne sont pas aussi explicites qu'aux États-Unis quant aux mesures de protection ou de sécurité à prendre dans la distribution et la garde. Sauf exceptions, c'est le ministère qui détermine ce qu'il est raisonnable d'exiger dans chaque cas. En règle générale, les distributeurs sont tenus d'avoir un système d'alerte. Les pharmaciens doivent garder tous les stupéfiants, sauf ceux qui peuvent être dispensés sur ordonnance verbale, dans un récipient, tiroir ou coffre-fort fermé à clé. La plupart des pharmaciens ont un coffre-fort dans lequel ils gardent la méthadone et les autres stupéfiants. Un bon nombre n'ont qu'un placard fermant à clé. Lorsque les précautions s'avèrent insuffisantes, le Bureau des drogues dangereuses exige qu'elles soient accrues. On ne peut exiger des petits hôpitaux les mêmes mesures de sécurité que des grands établissements. La ligne de conduite est donc souple, adaptée aux circonstances. Le Bureau a le sentiment de faire tout ce qui est possible pour assurer une protection suffisante contre la perte et le vol. Nous ne recommandons aucun changements, mais nous rappelons encore l'extrême importance pour chaque membre du réseau de distribution de prendre toutes les précautions raisonnables contre la perte et le vol. Nous pressons également le Bureau d'appliquer avec rigueur les règles de sécurité. S'il y a conflit entre la commodité des distributeurs autorisés, pharmaciens et autres membres

du réseau de distribution et l'intérêt public, c'est celui-ci qui doit l'emporter. Si ce système de sécurité fait défaut, toutes les tentatives pour réprimer le trafic illicite peuvent être compromises.

Le contrôle des substances de l'Annexe F

Les médicaments magistraux figurant à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues* devraient-ils, en totalité ou en partie, être soumis aux mêmes contrôles que les stupéfiants et les drogues contrôlées ? Ces catégories présentent deux différences importantes : la quantité des substances de l'Annexe F destinées à des fins médicales n'est pas vérifiée ; il n'y a pas présentation régulière de rapports sur les ordonnances. Mises à part les conditions relatives à la qualité, à la sécurité et à l'hygiène dans la fabrication et l'emmagasinage, aucune approbation particulière n'est exigée pour la fabrication et la distribution de ces substances et aucune disposition visant la tenue de registres, la production de rapports, l'inspection et la vérification ne permet aux autorités d'exercer de contrôle sur les stocks, les ventes ou les ordonnances médicales. (Les fabricants et importateurs de substances figurant à l'Annexe F doivent tenir un registre de celles qu'ils cèdent pour faciliter le rappel, mais ils ne sont pas obligés de présenter de rapports).

Il a été établi (voir Appendice B, *Sources et distribution licites et illicites de la drogue*) que de fortes quantités de ces substances, notamment d'un hypnotique sédatif (méthaqualone) et, à un moindre degré, d'un hallucinogène (phéncyclidine ou P.C.P.)*, sont détournées vers le marché clandestin. Il semble également que dans quelques secteurs ont fait usage de certains tranquillisants mineurs, dont le diazépam (Valium), à des fins non médicales ; les usagers s'en procureraient sur ordonnance pour les distribuer et en user de diverses façons. L'usage non médical des sédatifs se répandant de plus en plus, il serait prudent de contrôler avec soin les stocks et les ventes licites d'hypnotiques sédatifs et de tranquillisants mineurs. On peut s'attendre aussi, avec le resserrement récent des contrôles administratifs applicables aux amphétamines et à la phénmétrazine (en tant que drogues désignées à l'Annexe G), à une hausse de l'usage à des fins non médicales (et des pressions en vue du détournement) de certaines substances de type amphétaminique telles que le méthylphénidate (Ritaline) de l'Annexe F. Il ne serait pas possible présentement de déceler le détournement des substances de l'Annexe F ni d'exercer une surveillance contre les abus en matière d'ordonnances, les règlements n'exigeant ni registre ni rapports.

Certaines substances de l'Annexe F pouvant être utilisées facilement à des fins non médicales, nous recommandons qu'on impose à leur égard (à titre de drogues désignées) des contrôles administratifs semblables à ceux qui s'appliquent aux drogues contrôlées. À certains moments il peut paraître préférable pour diverses raisons, — en particulier des peines sévères frappant le trafic, — de ne pas transférer une substance de l'Annexe F des Règle-

* Voir les notes sur la P.C.P. et la méthaqualone, pages 76 et 97.

ments à l'Annexe G de la Loi, mais il peut être souhaitable, étant donné l'usage non thérapeutique des médicaments ou le danger de fuite vers le marché illicite, d'instaurer des contrôles plus rigoureux, notamment en matière de registres, de rapports, d'inspection, de vérification et de protection contre la perte et le vol. De plus, si le Canada devient Partie à la *Convention sur les substances psychotropes 1971*, il sera tenu d'imposer des contrôles plus sévères sur certaines substances des tableaux III et IV qui figurent présentement à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*.

Restrictions à la production et à l'usage médical

On s'inquiète, depuis quelques années, de la surproduction de médicaments ; on prétend que les médecins sont incités à en prescrire davantage et que la surproduction favorise les fuites. Faudrait-il alors limiter la production et l'importation de ces substances? Nous l'avons vu, la production des stupéfiants est régie par un régime d'estimation annuelle des besoins auquel les pays sont tenus d'adhérer et qui doit être approuvé par l'Organe international de contrôle des stupéfiants. La *Convention sur les substances psychotropes 1971* n'impose pas de régime d'estimation semblable.

Aux États-Unis, cependant, on a contingenté la production des substance figurant aux tableaux I et II du *Controlled Substances Act*. Le directeur du bureau américain des stupéfiants et drogues dangereuses fixe un contingentement annuel pour la production de certaines substances et il le répartit entre les fabricants. On a établi un contingent général et des contingents individuels pour la production des amphétamines qui a été considérablement réduite (voir Appendice B, *Sources et distribution licites et illicites de la drogue*). On se propose maintenant de transférer les barbituriques au tableau II pour les assujettir au régime des contingentements⁵⁸.

Au Canada, le Bureau des drogues dangereuses n'a l'intention de limiter ni la fabrication ni l'importation de médicaments, sauf par le régime des estimations régissant les stupéfiants. On a récemment limité l'emploi médical des amphétamines*, mais non leur production ni leur importation. La production des barbituriques, des tranquillisants mineurs et des hypnotiques non barbituriques n'est pas contingentée, bien que toutes ces substances se prêtent à des abus et au détournement vers le marché illicite.

La consommation individuelle des amphétamines de fabrication licite a baissé de 56 p. 100 entre 1966 et 1971 ; pourtant, les stocks destinés à des fins médicales se sont élevés à deux fois les quantités vendues aux hôpitaux et aux détaillants (voir Appendice B, *Sources et distribution licites et illicites de la drogue*). On semble accumuler des stocks considérables pour pouvoir faire face à la demande, mais on augmente ainsi le risque de détournement vers le marché clandestin. Si la consommation estimative des barbituriques a diminué d'environ 25 p. 100 de 1966 à 1972, la consommation annuelle semble encore

* Aux États-Unis, également, on a imposé des restrictions à l'usage thérapeutique des amphétamines.

très forte, soit d'environ un tiers de milliard de comprimés (voir Appendice B). Il est impossible certes d'évaluer la consommation annuelle de tranquillisants et d'hypnotiques sédatifs non barbituriques, mais, d'après les relevés, les ordonnances de tranquillisants mineurs s'élèveraient à près du double de celles de barbituriques, les hypnotiques sédatifs non barbituriques atteignant une proportion des deux tiers (voir Appendice B).

Nous estimons qu'il y aurait lieu d'étudier s'il convient d'instituer un système d'estimations des besoins de la médecine pour les médicaments susceptibles d'usages non médicaux et de limiter la fabrication et l'importation à ces quantités. Ce régime aurait au moins l'avantage de permettre une révision annuelle des vrais besoins et, peut-être, de limiter la consommation. Néanmoins, poser des restrictions excessives à l'usage médical de certaines substances comporte des dangers. Dans bien des cas, cela pourrait favoriser la substitution d'une substance à une autre ou encourager le marché illicite. En fin de compte, ce sont les médecins qui déterminent les besoins médicaux ; il suffit de les convaincre d'user des médicaments et des drogues à bon escient et de les prescrire avec modération. Il est sans doute souhaitable que nous contrôlions et si possible réduisions l'usage des psychotropes, mais il est bien prévisible que les gens vont continuer à en rechercher les effets et à trouver les drogues nécessaires. En imposant des restrictions trop sévères sur ces substances par le truchement des médecins, nous risquerions de substituer au jugement du médecin, une absence de contrôles de marché clandestin. Avant d'adopter des restrictions ou des interdictions sévères nous devons tenir compte des inconvénients d'un marché illicite presque sans contrôle. Plus nous examinons le régime de contrôle destiné à limiter l'usage des psychotropes à des fins médicales, plus nous nous rendons compte qu'il repose sur le bon sens et le jugement des médecins. D'autre part, la surproduction déclenche des pressions irrésistibles auprès des médecins en faveur des médicaments. Il faut donc encourager la modération aux deux bouts du réseau de distribution. Il serait sans doute utile que le gouvernement mette en œuvre un mécanisme de consultation entre représentants de l'industrie pharmaceutique et médecins, qui aurait pour but d'évaluer les besoins de la médecine en certaines substances et de fixer des normes de modération. Il serait préférable d'employer des directives plutôt que de fixer des limites arbitraires.

Le contrôle de la prescription

On ne pourra contrôler les méthodes de prescription, en définitive, qu'en se fiant au bon jugement et à la modération des médecins, tout en leur enseignant à n'user des médicaments et des drogues qu'avec modération⁵⁹. Les contrôles administratifs peuvent déceler les abus flagrants, mais ils n'ont guère de valeur dans les cas subtils où le médecin doit distinguer le besoin médical véritable du besoin fictif. Il faudrait que chaque médecin soit suivi de près par un collègue. Nous devons nous fier à eux, et eux doivent se

montrer dignes de cette confiance. Nous pourrions en même temps améliorer nos méthodes pour déceler les abus les plus criants en matière de prescription, qu'il s'agisse de fausse ordonnance, d'ordonnance excessive, d'ordonnances multiples ou de consultations simultanées. Le régime actuel de contrôle est très rudimentaire et repose sur des opérations manuelles. Nous avons besoin d'un système central automatisé qui permettrait au gouvernement de contrôler la consommation générale des drogues et médicaments magistraux de même que les modalités individuelles de prescription et de consommation. Nous laissons à des personnes plus expertes que nous en ces matières le détail de ce régime présentement à l'étude. Dans notre *Rapport provisoire*, nous avons proposé que toute ordonnance médicale porte obligatoirement le numéro de licence du médecin ainsi que le numéro d'assurance sociale du malade. Lorsqu'il s'agit d'un touriste, sa signature, le numéro de son passeport ou quelque autre pièce d'identité pourrait tenir lieu du numéro d'assurance sociale. Les pharmaciens seraient tenus de vérifier l'identité des personnes pour lesquelles ils exécutent une ordonnance, tout comme un caissier doit le faire à la banque, sur présentation d'un chèque.

La communication d'ordonnances par téléphone pose un autre problème. Ce moyen est particulièrement apprécié des médecins pour sa commodité et pour la rapidité avec laquelle il permet de faire exécuter une ordonnance urgente, mais les pharmaciens s'en inquiètent. Ils font valoir que cela complique la tenue de leurs registres et incite les médecins à la négligence. Comme il ne conviendrait pas d'interdire les ordonnances par téléphone dans les cas d'urgence, nous proposons de limiter par un règlement la prescription téléphonique de médicaments désignés susceptibles d'un usage non médical aux doses pour 48 heures au maximum ou d'obliger le médecin à communiquer au pharmacien une ordonnance écrite dans les 48 heures.

CLASSIFICATION DES DROGUES À DES FINS DE CONTRÔLE

Nous avons déjà mentionné qu'il y aurait lieu de réexaminer la classification de certaines drogues. Il s'agit de savoir en somme si l'usage d'une drogue doit être permis et le cas échéant dans quelle mesure ; s'il est permis à des fins médicales, s'il doit l'être uniquement sur ordonnance, et quelle doit être la sévérité des autres contrôles s'appliquant à la fabrication, à la garde, à la distribution, à la tenue de registres, à la production de rapports, à l'inspection et à la vérification.

L'inscription à l'annexe ou au tableau approprié doit reposer sur une révision permanente des situations relatives à chaque drogue. Les remèdes en vente libre doivent faire l'objet d'une surveillance constante au cas où il y aurait lieu de les assujettir à l'ordonnance médicale. À ce propos, la Commission n'a rien à ajouter à la recommandation de son *Rapport provisoire*, soit que l'on étudie périodiquement tous les remèdes en vente libre et que ceux qui comportent un danger ne soient prescrits que sur ordonnance. Il y a eu controverse à savoir si ces remèdes ne devraient être vendus que

dans les pharmacies, parce que c'est là seulement que le pharmacien peut renseigner le client. Cette question ne touche pas le cœur du problème, à savoir dans quelle mesure on peut laisser les individus libres de s'administrer ces remèdes sans les conseils du médecin. L'obligation de l'ordonnance ajoute aux inconvénients et aux frais du consommateur de sorte qu'on ne doit pas l'imposer à la légère. C'est une décision qui doit être prise chaque fois à la lumière de tous les faits pertinents. Il n'y a pas lieu pour la Commission de formuler de recommandations à l'égard de drogues particulières.

Au Canada, l'usage non médical de remèdes en vente libre pour leurs propriétés psychotropes ne semble pas causer présentement de problème de santé publique grave, quoique les vertus thérapeutiques d'un bon nombre de ces préparations (notamment de prétendus sédatifs et tranquillisants) aient été mises en doute. Par contre, il y a lieu de s'inquiéter des effets de certains de ces médicaments, dont les empoisonnements accidentels attribuables aux A.S.A. (Aspirine), surtout chez les enfants. La solution à ce problème n'est pas d'exiger (comme certains l'ont réclamé) que les A.S.A. ne soient prescrits que sur ordonnance, ce qui ne serait pas pratique, ni même d'en restreindre la distribution aux pharmacies, ce qui causerait également bien des ennuis pour rien, mais de faire comprendre au public le danger d'empoisonnement (et d'hémorragie gastrique dans le cas des A.S.A.) et de prendre les mesures de sécurité qui s'imposent, notamment l'amélioration de l'emballage pour que les médicaments ne soient pas à la portée des enfants.

Les différences entre le régime international et le régime canadien d'inscription des drogues aux tableaux ou aux annexes font ressortir le fait qu'une classification judicieuse à des fins de contrôle est liée aux situations locales et que les instruments internationaux de contrôle doivent être suffisamment souples pour permettre la mise sur pied de régimes nationaux adaptés à chaque pays. Des instruments internationaux trop détaillés pourraient imposer à certains pays des contrôles pour lesquels ils ne sont pas prêts.

Le contrôle international ne doit pas tendre à dicter aux États leur politique intérieure, mais à empêcher la politique de l'un de miner celle d'un autre. Cela suppose une étroite coopération dans la poursuite d'objectifs communs. De même, la politique internationale de contrôle doit être assez souple pour favoriser cette coopération tout en permettant à chaque État d'élaborer la politique interne qui lui convient le mieux. Cet équilibre n'a pas été réalisé aussi bien qu'il eût été possible, la réglementation internationale ayant abouti à trop de détails et à trop de rigidité quant aux cadres de la politique de chaque pays ; depuis quelque temps toutefois, on semble plus conscient de la nécessité d'une certaine souplesse en cette matière. Il faut que les États aient suffisamment de latitude pour s'adapter à l'évolution de la conjoncture. Les adhésions aux conventions internationales sont espacées dans le temps et ces accords demeurent ordinairement inchangés pendant des années. Ils ne sont pas aussi facile à modifier ou à remplacer que les lois. Les conditions et les opinions évoluent dans chaque pays et il faudrait pouvoir en tenir compte.

Y A-T-IL LIEU DE REFONDRE LES LOIS ET LES RÈGLEMENTS ?

Depuis quelques années, certains voudraient remplacer les lois qui ont été élaborées une à une, selon les besoins, dans le domaine du contrôle des drogues, par des lois-cadres qui seraient plus qu'une codification des lois existantes et qui refléteraient une nouvelle façon d'aborder la classification des drogues à des fins de contrôle. Ces réformes ont en commun l'élaboration de nouveaux tableaux des drogues permettant de reconnaître les contrôles administratifs et les sanctions pénales applicables à chacune.

Nous avons des exemples de ces lois-cadres aux États-Unis, dans le *Controlled Substances Act*, entré en vigueur en octobre 1970, et en Grande-Bretagne, dans le *Misuse of Drugs Act* adopté en 1971.

La loi américaine contient cinq tableaux où les substances sont inscrites à des fins de contrôle selon les critères suivants : tableau I, la drogue se prête très facilement à l'abus, elle n'a pas d'usage médical reconnu et elle n'offre pas la sécurité voulue pour être utilisée sous surveillance médicale ; tableau II, la substance se prête très facilement à l'abus, elle a un usage médical reconnu et son abus peut entraîner une très forte dépendance psychique ou physique ; tableau III, la substance se prête moins à l'abus que celles des tableaux I et II, elle a un usage médical reconnu, et son abus peut engendrer une dépendance physique modérée ou faible ou une forte dépendance psychique ; tableau IV, la substance se prête peu à l'abus, par comparaison à celles du tableau III, elle a un usage médical reconnu, et son abus peut engendrer une dépendance physique ou psychique moindre que celle des substances du tableau III ; tableau V, la substance se prête moins à l'abus que celles du tableau IV, elle a un usage médical reconnu, et son abus engendre une dépendance physique ou psychique moindre que celle des substances du tableau IV. Les critères de base sont donc l'usage médical reconnu, le risque d'abus et le risque de dépendance physique ou psychique ou d'autre mal. Ces critères mènent au groupement de substances différentes du point de vue pharmacologique et ils n'apportent pas de solution à certains problèmes de confiance que pose la confusion de substances fort différentes les unes des autres. Le tableau I renferme divers opiacés synthétiques et demi-synthétiques, y compris l'héroïne, mais également certains dérivés hallucinogènes des amphétamines (tels que la MDA et le S.T.P.), le L.S.D., la marijuana, la mescaline, le peyotl, la psilocybine et les T.H.C. Ainsi, la confusion des catégories pharmaceutiques au tableau I est plus grande que celle dont on se plaint dans la loi canadienne parce que celle-ci assimile le cannabis aux stupéfiants opiacés. Parmi les critères donnés pour les substances du tableau I, on ne mentionne pas (comme on le fait pour les autres tableaux) le risque de dépendance, bien que nombre de substances qui y figurent comportent ce risque. Cette omission pourrait être trompeuse. C'est qu'on a groupé des substances de nature à engendrer la dépendance, telle l'héroïne, et d'autres exemptes de cette propriété, tels les hallucinogènes. Le tableau II comprend certains stupéfiants opiacés naturels et synthétiques : opium, mor-

phine, péthidine et méthadone, outre la cocaïne, les amphétamines, la méthamphétamine et les substances de type amphétaminique : phénumétrazine (Préludine) et méthylphénidate (Ritaline). On établit une distinction entre les sanctions pénales applicables aux drogues des tableaux I et II qualifiées de « stupéfiants » (opiacés et cocaïne) et autres drogues des mêmes tableaux, mais les délits de trafic de marijuana sont frappés de la même peine maximum que ceux qui se rapportent aux hallucinogènes puissants et aux amphétamines. Nous ne voulons pas critiquer ici la législation américaine, mais souligner qu'il est difficile de trouver des fondements théoriques à une classification des drogues aux fins de contrôle qui soit exempte de toute anomalie ou illogisme. En tentant de formuler des critères assez généraux qui ne sont pas toujours faciles à appliquer, mais par rapport auxquels les tribunaux doivent se prononcer, on peut aussi compliquer passablement l'application des contrôles.

Le *Misuse of Drugs Act 1971* répartit les médicaments et les drogues en trois catégories aux fins de contrôle, selon la sévérité des sanctions pénales qui s'appliquent à chacune. On ne donne aucun critère de distinction entre les catégories, ce qui est une façon habile de reconnaître que le choix a été essentiellement pragmatique et qu'on ne saurait en énoncer brièvement le principe. La catégorie A renferme les T.H.C., le L.S.D., la mescaline et certains autres hallucinogènes, de même que la cocaïne et les principaux stupéfiants opiacés naturels et synthétiques. La catégorie B renferme le cannabis et sa résine (marijuana et haschich), ainsi que les amphétamines et certaines substances de type amphétaminique : méthylphénidate (Ritaline), phénumétrazine (Préludine) et diverses formes de codéine. La catégorie C comprend un hypnotique sédatif, la méthaqualone (Mandrax) et certains antidépresseurs et stimulants tels que le pipradol (Métratran). Fait à noter, le *Misuse of Drugs Act* ne mentionne ni les barbituriques, ni les tranquillisants mineurs, non plus que les sédatifs non barbituriques, à l'exception de la méthaqualone, bien qu'ils ne se vendent que sur ordonnance. Les peines maximums sont les mêmes pour tous les délits relatifs aux substances des catégories A et B, sauf le délit de simple possession, pour lequel les peines d'emprisonnement sont de sept ans et de cinq ans respectivement par voie de mise en accusation et de douze et de six mois respectivement sur déclaration sommaire de culpabilité. Les principales différences dans l'éventail des peines se rapportent à la catégorie C.

La *Convention sur les substances psychotropes* présente de nouveaux tableaux aux catégories différentes de celles des lois américaines, britanniques et canadiennes. Les critères selon lesquels se fait l'inscription aux tableaux ne sont pas énoncés dans la Convention, mais on les trouve dans un rapport du Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'Organisation mondiale de la Santé⁶⁰ : tableau I (hallucinogènes) — « Substances qu'il est recommandé de placer sous contrôle parce qu'elles sont susceptibles d'abus dans une mesure constituant un risque particulièrement grave pour la santé publique et que leur valeur thérapeutique est très limitée ou inexistante » ; tableau II (amphétamines et drogues de même type) — « Substances qu'il est recommandé de placer sous contrôle parce qu'elles sont susceptibles d'abus dans

une mesure constituant un risque sérieux pour la santé publique et que leur valeur thérapeutique n'est que faible à moyenne ; tableau III (barbituriques à action fugace) — « Substances qu'il est recommandé de placer sous contrôle parce qu'elles sont susceptibles d'abus dans une mesure constituant un risque sérieux pour la santé publique mais dont la valeur thérapeutique est moyenne à grande ; tableau IV (barbituriques à action prolongée, hypnotiques sédatifs non barbituriques, tranquillisants mineurs et anoxériques stimulants) — « Substances qu'il est recommandé de placer sous contrôle parce qu'elles sont susceptibles d'abus dans une mesure constituant un risque faible mais non négligeable pour la santé publique et dont la valeur thérapeutique est faible à grande ».

Les barbituriques à action fugace du tableau III sont assujettis, nous l'avons vu, à des contrôles moins sévères que les amphétamines du tableau II. Ainsi, les pharmaciens sont tenus plus rigoureusement à tenir des registres pour les drogues du tableau II que pour celles du tableau III. L'attitude du Canada, qui a assujetti les barbituriques aux mêmes contrôles que les amphétamines (sous réserve des restrictions récentes à l'usage médical de ces dernières), semble plus justifiée, étant donné le risque de dépendance que comporte l'usage des barbituriques et le danger de mort par surdose. Cette différence de classification ne pose pas de problème cependant puisque toute partie est libre d'adopter des mesures de contrôle plus sévères que celles qu'exige la Convention. La différence dans ce cas-ci fait ressortir qu'il ne serait pas pratique pour le Canada d'adopter les tableaux mêmes de la Convention comme système de classification à des fins de contrôle. D'autre part, si le Canada devient partie à la Convention, il devra apporter certaines modifications à son système de classification. Par exemple, certaines substances inscrites à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues* devront être assujetties à des contrôles plus sévères.

Pour grouper les médicaments et drogues de façon à établir les distinctions indispensables au contrôle, il faut connaître celles qui existent essentiellement entre les diverses catégories de ces substances. Il faut distinguer entre les contrôles administratifs de l'offre et les interdictions et sanctions pénales. Toutes les substances destinées à des fins médicales mais qui peuvent servir à des fins non médicales et qui comportent un risque de dépendance ou autre risque grave devraient probablement être soumises aux mêmes contrôles administratifs : licences, ordonnances, registres, rapports, précautions contre la perte ou le vol, inspection et vérification. Comme ces contrôles entraînent du travail et des frais supplémentaires pour l'administration comme pour les fabricants et distributeurs, ils ne devraient être imposés (sauf en vertu d'obligations internationales) que pour les substances qui répondent clairement aux critères ci-dessus. Présenter des rapports est particulièrement onéreux pour les pharmaciens. On créerait une autre catégorie de substances à fins médicales et on la soumettrait aux exigences minimums de l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues* pour ce qui est de la prescription. Il s'agirait de substances qui, en raison du risque qu'elles comportent, ne

devraient pas être prises sans l'avis d'un médecin mais qui ne représentent pas un danger suffisant ni ne sont utilisées suffisamment à des fins non médicales pour qu'on leur applique tous les autres contrôles administratifs.

Quant aux interdictions et sanctions pénales, il faut distinguer entre les catégories de drogues selon la gravité du trafic. Il peut convenir d'appliquer les mêmes contrôles administratifs à l'utilisation à des fins médicales des stupéfiants opiacés, de la cocaïne, des amphétamines, des barbituriques et de certaines substances présentement inscrites à l'Annexe F des Règlements, mais il ne serait pas raisonnable d'appliquer la même peine maximum au trafic de toutes ces substances, à moins que nous soyons disposés à réduire, comme on l'a fait dans d'autres pays, les peines maximums pour trafic de stupéfiants à celles qui semblent convenir aux autres drogues contrôlées. Pour les motifs déjà indiqués, cela ne paraît pas à conseiller. Il faudrait donc distinguer entre les catégories de drogue quant à la peine maximum pour le trafic. Enfin, dans les cas de possession non autorisée pour usage personnel, il ne conviendrait pas d'appliquer les mêmes peines pour toutes les substances auxquelles on applique les mêmes contrôles administratifs. Il faudrait donc établir de nouvelles distinctions entre les catégories à ces fins. On trouvera à la section suivante nos conclusions et recommandations sur l'application du droit pénal à la simple possession ou à l'usage non autorisé. Qu'il suffise de retenir ici qu'on ne peut les déduire de la rigueur des contrôles administratifs jugés nécessaires pour chaque catégorie de médicaments ou drogues.

En formulant différemment les lois qui régissent le système actuel de contrôle pour mieux tenir compte de ces distinctions essentielles, nous en améliorerons peut-être très peu la clarté et la structure. Ce qu'il nous faut, c'est une nouvelle loi et un nouveau règlement pour remplacer la *Loi sur les stupéfiants* et les Parties III et IV de la *Loi des aliments et drogues* ainsi que leurs règlements respectifs. Les drogues qu'il faudrait soumettre au contrôle en vertu de la nouvelle loi pourraient être réunies en des annexes ou sous-divisions d'annexes selon les critères suivants : toutes les substances qui devraient faire l'objet des mêmes mesures à l'égard de chacun des sujets suivants : contrôles administratifs de l'offre, interdictions et peines frappant la distribution non autorisée, et interdictions et peines frappant la simple possession ou l'usage non autorisé. Examinons un mode de reclassification qui tiendrait compte de ces distinctions essentielles et qui satisferait aux exigences de la Convention sur les substances psychotropes, 1971.

Les stupéfiants opiacés constituent, avec la cocaïne, un groupe de drogues auxquelles il convient d'appliquer les mêmes normes en matière de contrôle de l'offre et de sanctions pénales. Du point de vue pharmacologique, la cocaïne est différente des stupéfiants opiacés, mais il n'y aurait pas lieu pour autant de la placer dans une autre catégorie puisque les circonstances exigent qu'on leur applique les mêmes contrôles. Dans ce cas-ci, le fait de la confondre avec les stupéfiants opiacés ne trompe vraiment personne quant à son véritable danger, contrairement à ce qui se produit pour le cannabis. Pour souligner cette différence pharmacologique, cependant, on pourrait

inscrire la cocaïne dans une subdivision de cette première catégorie. Ainsi, après que le cannabis aurait été inscrit dans une catégorie plus appropriée, les drogues de l'Annexe de la Loi sur les stupéfiants pourraient constituer notre première catégorie.

Une seconde catégorie pourrait comprendre les hallucinogènes du tableau I de la Convention sur les substances psychotropes et de l'Annexe H de la Loi des aliments et drogues. Si le Canada devenait Partie à la Convention, il faudrait inscrire dans cette catégorie certaines substances d'autres annexes. Ainsi, la mescaline serait retirée de l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*. Il faudrait également inclure dans cette catégorie la psilocine et la psilocybine qui n'apparaissent dans aucune annexe canadienne. Le D.M.H.P. est présentement inscrit, en tant que dérivé du cannabis, à l'annexe de la *Loi sur les stupéfiants*. De fait, seulement quatre des dix substances inscrites au tableau I de la Convention figurent présentement à l'Annexe H de la *Loi des aliments et drogues*. Les six autres sont soit inscrites dans d'autres annexes ou ne sont inscrites dans aucune.

Ces six drogues comprennent les T.H.C. qui, avec d'autres formes de cannabis, figurent à l'annexe de la *Loi sur les stupéfiants*. Il faudrait choisir une catégorie convenable pour le cannabis, conforme à la politique législative que le gouvernement adopterait à son égard. On trouvera les conclusions et recommandations de la Commission à ce sujet dans *Le cannabis*. Il est certain que le cannabis a une étroite affinité avec les hallucinogènes. À supposer toutefois que l'on veuille appliquer des mesures différentes au cannabis et aux hallucinogènes puissants, au moins quant aux sanctions pénales, il pourrait être opportun de créer deux subdivisions dans la seconde catégorie : l'une pour les hallucinogènes puissants et l'autre pour le cannabis et tous autres hallucinogènes à nocivité virtuelle moindre.

Dans une troisième catégorie, on pourrait inscrire les amphétamines et les substances de même type, les barbituriques, les tranquillisants et les hypnotiques sédatifs mineurs comportant un risque d'abus qui justifie l'application de contrôles rigoureux à leur distribution. Ici encore, des subdivisions permettraient de tenir compte de distinctions opportunes en matière de sanctions pénales. Pour satisfaire aux exigences de la *Convention sur les substances psychotropes*, il faudrait transférer certaines substances à la troisième catégorie.

Parmi les amphétamines et les substances assimilées, il faudrait retirer le méthylphénidate (Ritaline) de l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*. Ce serait une suite judicieuse et logique au transfert de la phénumétrazine (Préludine) à la catégorie des drogues contrôlées. La dexamphétamine (dextroamphétamine) inscrite au tableau II de la Convention figure à l'Annexe G de la *Loi des aliments et drogues*.

Les barbituriques à action fugace du tableau III de la Convention sont tous régis en tant que « drogues contrôlées ». Le seul changement exigé par ce tableau serait le transfert de la glutéthimide de l'Annexe F des *Règlements*.

Cette drogue serait mieux placée dans une subdivision groupant les tranquillisants et hypnotiques sédatifs mineurs.

Trois des onze substances du tableau IV de la Convention : barbital, phénobarbital et méthylphénobarbital figurent présentement dans la catégorie des drogues contrôlées et seraient mieux placées dans la subdivision des barbituriques. Sept autres substances du même tableau : amfepramone, ethchlorvynol, éthinamate, méprobamate, méthyprylon et pipradol seraient à retirer de l'Annexe F* et à inscrire dans la sous-catégorie des hypnotiques sédatifs, tranquillisants mineurs et substances amphétaminiques. La dernière substance du tableau IV de la Convention, le SPA, ne se vendant pas au Canada, n'apparaît dans aucune annexe de la législation canadienne. La troisième catégorie pourrait comprendre des substances qui ne sont pas inscrites au tableau IV, notamment deux tranquillisants mineurs (Valium et Librium), auxquelles on juge à propos d'appliquer les mêmes contrôles qu'aux autres substances de cette catégorie.

Une quatrième catégorie pourrait comprendre les médicaments assujettis à l'ordonnance médicale mais qui n'exigent pas les contrôles rigoureux, quant à la circulation, que les substances des trois autres. Il conviendrait également d'établir des interdictions et sanctions pénales différentes pour la distribution non autorisée des médicaments de cette quatrième catégorie.

Il faudrait également maintenir une catégorie de substances correspondant à la présente Annexe F de la Loi, et dont la vente soit absolument interdite à n'importe quelle fin.

LE CANADA DEVRAIT-IL ADHÉRER À LA CONVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOTROPES ?

On peut entrevoir d'après ce qui précède certaines des conséquences éventuelles de l'adhésion du Canada à la *Convention sur les substances psychotropes*. Reste à savoir si le Canada devrait en devenir Partie et à quelles conditions. La Convention permet aux États l'adhésion avec réserves, mais les points sur lesquels peuvent porter ces réserves sans le consentement des autres Parties sont limités ; ce sont les mesures que peut prendre l'Organe international de contrôle de stupéfiants en cas de manquement aux dispositions de la Convention ; les dispositions relatives à l'application territoriale de la Convention ; les dispositions relatives au règlement des différends ; les conditions relatives aux plantes sauvages contenant des substances psychotropes du tableau I, et utilisées traditionnellement par « certains groupes restreints bien déterminés à l'occasion de cérémonies magiques ou religieuses ».

Toute Partie peut faire des réserves à l'égard d'autres dispositions de la Convention pourvu que le tiers des Parties ou plus ne s'y soient pas opposées

* En juin 1973, la méthaqualone a été transférée de l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues* à l'Annexe G de la *Loi des aliments et drogues*.

dans les douze mois. Les États qui élèvent des objections contre une réserve n'ont pas à assumer à l'égard de l'État qui l'a formulée l'obligation juridique découlant de la Convention, sur laquelle porte la réserve.

Le droit de formuler des réserves au moment de l'adhésion offre une certaine souplesse, tout comme diverses modalités de la Convention. Malgré cela, le Canada serait encore tenu en vertu de la Convention d'apporter des changements profonds à son régime de contrôle des drogues à fins médicales et scientifiques. Par exemple, il devrait rendre beaucoup plus rigoureuse l'obligation de contrôler les stocks et de présenter des rapports sur eux. Il faudrait présenter un rapport annuel à l'Organe international de contrôle des stupéfiants non seulement sur les drogues contrôlées et les drogues d'usage restreint pour lesquelles il existe déjà des registres, mais aussi sur certaines substances de l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues* pour lesquels il n'en existe pas présentement. Les obligations relatives à la tenue de registres et à la production de rapports seraient beaucoup plus considérables.

Les engagements relatifs aux mesures pénales n'obligeraient pas le Canada à modifier sa loi. Par exemple, la Convention n'exige pas que l'on érige en délit punissable la simple possession ou l'usage des substances des tableaux II, III, et IV. Les dispositions relatives aux hallucinogènes puissants, dont les T.H.C., figurant au tableau I de la Convention, réduiraient la marge d'action du Canada à l'avenir, car elles semblent exiger, ainsi que nous l'expliquons à la section suivante, que l'usage ou au moins la simple possession soient décrétés infractions punissables.

Le régime de contrôle actuellement en vigueur au Canada est conforme dans l'ensemble à la Convention. Le Canada a devancé dans une large mesure les exigences internationales. Des modifications s'imposeraient pour que notre régime cadre parfaitement avec les dispositions de la Convention, mais elles s'inscriraient dans la logique de la politique canadienne. Nous croyons même que la Convention ne va pas aussi loin qu'il conviendrait, notamment en n'appliquant pas de régime plus sévère aux tranquillisants mineurs. Mais elle n'empêche pas de soumettre une substance à des contrôles plus rigoureux.

Les engagements internationaux comportent toujours des inconvénients, des obligations supplémentaires et réduisent la liberté d'action, mais ces désavantages sont compensés dans ce cas-ci par des normes et une coopération internationales dans le contrôle des drogues. Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, la politique de contrôle d'un État peut être par le manque de collaboration sur le plan international. Ainsi la Suède s'est rendu compte que ses efforts pour réprimer l'usage non médical des stimulants étaient gravement compromis par le manque de coopération des autres pays; ce fut l'une des principales raisons de son appui à la *Convention sur les substances psychotropes*. En dépit des désavantages que cela pourrait comporter, nous croyons que le Canada devrait continuer à œuvrer dans ce sens. Pour

ces motifs, nous recommandons que le Canada adhère à la Convention sur les substances psychotropes avec les réserves qu'imposeront les autres recommandations de notre rapport.

Rappelons qu'un État, outre le droit de faire des réserves au moment de son adhésion, a toujours celui de proposer des modifications ou de dénoncer la Convention, si cela s'impose par suite d'un changement de politique. Tout comme la *Convention unique*, la *Convention sur les substances psychotropes, 1971* prévoit qu'une Partie peut la dénoncer, c'est-à-dire cesser d'y être Partie à compter du 1^{er} janvier de chaque année en signifiant son intention au moins six mois plus tôt. Cette possibilité, au besoin, peut aider une Partie à obtenir les modifications qu'elle désire.

NOTES

1. La *Convention unique sur les stupéfiants* a été élaborée par la Commission des stupéfiants en conformité d'une recommandation de 1958 du Conseil économique et social. Elle a été adoptée et ouverte à la signature, aux Nations Unies, en mars 1961, lors d'une conférence de plénipotentiaires à laquelle 73 États étaient représentés. La réunion avait pour but de remplacer les traités multilatéraux alors en vigueur dans ce domaine par un régime unique limitant l'usage des stupéfiants aux fins médicales et scientifiques. La Convention est entrée en vigueur le 13 décembre 1964.
2. Le protocole de la *Convention sur les substances psychotropes* (1971) a été ratifié lors d'une conférence réunissant les plénipotentiaires de plus de 70 pays à Vienne en février 1971. Le Canada a participé à l'élaboration de la Convention mais, comme nombre d'autres États, s'est réservé d'y adhérer. Les pays peuvent devenir Parties à la Convention en la signant, en la ratifiant après l'avoir signée sous réserve de ratification ou en y adhérant. Les pays avaient jusqu'au 1^{er} janvier 1972 pour signer la Convention, après quoi ils pouvaient y adhérer.
3. Ces modifications, destinées à donner plus de force à certaines dispositions de la *Convention unique* notamment celles touchant les fonctions de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, ont été adoptées à Genève, en mars 1972, lors d'une conférence de plénipotentiaires à laquelle 97 États étaient représentés. Les amendements entrent en vigueur après que 40 États ont ratifié le Protocole ou y ont adhéré.
4. Comité O.M.S. d'experts de la pharmacodépendance, seizième rapport, Organisation mondiale de la santé, série de rapports techniques, 1969, n° 407, p. 6.
5. Article 36.
6. Article 2, paragraphe 4.
7. Article 2, paragraphe 5.
8. Article 7.
9. Article 5, paragraphe 2.
10. S.R.C. 1970, c. N-1.
11. *Règlements sur les stupéfiants*, art. 4 à 22.
12. Ibid., 23 à 37.
13. Ibid., 38 à 41.
14. Ibid., 42 à 44.
15. Ibid., 37 et 41. Le Bureau des drogues dangereuses communique des « listes » de médecins et de pharmaciens à qui il est interdit de vendre ou de remettre certains médicaments.
16. Ibid., 47, modifié par le décret C.P. 1972-1795, du 24 août 1972, SOR/72-337, 28 août 1972.
17. Ibid., 3.

18. Ibid., 3(3).
19. Ibid., 51.
20. *Loi sur les stupéfiants*, art. 5.
21. Ibid., art. 4.
22. Ibid., art. 6.
23. *Code criminel*, art. 646.
24. S.R.C. 1970, c. F-27.
25. *Règlements des aliments et drogues*, J. 01.033, modifiés par le décret C.P. 1972-1794, 24 août 1972, SOR/72-336, 28 août 1972.
26. *Règlements des aliments et drogues*, Partie J.
27. Article 42.
28. *Règlements des aliments et drogues*, Partie G.
29. *Loi des aliments et drogues*, art. 34.
30. Modifications aux *Règlements des aliments et drogues*, Partie G, apportées par le décret P.C. 1972-3049, du 19 décembre 1972, SOR/73-17, 21 décembre 1972.
31. *Règlements des aliments et drogues*, G. 06.001, modifiés par le décret C.P. 1972-1794, 24 août 1972, SOR/72-336, 28 août 1972.
32. *Règlements des aliments et drogues*, art. C. 01.041 et suivants.
33. *Loi des aliments et drogues*, art. 26.
34. Ibid., art. 2.
35. S.R.C. 1970, c. P-25.
36. Article 15.
37. Outre qu'elle assure le respect de certaines législations fédérales, la Gendarmerie royale du Canada remplit la fonction de sûreté provinciale dans certaines provinces.
38. TOMALTY, G. L., inspecteur, chef de la Direction des drogues, Gendarmerie royale du Canada, communication personnelle à la Commission, 6 décembre 1972.
39. TOMALTY, G. L., communication personnelle à la Commission, 15 décembre 1972.
40. Article 423.
41. CRAIGEN, D., directeur des Services médicaux, Service pénitentiaire du Canada, communication personnelle à la Commission, 30 août 1972.
42. CANADA, Ministère du solliciteur général, Centre d'information statistique, *Study on Drug Traffickers*, mai 1972.
43. Ainsi, il y a eu à Vancouver en 1972 saisie d'un laboratoire clandestin d'une grande capacité de production de MDA.
44. Fait à noter, cependant, les autorités policières américaines déclarent avoir créé une pénurie d'héroïne sur la côte atlantique des États-Unis en 1972. Il en est résulté une augmentation des prix et une baisse dans la qualité de l'héroïne illicite. Voir *Federal Strategy for Drug Abuse and Drug Traffic Prevention 1973* (Rapport du Strategy Council on Drug Abuse au Président), p. 112. Il est fait mention de cette pénurie à l'Appendice B, *Sources et distribution licites et illicites*.

45. C'est le cas de la peine maximum, soit l'emprisonnement à perpétuité. Certaines mesures législatives des États ou du gouvernement fédéral américains sont plus rigoureuses que celles du Canada, notamment l'imposition de sentences minimums obligatoires en certains cas, et certaines dispositions particulièrement sévères du droit fédéral relatives à la distribution à des mineurs et à des traficants qui sont des criminels d'habitude.
46. En vertu du *Misuse of Drugs Act 1971*, les délits de trafic des stupéfiants sont punissables sur déclaration sommaire de culpabilité, d'au plus 12 mois d'emprisonnement ou d'une amende de 400 livres, ou des deux à la fois, et sur déclaration de culpabilité sur acte d'accusation, d'au plus 14 ans d'emprisonnement ou d'une amende, ou des deux à la fois.
47. En Australie, le trafic est punissable d'un emprisonnement d'au plus 10 ans.
48. En Nouvelle-Zélande, le trafic est punissable d'un emprisonnement d'au plus 14 ans.
49. En France, le trafic des stupéfiants est punissable d'un emprisonnement de 2 à 10 ans et la production, la fabrication, l'importation ou l'exportation, d'un emprisonnement de 10 à 20 ans. En Allemagne occidentale, le trafic des stupéfiants opiacés est punissable de 1 à 10 ans d'emprisonnement, au Danemark, en Suède et en Norvège, d'au plus 6 ans. En Finlande, la durée maximum a été portée à 10 ans et on a proposé la même augmentation en Norvège. En Belgique, les délits de trafic sont frappés de 3 mois à deux ans d'emprisonnement. Dans les Pays-Bas, la peine maximum est de 4 ans, en Italie, de 3 à 8 ans, et en Suisse, d'au plus 5 ans.
50. Statuts du Canada de 1908, c. 50.
51. Statuts du Canada de 1911, c. 17. Statuts du Canada de 1921, c. 42.
52. Statuts du Canada de 1953-1954, c. 38.
53. Statuts du Canada de 1923, c. 22.
54. Rapport du Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle, *Justice pénale et correction : un lien à forger*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1969, p. 226.
55. Statuts du Canada de 1921, c. 42.
56. Débats de la Chambre des communes du Canada, 1961, pp. 6435-6440.
57. *Le cannabis*, p. 302.
58. *Barbiturate abuse in the United States*, rapport d'un sous-comité d'enquête sur la délinquance juvénile, par le sénateur Birch Bayh, président du Comité des affaires judiciaires du Sénat des États-Unis, décembre 1972, U.S. Government Printing Office, Washington 1972; *A Study of Current Abuse and Abuse Potential of the Sedative Hypnotic Derivatives of Barbiturate Acid with Control Recommendations*, Department of Justice, Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, 16 novembre 1972.
59. Ce travail pourrait être facilité si la profession médicale elle-même formulait des directives en matière de prescription médicale, par exemple pour les barbituriques et certains autres hypnotiques sédatifs, médicaments les plus fréquemment en cause dans les cas de suicide et de décès par empoisonnement accidentel en Amérique du Nord (voir Appendices A. 7 et A. 8). Les suicides par empoisonnement résultent en général d'une impulsion passagère et de la présence à la maison de substances toxiques obtenues antérieurement par ordonnance. C'est pourquoi on a souvent recommandé

de limiter la quantité maximum de substances dangereuses qu'il est possible de se procurer à l'aide d'une seule ordonnance. On a proposé comme limite la dose normale pour deux semaines ou une quantité inférieure à la dose mortelle. On a également proposé d'inciter les médecins à prescrire des sédatifs moins toxiques (tranquillisants mineurs à base de benzodiazépine par exemple), lorsqu'ils sont conformes aux besoins thérapeutiques.

60. Organisation mondiale de la santé, Comité O.M.S. d'experts de la pharmacodépendance, dix-septième rapport (Série de rapports techniques, n° 437), 1970, pp. 14 à 17.

Section VII

Mesures de contrôle applicables à l'usager

LES CONVENTIONS INTERNATIONALES

Dans la section précédente, il a été question des dispositions de la *Convention unique sur les stupéfiants de 1961* et de la *Convention sur les substances psychotropes, 1971* relatives au contrôle des drogues. Nous devons maintenant examiner les mesures de contrôle applicables à l'usager, selon les mêmes conventions.

On se rappellera qu'en vertu de la *Convention unique* les Parties sont tenues de prendre les mesures législatives et administratives qui pourront être nécessaires « pour limiter exclusivement aux fins médicales et scientifiques la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention des stupéfiants ». L'article 36, consacré aux dispositions pénales, ne stipule pas explicitement que l'usage doit constituer une infraction¹. Il y est question de « possession » ou de « détention », mais on pourrait soutenir qu'il s'agit de possession en fonction de la distribution ; en effet, tous les autres actes spécifiés à l'article 36 se rapportent à la production ou à la distribution. Cette interprétation est d'ailleurs corroborée par la version française où l'on emploie le terme *détention* et non pas celui de *possession*. On a prétendu que l'article 36 ne visait pas la simple possession à des fins de consommation, mais dans la plupart des pays, l'interprétation reçue veut que la Convention oblige les Parties à faire de la simple possession une infraction. Notons que l'article 36 ne porte pas que seuls les actes énumérés constituent des infractions punissables, mais aussi « tout autre acte qui, de l'avis de ladite Partie, serait contraire aux dispositions de la présente Convention ». Les Parties ont donc beaucoup de latitude pour décider quels actes constitueront des infractions pour que les objectifs de la Convention soient atteints. La plupart des Parties à la Convention, sauf erreur, ont fait une infraction de la simple possession ou de l'usage. C'est donc en ce sens que les États ont interprété leurs obligations découlant de l'article 36, même si, selon la lettre, il eût été possible de restreindre le sens de possession à celui de possession ou de détention à des fins de trafic.

Contrairement à l'article 36 de la *Convention unique*, l'article 22 de la Convention sur les substances psychotropes ne spécifie pas les actes qui doivent être déclarés infractions. Il vise en termes généraux tout acte contraire aux lois et règlements que les Parties jugent à propos d'adopter pour s'acquitter des obligations découlant de la Convention, ce qui leur laisse plus de latitude. Cependant, il oblige explicitement celles-ci à interdire tout usage des drogues du tableau I (les hallucinogènes, dont le T.H.C. mais à l'exclusion de la marijuana ou du haschich) sauf à des fins scientifiques ou à des fins médicales très restreintes, et sauf par des personnes autorisées dans des établissements approuvés², ce qui entraînerait l'obligation de faire une infraction de tout usage à des fins non médicales ou au moins de la simple possession ou détention à ces fins. Il n'en est pas ainsi des drogues du tableau II (amphétamines et certaines drogues d'action analogue), du tableau III (barbituriques aux effets fugaces et drogues ayant des effets semblables) et du tableau IV (divers autres hypnotiques sédatifs, tranquillisants mineurs et stimulants) ; toute Partie est tenue de restreindre « par des mesures qu'elle juge à propos », la fabrication, la distribution, « l'usage et la détention » de ces drogues à des fins médicales et scientifiques³. Ces drogues ne doivent être dispensées que sur ordonnance mais il ne semble pas y avoir obligation de faire une infraction punissable de leur usage ou de leur simple possession à des fins non autorisées.

Les pays semblent de plus en plus faire une distinction entre le trafic et l'usage et favoriser l'application de mesures non pénales à l'usager. Ce changement d'attitude se voit à la teneur de l'article 22 de la *Convention sur les substances psychotropes*, 1971 :

... si des personnes faisant abus de substances psychotropes commettent de telles infractions, les Parties pourront adopter au lieu de l'inculpation ou du châtement, soit concurremment, des mesures de traitement, d'éducation, de post-cure, de réadaptation et de réintégration sociale ...

Cette disposition, qui pourrait s'appliquer aussi bien aux personnes coupables de trafic qu'aux coupables de simple possession ou d'usage, s'inspire de la notion qu'il est peut-être préférable d'user de mesures non pénales à l'égard du toxicomane, quelle que soit l'infraction. Elle permet aux États d'user de plus de souplesse à l'égard de l'usager dans leur politique sociale. Notons cependant que cette solution comporte une certaine coercition à l'égard de l'usager.

Cette disposition n'a été insérée que récemment dans la *Convention unique* ; néanmoins plusieurs États avaient déjà créé des régimes de traitement obligatoire comme solution de rechange à l'emprisonnement. Auparavant, la seule mention de traitement dans la *Convention* figurait à l'article 38 :

1. Les Parties prendront particulièrement en considération les mesures à prendre pour faire traiter et soigner les toxicomanes et assurer leur réadaptation.

2. Si la toxicomanie constitue un grave problème pour une Partie et si ses ressources économiques le permettent, il est souhaitable qu'elle crée les services adéquats en vue du traitement efficace des toxicomanes.

Les modifications à la *Convention unique* adoptées en mars 1972 y incorporent les dispositions ci-dessus de la *Convention sur les substances psychotropes, 1971*, relatives aux autres mesures que la peine. L'article 38 modifié de la *Convention unique* porte application aux stupéfiants de l'article 20 de la *Convention sur les substances psychotropes, 1971* :

1. Les Parties envisageront avec une attention particulière l'abus des stupéfiants et prendront toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la post-cure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées; elles coordonneront leurs efforts à ces fins.
2. Les Parties favoriseront, autant que possible, la formation d'un personnel pour assurer le traitement, la post-cure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes qui abusent de stupéfiants.
3. Les Parties prendront toutes les mesures possibles pour aider les personnes qui en ont besoin dans l'exercice de leur profession à acquérir la connaissance des problèmes posés par l'abus des stupéfiants et par sa prévention, et elles développeront aussi cette connaissance dans le grand public s'il y a lieu de craindre que l'abus de ces stupéfiants ne se répande très largement.

LA LÉGISLATION CANADIENNE ET SON APPLICATION AUX CONTRÔLES SUR LES USAGERS

LES INTERDICTIONS

En vertu de la législation fédérale canadienne, c'est un délit que d'avoir en sa possession sans autorisation à d'autres fins que le trafic les drogues visées par la *Loi sur les stupéfiants* et par la Partie IV de la *Loi des aliments et drogues*. Ces drogues comprennent les stupéfiants opiacés, la cocaïne, le cannabis et les hallucinogènes forts. Ce n'est pas un délit que d'avoir en sa possession sans autorisation les médicaments contrôlés (amphétamines et barbituriques) figurant à l'Annexe G de la Partie III de la *Loi des aliments et drogues* ou les médicaments dispensés sur ordonnance (divers sédatifs, tranquillisants, stimulants, analgésiques, etc.) de l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*.

La course aux ordonnances est une infraction en vertu du *Règlement sur les stupéfiants* qui stipule ce qui suit :

Il est interdit à toute personne qui a obtenu un stupéfiant ou une ordonnance de chercher à obtenir ou de recevoir une autre ordonnance ou un autre stupéfiant de tout autre médecin praticien sans donner à ce dernier les détails de chaque ordonnance ou stupéfiant qu'elle a obtenus dans les trente jours précédents⁴.

Ce délit n'existe pas pour les médicaments contrôlés (amphétamines et barbituriques) d'après la Partie III de la *Loi des aliments et drogues* ni pour les drogues visées à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*.

PEINES

Celui qui se rend coupable du délit de simple possession aux termes de la *Loi sur les stupéfiants* est passible des peines suivantes⁵ :

- a) sur déclaration sommaire de culpabilité, pour une première infraction, d'une amende de mille dollars ou d'un emprisonnement de six mois ou à la fois de l'amende et de l'emprisonnement, et pour infraction subséquente, d'une amende de deux mille dollars ou d'un emprisonnement d'un an ou à la fois de l'amende et de l'emprisonnement ; ou
- b) sur déclaration de culpabilité sur acte d'accusation, d'un emprisonnement de sept ans.

Sur déclaration de culpabilité après acte d'accusation, le tribunal peut imposer l'amende qu'il juge à propos en sus de l'emprisonnement, mais il ne peut imposer d'amende au lieu de l'emprisonnement dans les cas où, comme celui-ci, le délit est punissable d'un emprisonnement de plus de cinq ans⁶.

La simple possession sans autorisation des drogues d'usage restreint (L.S.D., etc.) figurant à l'Annexe H de la Partie IV de la *Loi des aliments et drogues* est punissable des peines suivantes :

- a) sur déclaration sommaire de culpabilité, il s'agit d'une première infraction, une amende de mille dollars ou un emprisonnement de six mois ou à la fois l'amende et l'emprisonnement et, en cas de récidive, une amende de deux mille dollars ou un emprisonnement d'un an ou à la fois l'amende et l'emprisonnement ; ou
- b) sur déclaration de culpabilité par voie de mise en accusation, une amende de cinq mille dollars ou un emprisonnement de trois ans ou à la fois l'amende et l'emprisonnement⁷.

On trouvera à l'Appendice F. 3 d'autres renseignements sur la loi et le délit de simple possession en vertu de la *Loi sur les stupéfiants* et de la Partie IV de la *Loi des aliments et drogues*.

Les normes selon lesquelles il est décidé de poursuivre par voie de mise en accusation ou par déclaration sommaire de culpabilité sont exposées à l'Appendice F. 7, intitulé *Les poursuites dans les affaires de drogue* . . . :

CONDAMNATIONS

La rigueur apportée à l'application des lois contre les usagers ressort du nombre des déclarations de culpabilité pour simple possession de drogues (exception faite du cannabis) en vertu de la *Loi sur les stupéfiants* et de drogues d'usage restreint selon la Partie IV de la *Loi des aliments et drogues*.

Les stupéfiants opiacés. — La très grande majorité des condamnations pour simple possession de drogues, le cannabis mis à part, en vertu de la *Loi sur les stupéfiants* se rapportent bien sûr à l'héroïne. Jusqu'à la fin de 1970, le nombre des condamnations pour simple possession d'héroïne est demeuré à peu près au même niveau, soit environ 200 par an : 1968 — 202 ; 1969 — 192 ; 1970 — 201 ; il est monté brusquement à 378 en 1971 puis encore en 1972 à 630.

Le chiffre pour 1972 est inférieur à 4 p. 100 du total estimatif des héroïmanes du pays, qui sont au moins 15 000, et peut-être inférieur à 1 p. 100 du total des usagers d'héroïne (voir l'Appendice C, *Diffusion et modalités de l'usage de la drogue*).

Le nombre des condamnations pour possession de drogues autres que l'héroïne (et le cannabis) en vertu de la *Loi sur les stupéfiants* a été relativement peu élevé, mais il a augmenté régulièrement : 1970 — 57 ; 1971 — 73 ; 1972 — 106. Parmi ces drogues, c'est pour la méthadone et la cocaïne qu'il y a eu le plus de condamnations.

La pratique des ordonnances multiples et des consultations simultanées a donné lieu aux condamnations suivantes en vertu de l'article 3(3) du *Règlement sur les stupéfiants* : 1970 — 12 ; 1971 — 46 ; 1972 — 38 (voir tableaux E. 1 à E. 3 inclusivement de l'Appendice E, *Statistiques des condamnations relatives à la drogue*). Là encore, c'est la méthadone qui a été le plus souvent en cause.

Ces chiffres appellent des observations générales quant à l'influence du système pénal sur l'ensemble des héroïnomanes. Les responsables de l'application des lois se sont toujours contentés, en ce qui concerne l'héroïnomanie, de limiter les dégâts, en ayant recours à des mesures de harcèlement et d'arrestation sélective. La police répugnait à pousser les délinquants dans la clandestinité et à les disperser. Elle a tenté de circonscrire le phénomène et de le garder à vue, en surveillant avec soin les lieux de rendez-vous bien connus, où se fait la distribution, puis en observant les déplacements de l'utilisateur afin de l'arrêter en possession de la drogue. La police veut surtout éviter de surprendre maladroitement l'utilisateur, de sorte qu'il avalerait la drogue ou s'en déferait de quelque façon avant qu'elle soit saisie. Elle tente ordinairement de l'arrêter lorsqu'il a préparé la substance et qu'il s'apprête à la prendre, avant qu'il l'ait escamotée ; toute sa stratégie vise à cela. C'est ce qui explique le genre de surveillance exercée, la nécessité de pouvoir pénétrer subitement en tout lieu sans avertissement, et d'utiliser la force pour recouvrer la substance lorsque la personne qui l'a en sa possession tente de l'avalier ou

de s'en débarrasser autrement. La police n'applique pas la loi contre la simple possession aussi rigoureusement qu'elle le pourrait, mais elle procède de façon sélective. Elle cherche à savoir où se trouve l'usager et à le surveiller plutôt qu'à saisir toute occasion de l'arrêter.

Une méthode tendant à circonscrire l'usage de la drogue exige que l'on tolère jusqu'à un certain point les modalités d'échange établies dans divers quartiers pour continuer à observer les usagers. Ces dernières années, cette méthode a été contrecarrée par la dissémination de l'usage des stupéfiants opiacés hors des lieux habituels. Ce phénomène est attribuable en partie à la diffusion de cet usage chez les jeunes usagers de drogues multiples. La police n'a plus l'impression de maîtriser aussi bien la situation, comme un agent de Vancouver en faisait part à un chercheur de la Commission :

Il y a trois ou quatre ans, nous maîtrisions parfaitement la situation. Nous connaissions tous les héroïnomanes et nous les gardions dans le quartier de Main et Hastings. Quand nous apercevions un nouveau venu, nous pouvions vraiment lui sauter dessus, le harceler et parfois le convaincre de ne pas se lier au réseau. Nous gardions une liste des nouveaux héroïnomanes au poste. Il y avait 325 héroïnomanes dans le milieu et 400 en prison ; 400 petits consommateurs et 400 ex-toxicomanes. Nous étions capables de limiter le nombre des adeptes⁸.

Il se peut que la justice pénale et correctionnelle n'ait jamais maîtrisé 10 p. 100 des toxicomanes. Selon nos enquêtes, à l'automne de 1972, il n'y aurait pas eu plus de 1 550 toxicomanes connus dans le régime correctionnel. Il semblait y en avoir quelque 450 en probation dont 70 p. 100 en Colombie-Britannique et une centaine en libération conditionnelle dont 90 p. 100 dans cette province. Le nombre des toxicomanes connus dans les pénitenciers fédéraux était de quelque 330 et dans les établissements de correction provinciaux de 670. Certains de ces derniers avaient probablement contracté une autre dépendance que l'opiomane⁹.

Dans le régime de correction, bien d'autres opiomanes étaient peut-être inconnus des autorités. Sauf dans les cas d'infraction à la *Loi sur les stupéfiants*, où il y a présomption d'usage dès que sont déclenchés les rouages du système pénal, c'est à la suite d'un aveu du délinquant en règle générale que l'on apprend qu'il fait usage de stupéfiants. En somme, les autorités du régime pénal et correctionnel reconnaissent n'atteindre que 10 p. 100 des toxicomanes. Il semble que la très grande majorité des toxicomanes sont en liberté.

Les peines maximums au Canada pour simple possession de stupéfiants opiacés sont aussi sévères qu'aux États-Unis¹⁰ et en Grande-Bretagne¹¹ et en général plus sévères que celles que l'on inflige en Europe¹² continentale, en Australie¹³ et en Nouvelle-Zélande¹⁴.

Quelque 40 p. 100 des condamnations pour simple possession d'héroïne donnent lieu à une amende, à une sentence avec sursis, à la probation et à la libération absolue ou conditionnelle (voir tableau E. 15). Dans les autres

cas où il y a condamnation à l'emprisonnement, 90 p. 100 des sentences sont de moins de 2 ans et plus de la moitié des autres, de moins de 3 ans.

Une très forte proportion des individus coupables de possession de stupéfiants ont un casier judiciaire. Les héroïnomanes dans les pénitenciers fédéraux ont écopé en moyenne de plus de 8 condamnations chacun¹⁵ : effractions, vols, escroquerie, faux, contrefaçon, recel, vagabondage et prostitution. Dans la plupart des cas, les délits antérieurs se rapportent aux drogues ou à la propriété, mais on relève aussi de nombreuses infractions avec violence, surtout des voies de fait. Plus du tiers des toxicomanes des pénitenciers fédéraux auraient commis au moins une infraction avec violence. La moitié des individus incarcérés pour simple possession d'héroïne ont dans leur casier judiciaire des délits relatifs à la drogue.

Les drogues d'usage restreint. — Le bilan des condamnations pour simple possession de « drogues d'usage restreint » (les hallucinogènes puissants) pour ces dernières années s'établit ainsi : 1970 — 1 009 ; 1971 — 1 253 ; 1972 — 1 216. C'est le L.S.D. qui figure au premier rang avec 956, 1 065 et 830 condamnations respectivement pour ces trois années ; vient ensuite la MDA avec 58, 251 et 379 condamnations (voir tableaux E. 66 à E. 68 inclusivement). Alors que les condamnations relatives au L.S.D. ont diminué, celles qui se rapportent à la MDA ont augmenté régulièrement ; pour simple possession de drogue d'usage restreint, elles sont passées d'un peu moins de 6 p. 100 en 1970 à 31 p. 100 en 1972.

La part des condamnations pour simple possession de L.S.D. qui se sont terminées par un emprisonnement est passée de 23 p. 100 en 1970 à 12 p. 100 en 1972 (voir tableaux E. 57 à E. 59 inclusivement). Les autres ont donné lieu à amendes, emprisonnements avec sursis, probation et libérations conditionnelles ou absolues. Plus de la moitié des individus déclarés coupables et la moitié de ceux qui sont condamnés à l'emprisonnement dans les cas de simple possession de L.S.D. sont des jeunes de moins de 21 ans (voir tableau E. 59). La majorité des sentences d'emprisonnement sont de moins de 6 mois et aucune n'atteint 2 ans. Les mêmes observations valent pour la MDA, sauf que la proportion des délinquants de moins de 21 ans est un peu plus faible (voir tableau E. 71).

AUTRES LOIS APPLICABLES AUX USAGERS

Il existe diverses autres lois fédérales et provinciales interdisant l'usage des drogues. Aux Appendices F. 4 et F. 5 respectivement nous traitons des dispositions du *Code criminel* et de la *Loi sur les jeunes délinquants* qui s'appliquent en l'espèce.

Les provinces ont adopté à l'occasion des dispositions de nature pénale contre l'usage de la drogue. La compétence législative des provinces en ce domaine est étudiée à l'Appendice F. 1 intitulé *Cadres constitutionnels*. Il existe plusieurs dispositions de cette nature dans les lois provinciales sur

l'alcool, notamment sur l'ivresse en public et l'interdiction de la possession aux mineurs. Autre exemple, la *Loi sur la santé publique* de l'Alberta interdit l'usage des solvants volatils à des fins d'intoxication¹⁶.

PROBLÈMES DE LA SURVEILLANCE DES USAGERS

La surveillance des usagers pose certains problèmes : doit-on faire un délit de la simple possession ou de l'usage de certaines drogues à des fins non médicales ? Quelle serait la peine maximum pour ce délit ? Y a-t-il lieu d'exercer une certaine surveillance ou d'user de coercition à l'égard de l'usager à d'autres fins, notamment de la quarantaine, du traitement ou d'une rééducation ? À la section V, nous avons examiné l'utilité de la loi en matière d'usage non médical des drogues en général, l'efficacité du droit pénal comme instrument de contrôle de l'offre et de l'usage des drogues et les frais du recours au droit pénal en ce domaine. Dans la présente section, nous allons examiner les problèmes relatifs au contrôle de l'usager de certaines catégories de drogues.

Quelles que soient les carences du régime pénal en matière de drogue, la majorité des gens sont en faveur d'une certaine surveillance du délinquant, et en particulier de l'usager d'héroïne, qui aurait pour but non seulement d'empêcher celui-ci de continuer à violer les lois sur les drogues, mais aussi de réduire ses contacts avec d'éventuels usagers. On croit que les usagers répandent l'habitude de la drogue en facilitant ou encourageant l'apprentissage à d'autres. C'est en ce sens que l'on parle de « contagion ». On veut également utiliser les mesures de contrôle pour orienter l'usager vers des traitements, car celui-ci manquerait souvent de motivation et aurait besoin d'être encouragé.

D'autres mettent en doute les postulats que l'on invoque à l'appui des contrôles. Ils ne nient pas que ceux-ci puissent réduire la consommation chez les délinquants, mais ils soulignent que l'on trouve de la drogue dans la plupart des établissements de détention. De plus, si la détention prive le délinquant de ses contacts avec d'éventuels usagers à l'extérieur, la prison lui en fournit d'autres. Quoi qu'il en soit, ces personnes contestent la théorie de la contagion. Sans nier que les usagers puissent faciliter l'essai de la drogue aux autres, ils soutiennent que des facteurs plus directs sont en cause. Enfin ils ne croient pas en la coercition et pensent que celui que l'on oblige à suivre des traitements n'a pas la motivation indispensable au succès de la cure.

Pour exercer un contrôle, il n'est pas nécessaire d'emprisonner le délinquant ni de l'astreindre à quelque autre forme de détention. Il suffit de le surveiller dans son milieu en ayant recours par exemple à la probation ou à la libération conditionnelle. Un bon contrôle doit cependant s'appuyer sur un régime efficace de sanction contre toute violation des conditions de la probation ou de la libération, et la seule sanction efficace est la privation

de la liberté par emprisonnement ou détention. Si nous optons pour un régime de contrôle, nous devons donc être disposés à avoir recours à la détention, quelque nom qu'on y donne ; nous devons disposer des installations nécessaires et agir avec fermeté afin que l'on ne se méprenne pas sur le sérieux de notre menace. Sans quoi la sanction demeurera inefficace et les délinquants échapperont impunément au contrôle. Pour éviter le plus possible les inconvénients de la détention, nous devons compter que les individus préféreront la liberté sous condition et surveillée dans leur milieu et qu'un nombre suffisant d'entre eux pourront satisfaire aux conditions de cette liberté pour que cela vaille la peine de les laisser ainsi en jouir.

La praticabilité et le succès d'un tel système semblent dépendre de la réglementation imposée aux délinquants et de la rigueur de son application. Pour éviter les échecs et l'obligation de renvoyer en détention une forte proportion des sujets, il faut adapter la réglementation à la situation. Et en matière de toxicomanie l'application rigoureuse d'un règlement sévère entraînera le recours fréquent à la détention.

On a employé divers systèmes de contrôle avec plus ou moins de succès. En parlant de succès, nous devons garder présente à l'esprit la distinction entre les divers objectifs du contrôle : la dissuasion, l'isolement, le traitement et le relèvement. La dissuasion est l'objectif principal du châtiement. Celui-ci a pour but de convaincre le contrevenant et les autres qu'il n'est pas profitable de commettre l'acte interdit. Les criminologues appellent dissuasion spécifique l'action exercée sur le coupable, et dissuasion générale celle qui s'exerce sur les autres. À l'exception de la peine capitale, la privation de la liberté est le châtiement le plus sévère que nous puissions imposer. Outre qu'elle punit le coupable, elle protège les autres de son contact. C'est ce qu'on appelle l'isolement ; c'est une interdiction, une privation de la capacité légale. Dans les cas de toxicomanie, on l'invoque littéralement comme mise en quarantaine étant donné que chez certains sujets la toxicomanie est contagieuse. On voit également dans la privation de la liberté un moyen de soumettre le délinquant à des traitements en vue de son relèvement social. Lorsqu'il s'agit d'un toxicomane, on veut le guérir ou maîtriser sa toxicomanie de façon qu'il puisse mener une vie normale et respecter les lois.

Nous avons déjà parlé de l'efficacité relative du droit pénal comme moyen de dissuasion. Pour tous les motifs que nous avons mentionnés alors, bien des tenants d'une politique de contrôle reconnaissent que la puissance de dissuasion du droit pénal a moins de prise sur le toxicomane que sur tout autre délinquant ; ils voient davantage dans la détention une mesure d'isolement ou de quarantaine. Cependant, si le risque d'être pris et emprisonné n'est pas assez grand pour faire de la loi un instrument efficace de dissuasion, il ne pourra guère en faire une mesure efficace d'isolement ou de quarantaine. En effet, pour que la quarantaine soit efficace, il faut que la loi puisse assurer l'isolement d'à peu près tous les délinquants. L'inefficacité relative de la loi comme force de dissuasion auprès des usagers de la

drogue tiendrait moins à la faible proportion de ceux qui risquent d'être découverts qu'à la forte attirance qu'exerce l'acte interdit surtout lorsqu'il y a dépendance ; si la menace de la privation de la liberté ne réussit guère à dissuader, la privation elle-même constituerait un isolement ou une quarantaine efficace. Mais en matière de quarantaine, c'est la totalité qui compte ; si un nombre appréciable des sujets échappent à la quarantaine, la maladie va continuer de se répandre. Pour que la théorie de la contagion tienne, il faut isoler toute la population atteinte pour enrayer la maladie et non simplement en ralentir le progrès. En fait, aucun pays occidental n'a sérieusement tenté de faire disparaître l'usage de la drogue par un régime de quarantaine. C'est une politique que certains préconisent encore mais qui est toujours discutée.

Indépendamment de la théorie de la contagion, on voit dans les mesures de contrôles le moyen indispensable pour retirer les toxicomanes de la société et de réduire les infractions qu'ils commettent relativement à la drogue, car ce problème a pris des proportions alarmantes dans certaines grandes villes américaines. Pour beaucoup les conséquences les plus graves de l'héroïnomanie sont le nombre des infractions contre la propriété que les héroïnomanes sont amenés à commettre pour satisfaire leur habitude¹⁷, ainsi que la crainte et l'insécurité qu'engendre leur comportement qui se fait de plus en plus violent. On estime que réduire cette délinquance justifie en soi le recours à des mesures de contrôle.

Le contrôle peut s'exercer de diverses façons. Citons d'abord l'emprisonnement ordinaire accompagné de cures spéciales en établissement, comme cela se pratique dans les hôpitaux fédéraux de Lexington et de Fort Worth aux États-Unis et à Matsqui au Canada (voir l'Appendice I, *Le traitement de l'opiomane dans les pénitenciers du Canada*). Mentionnons aussi le régime décrit à la Partie II de la *Loi sur les stupéfiants* (qui n'a jamais été mis en vigueur) et qui comporte la condamnation à la détention pour traitement d'une durée indéterminée dans un établissement pénitentiaire (voir l'Appendice F. 1, *Cadres constitutionnels*). On trouve d'autres régimes de contrôle dans les programmes d'internement appliqués par l'administration fédérale et les administrations des États, aux U.S.A. L'un des plus importants, *Le régime d'internement civil de la Californie*, est exposé dans l'Appendice L.

Il existe diverses mesures de traitement obligatoire en d'autres pays. La loi française du 31 décembre 1970 en est un exemple intéressant¹⁸. Selon cette loi, l'usage illicite des stupéfiants constitue un délit ; le parquet peut enjoindre la personne qui en serait accusée de se soumettre à une cure de désintoxication et à la surveillance médicale tout le temps jugé nécessaire. Les traitements relèvent de l'autorité sanitaire qui doit collaborer avec le parquet. Dans le cas d'un premier délit, les autorités sursoient aux poursuites contre l'individu qui se soumet aux traitements médicaux prescrits, pendant toute leur durée. En cas de récidive, les poursuites sont laissées à la discrétion des autorités. Un individu coupable d'usage illicite de drogue peut également être astreint à des traitements au lieu de toute autre peine.

La loi, par mesure d'encouragement, laisse à chacun la faculté de se soumettre spontanément à la cure de désintoxication et à la surveillance médicale dans des conditions qui permettent de préserver son anonymat. Enfin, le traitement peut être imposé à tout usager signalé aux autorités sanitaires par un médecin ou un assistant social.

Au Canada, il existe un régime d'internement en vertu des lois provinciales d'hygiène mentale qui prévoient la détention des personnes atteintes de troubles mentaux ; toutes les provinces ont des dispositions de cette nature. Dans la plupart des cas le motif de l'internement est que l'état de la personne nécessite l'hospitalisation pour son propre bien ou pour la protection d'autrui. L'internement se fait ordinairement sur production d'un certificat médical, mais dans la plupart des provinces, la loi prévoit également l'internement sur ordonnance du tribunal. L'internement peut être renouvelé successivement par un certificat médical. On prévoit en général un examen indépendant des motifs d'internement. Dans la plupart des provinces, le régime d'internement ne s'applique que dans les cas où les troubles attribuables à la drogue sont d'ordre mental. Parfois, la définition des troubles mentaux comprend la toxicomanie¹⁹. Indépendamment de celle-ci, l'usage de la drogue peut s'accompagner de troubles compris dans la définition des affections mentales.

En 1971, il y avait dans les établissements psychiatriques du Canada 18 573 malades à diagnostic de psychose alcoolique ou alcoolisme ; 2 909 d'entre eux avaient été internés sur ordonnance²⁰. Ces établissements comptaient 2 179 malades atteints d'autres troubles attribuables à la drogue, exception faite de l'alcool ; 420 d'entre eux étaient détenus sur ordonnance. Les substances à l'origine de ces maladies étaient les suivantes, classées par ordre décroissant selon le nombre des admissions : 1. les amphétamines et stimulants analogues (383) ; 2. Les stupéfiants opiacés naturels ou de synthèse (239) ; 3. les hallucinogènes (sauf le cannabis) (204) ; 4. les barbituriques (126) ; 5. autres hypnotiques sédatifs et tranquillisants (84) ; 6. le cannabis (28) ; 7. la cocaïne (4). Beaucoup d'admissions étaient rangées sous les rubriques *divers* (300) ou *drogue non spécifiée* (811). (Pour plus de détails voir Appendice A, *Les effets de la drogue*).

Dans certaines provinces, la loi impose dans les cas d'alcoolisme, un traitement de 90 jours à 1 an²¹. Quelques-unes ont des lois spéciales sur l'internement des personnes qui ont contracté la dépendance à l'égard des stupéfiants opiacés, mais elles ne semblent pas y avoir eu recours²².

Parmi les autres moyens de contrôle, mentionnons la libération conditionnelle (voir l'Appendice K, *La libération conditionnelle des héroïnomanes*), la probation (voir l'Appendice J, *La probation des héroïnomanes*), et la mise en liberté sous condition (voir l'Appendice F. 8, *Pratique pénale*). Il s'agit dans tous ces cas de régimes de surveillance plutôt que d'internement.

De plus en plus aux États-Unis, on soustrait les toxicomanes à la justice pénale pour les soumettre à des traitements. Cette méthode est pratiquée

notamment à New York par l'*Addiction Service Agency*²³, en partie parce que la justice pénale répugne à recourir au régime d'internement de la *Narcotic Addiction Control Commission*. On estime que 7 p. 100 seulement des toxicomanes qui ne sont pas en prison ou qui ne participent à aucun autre régime de traitement, bénéficient présentement de l'internement civil dans l'État de New York. Cette situation a plusieurs causes : les tribunaux sont surchargés ; les toxicomanes, les avocats de l'aide judiciaire (qui représentent plus de 90 p. 100 des défendeurs) et ceux des bureaux des procureurs de district sont mal disposés à l'endroit du régime d'internement. Tout défendeur accusé d'une infraction grave peut demander qu'il soit statué sur sa toxicomanie par un procès devant jury ; souvent le bureau du procureur de district est peu disposé à affecter les ressources nécessaires à ces procès, ou en est incapable à cause du retard dans l'audition des affaires plus graves. Dans ces cas, le tribunal concède à l'inculpé qu'il n'est pas toxicomane et il le condamne à un établissement de correction.

Il arrive couramment à New York qu'avant le procès d'un toxicomane pour infraction majeure, l'audition de l'affaire soit remise et que l'inculpé soit confié à un établissement privé pour traitement. Le tribunal libère le toxicomane s'il persévère dans le traitement un an plus tard (des rapports périodiques lui ayant été faits entre temps), ou il le renvoie à son procès s'il y a échec de la cure.

Le *New York Court Project* a été mis sur pied pour donner un caractère officiel à ce régime en faveur des toxicomanes. Dans près des deux tiers des cas, on dirige après le procès les coupables vers des traitements en probation. Si la cure réussit (selon les normes du programme) les sujets ne sont pas emprisonnés. Le tiers des décisions en faveur du traitement ont lieu avant le procès, et les accusations portées contre le défendeur sont abandonnées si la cure donne des résultats.

Le personnel du *Court Project* interroge le toxicomane et détermine le genre de traitement qui lui conviendra le mieux, ce qui augmente les chances de succès. Entre le quart et le tiers des sujets ne sont pas considérés comme admissibles aux traitements et sont renvoyés au tribunal. Il arrive, en de rares occasions (lorsqu'un individu le demande, par exemple) qu'un toxicomane soit confié à la *Narcotic Addiction Control Commission*.

Les responsables du *Court Project* affirment que de 65 à 70 p. 100 des sujets poursuivent assidûment leur cure. Dans leur rapport pour le trimestre du 1^{er} avril au 1^{er} juillet 1972, on lit : « Il est indispensable au succès de cette initiative que collaborent la poursuite et la défense, le Service de la correction, celui de la probation, le tribunal, et enfin, les responsables des cures ». Il existe deux façons principales de porter des cas de toxicomanie à l'attention du *Court Project* : sur l'initiative des procureurs de la défense, des juges, des services de probation ou des défendeurs eux-mêmes ; en passant au crible les détenus qui subissent une cure de désintoxication dans un établissement de correction avant leur procès. Dans la majorité des cas de renvois les sujets sont choisis d'après la seconde méthode. Quelque 40 000

personnes se font désintoxiquer chaque année dans les prisons de New York ; le quart d'entre elles seraient admissibles à une cure.

C'est en janvier 1972 qu'ont commencé les traitements dans le cadre du *Court Referral Project*. Aucun défendeur n'est astreint à une cure. Des membres du personnel du *Court Project* vont interviewer en prison ceux qui attendent leur procès et qui ont manifesté le désir de traitements. Après le premier trimestre, on avait recommandé l'élargissement et la mise en cure de 130 personnes environ. De ce nombre, le procureur de district ou le tribunal avaient rejeté 45 demandes. Sur les 85 autres, de 60 à 70 p. 100 suivaient encore des traitements à la fin de la période et n'avaient pas eu d'autres démêlés avec la justice. Lorsqu'une personne abandonne la cure, les responsables du *Court Project* en informent le tribunal, le procureur de district et le procureur de la défense. On prévoit une cure de six mois à un an avant qu'il ne soit statué sur une cause.

Le *Court Project* s'est heurté à une pénurie de moyens de traitements par rapport au nombre des toxicomanes à New York, notamment de traitements à la méthadone. À la fin du second trimestre, plus de 1 100 personnes avaient été interviewées et environ 300 affectées à des traitements. Dans le rapport du trimestre, ces sujets sont qualifiés « jeunes récidivistes, toxicomanes invétérés ». Plus de 70 p. 100 d'entre eux disent avoir satisfait leur habitude par la délinquance. Quelque 50 p. 100 d'entre eux ont été soumis à des traitements d'abstinence, 40 p. 100 à des traitements d'entretien à la méthadone et le reste à des divers traitements dont le recours aux antagonistes des stupéfiants. A la fin de ce second trimestre, le taux de persévérance aux cures était de 70 p. 100.

Quelques provinces ont adopté ces dernières années un autre mode de contrôle pour le traitement de l'ivresse dans un lieu public²⁴. Lorsqu'un agent de police trouve une personne en état d'ivresse dans un lieu public, il peut, au lieu de porter contre elle une accusation, l'astreindre à une cure de désintoxication. L'agent jouit de l'immunité devant la loi s'il agit de bonne foi. La loi peut aussi accorder l'immunité à tout médecin et à tout hôpital à l'égard de l'examen et du traitement d'un individu qui est amené à un centre de désintoxication par un agent de police. La loi prévoit en général une durée maximum de 24 à 72 heures de détention. La période peut être plus longue sur demande d'une ordonnance d'entérinement à un juge ou à un magistrat.

Dans la plupart des provinces, les lois sur l'hygiène mentale qui prévoient l'internement des malades comportent des dispositions autorisant les agents de police à arrêter et détenir pour examen médical toute personne qui leur paraît atteinte et qui agit d'une façon désordonnée ou dangereuse. Ce pouvoir est conféré pour les cas où il ne serait pas facile d'obtenir une ordonnance d'un juge ou d'un magistrat sur déposition assermentée. Quiconque est ainsi arrêté et détenu pour examen peut être interné sur présentation d'un certificat du médecin examinateur.

On a souvent recours à la privation de la liberté pour faciliter le traitement et le relèvement des toxicomanes, mais dans l'ensemble, les résultats

ne sont pas très encourageants. Les traitements dispensés dans les prisons, entre autres, n'ont pas été satisfaisants. Ce fait est corroboré par le bilan des traitements dispensés dans les établissements pénitentiaires du Canada et des États-Unis²⁵, qui fait ressortir un taux élevé de rechutes et de récidives. Il faut dire cependant que ces traitements étaient axés sur l'abstinence ou la cure. Il ne s'agissait pas de traitements ou d'entretien à la méthadone. Il n'y a pas lieu de croire que leur taux d'échec à cet égard était plus élevé que celui de toute autre cure d'abstinence. Ces résultats illustrent deux faits cependant : en réunissant des toxicomanes pendant de longues détentions on renforce leur penchant pour la drogue et la délinquance ; il faut prévoir une longue période de postcure et de surveillance pour aider le toxicomane à refaire sa vie, si l'on veut conserver quelque espoir de succès. Selon Isbell, les principaux vices des systèmes américains des hôpitaux fédéraux de Lexington et de Fort Worth étaient le manque de surveillance des volontaires, dont une forte proportion abandonnaient prématurément la cure, et le manque de moyens de surveillance au moment du retour à la société²⁶. Les régimes américains d'internement civil et notamment ceux de l'État fédéral et de la Californie étaient conçus en fonction de ce besoin de contrôle et de surveillance. Leurs résultats n'ont pas été tellement supérieurs à ceux des établissements pénitentiaires ordinaires ; mais il faut dire qu'il y a à peine quelque temps, on n'y admettait pas encore la cure à la méthadone (voir l'Appendice L, *Le régime d'internement des toxicomanes en Californie*).

Matsqui (voir l'Appendice I, *Le traitement de l'opiomanie dans les pénitenciers fédéraux du Canada*) est une sorte de complexe hospitalier créé à la suite des recommandations du rapport Fauteux et conçu comme précurseur d'un régime permettant le recours aux traitements obligatoires prévus à la partie II de la *Loi sur les stupéfiants* ; on y a fait une expérience minutieusement contrôlée afin de connaître la valeur relative de traitements spéciaux en internat thérapeutique et des traitements classiques des établissements. On n'a pas fait de comparaison avec les résultats de la détention sans traitement. Comme résultat, ceux qui ont subi la cure « avancée » ou « progressive » en régime moins autoritaire, participant à la thérapeutique de groupe et profitant davantage de cours de perfectionnement professionnel, en sont sortis en plus mauvais état que ceux qui avaient suivi les traitements ordinaires. Ils avaient appris à raffiner sur la façon de mener une vie de toxicomane délinquant. L'expérience de Matsqui fait surtout ressortir comment la détention, même avec les cures les mieux conçues, peut accentuer les penchants à la délinquance. On pourrait aussi en conclure que les méthodes autoritaires sont plus efficaces auprès des toxicomanes délinquants.

On ne saurait nier tout avantage à ces expériences de traitement en prison. Il faut reconnaître qu'elles ont apporté des améliorations marginales ; évidemment, les délinquants détenus étaient soustraits à toute activité délictueuse et à toutes relations avec les non-usagers respectueux des lois.

Vaillant a noté en outre qu'une observation prolongée des individus qui ont quitté l'hôpital de Lexington enseigne qu'une certaine proportion —

environ 2 p. 100 — passent à l'abstinence chaque année²⁷. On ne saurait dire cependant si ce succès est attribuable à la cure, à une nouvelle maturité ou à d'autres causes.

Quoi qu'il en soit, on reconnaît en général que l'emprisonnement ou la détention, quel que soit le terme, n'augmente pas les chances de succès d'une cure d'abstinence. Il se dessine donc une tendance très nette à abandonner la détention ou l'internement pour l'externat ou la probation ; d'ailleurs ce courant de pensée s'était déjà manifesté chez les auteurs, qui mettent de plus en plus l'accent sur le relèvement dans le cadre social. En matière de drogue, cette tendance a été particulièrement marquée dans le régime d'internement civil de la Californie (voir l'Appendice L). Depuis quelques années, on réduit la période obligatoire d'internat et on prolonge celle de l'externat dans le milieu. La période obligatoire d'internement de six mois des débuts ne s'applique plus à tous. Le régime comporte maintenant, à titre expérimental, une libération immédiate qui permet à certains toxicomanes de passer directement de la détention à l'externat en suivant une cure d'entretien à la méthadone.

Au Canada, on a eu peu recours à la probation et à la libération conditionnelle dans le traitement des héroïnomanes (voir les Appendices J et K). Ainsi, on n'a pas éprouvé à fond les possibilités de ces formes de contrôle jointes à l'entretien à la méthadone. Puisque nous disposons de cette substance, il faudrait pousser plus loin l'étude de ces formes de surveillance dans le milieu, notamment la probation. La libération conditionnelle pose des problèmes particuliers à cause de l'effet de l'emprisonnement sur le toxicomane et des répercussions de la perte et de la révocation de la liberté.

Les autorités judiciaires et les autorités médicales ont eu des relations difficiles. D'abord, il s'agit de savoir qui admettre à la cure et ensuite s'il faut révoquer la probation ou la libération conditionnelle en cas de manquement. Les tribunaux peuvent être disposés à accorder la probation aux toxicomanes pour leur faire subir une cure plutôt que de les condamner à l'emprisonnement ou de les relâcher sans traitement, mais les autorités médicales font valoir que les toxicomanes ne sont pas tous aptes à bien réagir à certaines cures et qu'il devrait leur appartenir de décider qui elles acceptent. Les autorités judiciaires s'intéressent à l'efficacité des contrôles ; elles veulent retirer le toxicomane du marché illicite de la drogue et le soustraire à son activité délictueuse. Les autorités médicales s'intéressent au succès de la cure et veulent au moins des chances raisonnables. Il y a souvent tension ou conflit entre ces deux préoccupations. Le tribunal peut souhaiter accorder la probation à un coupable à la condition qu'il se présente à un certain centre de traitement, mais à ce centre, il se peut qu'on ne veuille pas l'accepter parce qu'on ne le juge pas apte à profiter de la cure ou parce qu'on trouve prématuré de lui faire subir une cure d'entretien à la méthadone.

Ces problèmes peuvent être résolus pour la plupart par consultations entre avocats, juges, agents de probation et centre de traitement *avant* la décision d'accorder la probation à un délinquant moyennant une cure. Mais

tant que les responsables du contrôle et ceux du traitement œuvreront indépendamment les uns des autres, leurs perspectives différentes susciteront bien des conflits, il va de soi.

Il y a également conflit entre la police et le parquet d'une part et les organismes thérapeutiques d'autre part quant à la compétence pour appliquer les conditions de la probation ou de la libération conditionnelle. Pour que le contrôle soit efficace — c'est-à-dire pour tenir le délinquant à l'écart du marché illicite et de toute activité délinquante liée à la drogue et pour rompre ses liens avec d'autres usagers et son influence sur les non-usagers, — il importe d'appliquer rigoureusement les conditions de la probation ou de la libération conditionnelle. Autrement, le délinquant, s'il comprend que ses manquements ne seront pas punis, retombera dans les habitudes que le contrôle est censé détruire. Les responsables du contrôle mettent l'accent sur cette sévérité, même s'ils savent être réalistes quant à l'obéissance qu'ils peuvent attendre de leurs sujets pour que le régime fonctionne. Dans ce domaine, les organismes thérapeutiques ont pour tâche de vérifier au moyen d'analyses régulières ou inopinées de l'urine, si le sujet s'abstient des drogues interdites et respecte les autres conditions de sa cure. Il se produit des difficultés lorsqu'on demande aux thérapeutes la preuve d'un manquement aux conditions de la probation ou de la libération conditionnelle. Ils ne croient pas ce rôle compatible avec les relations de confiance avec le toxicomane. Ils se sont fixé pour but d'être utiles à celui-ci et ils ne veulent pas avoir part à l'imposition d'une peine comme l'emprisonnement. Les organismes thérapeutiques doivent évidemment faire respecter certaines exigences et être disposés à abandonner les cas désespérés. Mais soustraire un malade à un traitement est autre chose que l'envoyer en prison, d'où la répugnance des uns à participer à l'application de certaines mesures et le mécontentement des autres devant ce qui leur paraît un manque de collaboration lorsqu'il s'agit de faire la preuve de quelque manquement. La solution du problème consisterait peut-être à confier à une seule et même autorité les mesures pénales et médicales ou du moins les fonctions de contrôle et de surveillance. On trouvera à l'Appendice J, *La probation des héroïnomanes*, des innovations récentes en vertu desquelles la police a le droit d'exiger qu'un sujet en probation se soumette à une analyse d'urine.

À l'occasion, certaines personnes proposent que les héroïnomanes soient complètement isolés dans des colonies thérapeutiques. Nils Bejeröt, spécialiste suédois en toxicomanie et tenant de la théorie de la contagion, a préconisé ce mode d'isolement²⁸. Des propositions semblables sont formulées de temps à autre en Amérique du Nord. Plusieurs agents de police qui ont comparu devant le comité spécial d'enquête du Sénat sur le trafic des stupéfiants au Canada en 1955 ont formulé des recommandations en ce sens. Ainsi, le commissaire Nicholson de la G.R.C. s'est exprimé dans les termes qui suivent : « Je pense donc, et je crois que beaucoup sinon la plupart des autres représentants de la police abondent en mon sens, que le seul espoir de réadapter ces toxicomanes et de supprimer le trafic des stupéfiants réside

dans l'isolement et la quarantaine obligatoires »²⁹. En déposant la *Loi sur les stupéfiants* en 1961, le ministre de la Justice du Canada a évoqué ces recommandations, mais a rejeté l'idée d'une détention perpétuelle parce que celle-ci mettrait fin à tout espoir et à toute motivation³⁰. Pourtant, la Partie II de la loi semble reposer sur le principe de l'isolement en prévoyant la détention pour une période indéterminée en vue du traitement. Le ministre a fait valoir qu'en vertu de ces dispositions le détenu pourrait être libéré sous condition dès qu'il aurait accompli des progrès suffisants dans son relèvement. Mais on peut supposer que tous les partisans de l'isolement envisagent l'élargissement du toxicomane lorsque cela peut se faire en toute sécurité. L'isolement n'est pas considéré comme un châtement à perpétuité pour celui qui a déjà contracté la dépendance à l'égard de la drogue, mais comme une façon de protéger les autres.

Les toxicomanes sont encore incarcérés et, dans ce sens, soumis à un certain isolement ou une certaine quarantaine. Mais on use moins de l'emprisonnement pour simple possession de stupéfiants depuis quelques années, et les sentences se font plus courtes que par le passé. De même, le temps passé en prison, du moins au début, est souvent diminué par la libération conditionnelle, bien qu'en fin de compte, le taux élevé des annulations ou révocations de la liberté et leurs conséquences ont peut-être pour effet d'allonger la période d'emprisonnement (voir l'Appendice K, *La libération conditionnelle des héroïnomanes*). De plus, seule une proportion relativement faible de toxicomanes sont condamnés à la prison chaque année. Et on trouverait moins de 10 p. 100 d'entre eux dans les établissements pénitentiaires du Canada. C'est dire que le régime actuel de contrôle n'est un moyen efficace ni d'isolement ni de quarantaine. Reste à voir s'il y a lieu d'adopter ce régime. Chose certaine, appliquer une politique d'isolement ou de quarantaine à tous ceux qui ont contracté la dépendance à l'égard des stupéfiants, — à supposer que la chose soit acceptable par ailleurs, — exigerait des ressources beaucoup plus considérables en personnel de police et en installations de garde et de traitement.

Une question primordiale se pose quant à la relation entre contrôle et traitement, soit de savoir dans quelle mesure l'efficacité d'une cure est accrue ou affaiblie par les contrôles ou la coercition. On n'a pas fait l'étude approfondie en ce domaine. On a constaté cependant qu'un fort pourcentage des sujets abandonnaient prématurément des cures qu'ils avaient commencées volontairement. On l'a vu à Lexington et dans des régions comme New York, où l'on a mis à l'essai les cures volontaires. Toutefois dans la plupart de ces cas les traitements se donnaient en établissement. Comme nous l'avons signalé déjà, on considère comme une grave carence du régime de Lexington le fait qu'on n'ait pas su persuader les volontaires de poursuivre leur cure assez longtemps. C'est sans doute en réponse à cette critique que les régimes les plus récents d'internement civil font une obligation à celui qui s'est prêté volontairement de poursuivre ses traitements pendant un temps minimum. Le sujet demande volontairement l'internement, mais une fois l'ordonnance ren-

due, celui-ci devient obligatoire. Le délai maximum imposé aux volontaires est en général plus court, car on veut encourager l'internement libre. Le contrôle dans ce cas n'a pas pour but d'astreindre le sujet à la cure, du moins au début, mais de l'obliger à la suivre pendant une période de temps minimum.

Il y a lieu de croire que les mesures de contrôle peuvent faire persévérer un toxicomane dans sa cure. C'est un élément important de sa motivation. Il importe en effet que les toxicomanes veuillent bien se soumettre à une cure, mais aussi faut-il qu'ils cherchent à participer lorsqu'ils l'ont entreprise. Cette disposition à y consacrer le temps voulu pour réussir si possible et la détermination de réagir aux traitements pour qu'ils soient le plus efficaces possible ne se retrouvent pas toujours en même temps chez le sujet. On peut astreindre une personne à consacrer tant de temps à la cure, mais elle n'aura peut-être pas la volonté nécessaire pour réagir positivement, pour s'aider. Elle aura peut-être une réaction superficielle ou feinte, cherchant à jour des faveurs qui découlent de la soumission à la cure. L'effet des contrôles ou de la coercition sur cet aspect second mais essentiel de la motivation n'est pas clair. Tout le monde croit que cette motivation est indispensable au succès ; toutefois on se demande si la coercition ou les contrôles ont un effet positif ou négatif. Les faits ne sont pas bien établis et les opinions sont partagées. L'expérience de la cure en prison n'est pas concluante. Le taux élevé des échecs peut être attribuable à la contrainte, mais aussi à l'absence d'une cure efficace. Si l'on compare le succès de certains internats thérapeutiques axés sur le volontariat à celui des prisons, on peut se demander si la différence ne serait pas affaire de motivation. La différence de motivation peut aussi venir de la différence des deux groupes. L'internat thérapeutique attire un type d'individu enclin à réagir à ce genre de traitement, auquel une forte proportion des usagers de la drogue ne peuvent se soumettre. Le taux de défection est très élevé au début. Il reste alors un groupe de personnes assez bien adaptées à cette forme de traitement. Les toxicomanes qui se présentent volontairement à l'internat thérapeutique se trouvent à pratiquer eux-mêmes une sélection. Les prisons reçoivent un échantillon de toxicomanes dont les aptitudes à profiter d'une cure varient beaucoup. Il se peut que ce soit moins l'obligation de subir une cure qui ait un mauvais effet sur la motivation que le choix d'une mauvaise cure. La décision de suivre *une cure quelle qu'elle soit* peut être renforcée par certains contrôles ou une certaine coercition, mais la motivation qui porte à bien réagir à la cure pourrait l'être si l'on permettait au sujet de choisir la cure qui lui va le mieux. Ceux qui préconisent des mesures de contrôle ou de coercition à l'appui des traitements sont d'avis que la plupart des toxicomanes invétérés ne sont guère enclins à se soigner. Ils ont besoin d'encouragement. Mais une fois qu'on les a aidés à prendre cette décision capitale, on peut raffermir leur résolution en les laissant participer au choix de leur cure et de ses modalités. Il est certain qu'on ne peut pas beaucoup pour celui qui ne veut pas s'aider ni collaborer, mais l'emploi de la coercition au début pour lui faciliter la décision de se faire soigner n'exclut pas que l'on puisse par la suite animer chez lui la motivation nécessaire pour qu'il réagisse bien à la cure qu'il aura lui-même

choisie. Le traitement obligatoire ne comporte pas de contrainte physique ou mentale sur le malade à chaque séance, mais il suppose une décision de sa part à l'origine, qu'elle soit consentie ou imposée.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS SUR LES MESURES DE CONTRÔLE APPLICABLES À L'USAGER

LE DÉLIT DE SIMPLE POSSESSION

En érigeant en délit la simple possession de certaines drogues, on n'a pas empêché de se répandre leur usage à des fins non médicales. La consommation d'héroïne et d'autres stupéfiants opiacés, dont la méthadone et la cocaïne, a connu une hausse marquée ces dernières années. L'usage du L.S.D. semble plafonner et diminuerait même depuis un an ou deux, mais il y a eu augmentation pour d'autres hallucinogènes, telle la MDA. Enfin, il y a lieu de croire que la consommation de cannabis continue d'augmenter, mais à un rythme moindre depuis un an ou à peu près.

Nous ignorons quelle aurait été cette augmentation sans délit de simple possession dans la loi ; nous ne savons pas non plus dans quelle mesure la stabilisation ou la diminution dans l'usage du L.S.D. est attribuable au délit de simple possession. On ne saurait déterminer comment l'absence de législation contre la simple possession a influé sur la consommation de telles drogues.

Ainsi, ce n'est pas un délit que d'avoir en sa possession des *drogues contrôlées* (amphétamines et barbituriques) ou des drogues inscrites à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*, y compris quelques-unes de type amphétaminique (Ritaline), des tranquillisants mineurs (Librium et Valium), des hypnotiques sédatifs (Mandrax) ou des hallucinogènes (P.C.P. et mescaline). Pourtant, le nombre des usagers de métamphétamine par voie intraveineuse semble s'être stabilisé ou même avoir diminué. Par contre, il y aurait eu augmentation dans l'ingestion non thérapeutique des amphétamines illicites, de la phénmétrazine (Préludine), de la méthaqualone (Mandrax) et de la P.C.P. Il n'existe pas de délit de simple possession pour les solvants volatils, sauf dans une province, mais leur usage comme psychotrope aurait plafonné et peut-être diminué ces dernières années.

On ne peut en tirer de conclusion générale sur le pouvoir de dissuasion du délit de simple possession. On serait enclin à en conclure cependant que la loi influe sur l'usage. Celui-ci obéirait plutôt à d'autres faits, dont l'offre, le contact des usagers et leurs opinions, et la conscience du danger que comporte la drogue. Enfin, les modes changent aussi en matière de drogues comme ailleurs. Le pouvoir de dissuasion du droit pénal en matière de simple possession de drogue à des fins non médicales serait beaucoup moins grand que pour tous les autres délits (voir section V, *Le droit pénal et l'usage des stupéfiants*). Cela tient surtout à la difficulté de dépister et d'arrêter

les coupables. Le nombre de personnes impliquées dans le délit est relativement élevé par rapport aux forces policières ; de plus, l'acte délictueux est souvent commis dans le privé et il se trouve rarement quelqu'un pour s'en plaindre, ce qui ajoute à la difficulté du dépistage. Les forces policières doivent donc recourir à des méthodes particulières qui répugnent au public : mandat de main-forte, usage de la force pour pénétrer dans les lieux et se procurer les éléments de preuve, indicateurs, informateurs et incitation au délit. Ce sont là des moyens qu'en pratique on ne saurait appliquer au grand nombre des usagers de drogue. Certains croient par ailleurs que la loi exerce une influence morale et possède un pouvoir de dissuasion, indépendamment du danger pour les usagers d'être dépistés. La loi détourne sans doute un grand nombre de personnes des actes qu'elle interdit, mais dans l'ensemble, ces personnes ne semblent pas être celles qui nous préoccupent le plus, c'est-à-dire celles qui sont prêtes à s'exposer aux dangers de l'abus des drogues ; le risque relativement négligeable d'être dépisté et arrêté n'est pas de nature à les effrayer, et encore moins la réprobation morale de la loi. Enfin, une importante minorité est d'avis que les lois édictées contre certaines formes d'usage de la drogue ne font pas assez autorité moralement pour être respectées des citoyens.

Les inconvénients de l'application de la loi contre le délit de simple possession l'emportent sur les avantages. En raison des difficultés évoquées plus haut, cette loi est nécessairement appliquée un peu au hasard et frappe bien inégalement les usagers, suscitant un sentiment d'injustice bien compréhensible. La société ne peut s'offrir le personnel ni les méthodes nécessaires pour appliquer résolument la loi contre le délit de simple possession.

On est peut-être justifié en principe d'avoir recours au droit pénal pour empêcher une personne de se faire du mal à elle-même, mais l'autorité morale que l'on invoque contre le délit de simple possession est affaiblie du fait que le tort causé à l'usager, à autrui et à la société par l'usage de diverses drogues varie considérablement. Dans le délit de simple possession, on ne fait pas de distinction entre les divers niveaux d'usage, et ses conséquences semblent souvent hors de proportion avec les effets de l'acte en cause. Les conséquences d'une condamnation au criminel sont démesurées par rapport aux effets de l'essai ou de l'usage passagers de la plupart des drogues.

Des poursuites et une condamnation au criminel, même sans emprisonnement, peuvent avoir des effets psychologiques graves, causer de grandes souffrances morales au délinquant et aux membres de sa famille, gâter ses perspectives d'emploi et ses chances dans la vie. La rigueur de la loi a été quelque peu atténuée par des dispositions relatives à l'acquittement complet et conditionnel et à la remise de peine anticipée, mais dans ces cas d'acquittement, il subsiste un verdict ou un plaidoyer de culpabilité et la flétrissure d'un casier judiciaire. La remise de peine anticipée peut s'accompagner de la destruction du dossier officiel, mais elle ne peut supprimer le fait qu'un individu a été trouvé coupable ou condamné, ni le tort que cela peut lui causer si ce

fait vient à la connaissance d'autres personnes. Il est impossible d'effacer le souvenir de poursuites au criminel ou d'une condamnation. Et tant que ces faits subsistent, ils peuvent être exploités au détriment de l'individu.

L'inconvénient majeur du recours au droit pénal contre l'usage de la drogue est que l'on atteint ainsi les jeunes avec une sévérité particulière. Ce sont des personnes de moins de 21 ans qui, dans une forte proportion, sont condamnées pour simple possession, et une forte majorité des condamnés ont moins de 25 ans. C'est le cas particulièrement du cannabis mais aussi des drogues d'usage restreint et, dans une certaine mesure, des stupéfiants opiacés.

Pour tous ces motifs, nous recommandons fortement que l'on n'étende pas davantage le délit de simple possession. À notre avis, on devrait avoir de moins en moins recours au droit pénal contre l'usager de drogues à des fins non médicales. Toute autre politique serait futile. Le nombre de drogues auxquelles il faudrait l'appliquer pour être logique est à peu près illimité. Il faudrait être prêt à l'appliquer non seulement aux drogues contrôlées de l'Annexe G de la *Loi des aliments et drogues*, mais aussi aux drogues qui comportent un risque et qui sont présentement inscrites à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*. Plusieurs de ces drogues servent de plus en plus à des fins non médicales du fait d'un marché clandestin. Il existe des moyens techniques qui permettraient de produire une variété infinie de drogues se prêtant à l'abus. Et ces moyens ne sont pas le monopole de quelques organismes sûrs, mais sont largement diffusés. Même s'il était possible de supprimer une drogue, il y en aurait de nombreuses autres pour la remplacer.

Au cours de notre enquête, bon nombre ont manifesté le désir de voir créer un délit de simple possession dans le cas des amphétamines et en particulier de la méthamphétamine. On peut y voir l'effet de l'inquiétude suscitée par ces drogues. Les responsables de l'application des lois ont demandé avec instance que soit créé un délit de simple possession des drogues contrôlées. Cette lacune leur nuit dans l'application des lois contre le trafic. Sauf le respect que nous avons pour ces personnes, il faut dire qu'il n'existe aucun moyen de vérifier le bien-fondé de leur opinion. Nous avons vu que l'usage des amphétamines semble avoir plafonné et même diminué ces dernières années, même s'il n'existe pas de délit de simple possession dans ce cas. Les condamnations pour trafic d'amphétamines, augmentant graduellement, ont presque atteint en 1970 le nombre des condamnations pour trafic d'héroïne. En 1971, elles l'ont dépassé, et en 1972, année où les condamnations relatives à l'héroïne ont accusé une très forte hausse, elles représentaient environ 85 p. 100 du chiffre de celles-ci. On ne saurait dire, il va de soi, si l'existence d'un délit de simple possession dans le cas des amphétamines aurait facilité sensiblement l'application des lois contre le trafic, du moins de façon à compenser les désavantages de cette extension du droit pénal.

Étant donné cependant que le nombre des usagers des amphétamines semble avoir plafonné, sinon diminué, et compte tenu de la rigueur de l'application des lois contre le trafic, nous ne croyons pas qu'il y ait vraiment lieu

de créer un délit de simple possession dans le cas de cette drogue. L'usage des amphétamines est restreint par d'autres facteurs : la mauvaise réputation de cette drogue dans le milieu, la conscience de ses dangers et le caractère auto-limitatif du phénomène (voir l'Appendice C, *Diffusion et modalités de l'usage de la drogue*). Bien que l'on invoque la violence liée à l'usage des amphétamines pour proposer la création d'un délit de simple possession, nous maintenons l'avis exprimé dans notre Rapport provisoire, soit qu'en raison de la paranoïa de l'amphétaminomane, pareille mesure ne ferait qu'augmenter la tension et la violence entre policiers et monde de la drogue.

En 1961, on a décidé, de propos délibéré, de ne pas créer de délit de simple possession dans le cas des drogues contrôlées pour la raison que souvent la possession non autorisée pourrait venir de ce qu'un membre d'une famille aurait accès à des médicaments qu'un autre membre aurait obtenus sur ordonnance*. Cela peut encore se produire très souvent pour les médicaments contrôlés et les stimulants ou sédatifs figurant à l'Annexe F des *Règlements des aliments et drogues*. L'usage répandu de plusieurs de ces drogues chez les adultes, la facilité avec laquelle ils peuvent s'en procurer certaines autres et la distinction souvent spacieuse entre l'usage médical et l'usage non médical contribueraient à rendre difficile et discriminatoire l'application de la loi à un délit de simple possession. Selon toute vraisemblance, la loi atteindrait, comme pour le cannabis, des jeunes en démêlés avec la police. On augmenterait le risque de voir la loi appliquée de façon discriminatoire, en raison des restrictions récentes sur l'usage médical des amphétamines et de médicaments assimilés inscrits à l'Annexe G de la *Loi des aliments et drogues*. Vu la vogue de ces drogues auprès des adultes : maîtresses de maison, hommes d'affaires et athlètes qui en recherchent les effets stimulants, il s'en fera sans doute un commerce clandestin. Il est peu probable cependant qu'un délit de simple possession atteigne un fort secteur des usagers adultes, plus que dans le cas du cannabis.

Tout en nous opposant à l'extension du délit de simple possession, nous reconnaissons qu'il ne s'ensuit pas nécessairement qu'on doive supprimer ce délit dans certains cas particuliers. Tout dépend de l'effet que ce changement dans la loi pourrait avoir sur l'attitude et le comportement des individus à l'égard de l'usage non médical d'une drogue particulière. Il existe manifestement une différence entre la proposition d'étendre le recours au droit pénal et celle de le réduire. Ne pas l'étendre est sans répercussions fâcheuses sur la situation actuelle, mais réduire ce recours pourrait en avoir. Le délit de simple possession peut n'avoir qu'un faible effet de dissuasion sur l'usage, mais il en a indubitablement, et chose encore plus importante, la suppression du délit risque de minimiser le danger de telle drogue aux yeux de certaines personnes. De nombreux usagers ne manqueraient pas d'en conclure que le danger ne doit pas être aussi grave qu'on l'avait d'abord prétendu.

* Débats, Chambre des communes, Canada, 30 mai 1971, p. 5595; voir aussi Hammond, C.R., *The Control of Barbiturates and Amphetamines*, (1964).

Il faut juger de chaque cas selon les avantages et les inconvénients qu'il comporte, ainsi que nous le déclarions dans *Le cannabis*. Nous avons reconnu alors que l'abolition du délit de simple possession de cannabis entraînerait probablement une certaine augmentation de son usage et aurait des effets sur la perception de son danger, mais compte tenu de ce danger, de l'écart entre la loi et la réalité dans ce cas et de l'inconvénient à appliquer le droit pénal à des milliers de jeunes, nous avons conclu qu'il fallait abolir, pour le cannabis, le délit de simple possession.

En dépit de nos appréhensions à l'égard du délit de simple possession, nous ne croyons pas qu'il serait prudent de l'abolir en ce moment pour ce qui est des hallucinogènes forts inscrits comme « drogues d'usage restreint » à l'Annexe H de la Loi des aliments et drogues. Bien qu'en général on use de ces drogues par curiosité ou à l'occasion seulement, cela n'en demeure pas moins dangereux. L'action des hallucinogènes forts est imprévisible ; ils peuvent produire des accidents psychiques chez ceux qui n'en prennent qu'à l'occasion aussi bien que chez les habitués. Un impressionnant dossier de recherches cliniques permet de croire qu'ils peuvent déclencher la maladie mentale ou des transformations néfastes de la personnalité. Les hallucinogènes puissants peuvent avoir sur le développement des adolescents des répercussions encore plus graves que celles dont nous nous inquiétons dans *Le cannabis*. Il faut aussi tenir compte du danger des « récurrences » ou « retours » des effets des hallucinogènes, qui peut se produire dans des circonstances où il y a danger pour l'usager ou pour autrui.

Le nombre des usagers du L.S.D. semble avoir plafonné et peut-être même diminué, mais un grand nombre de jeunes en font encore usage ; ces dernières années, on a constaté une forte hausse du nombre des usagers de MDA, hallucinogène particulièrement dangereux et aux propriétés semblables à celles des amphétamines. Plusieurs morts par surdose seraient attribuables à cette drogue. C'est dire que les hallucinogènes puissants sont beaucoup plus dangereux que le cannabis.

La conscience de ce danger freine l'usage. Il ne serait pas sage de miner cette conscience par des changements à la loi. Parce qu'on a conscience du danger des drogues d'usage restreint, la loi qui les régit paraît plus réaliste que celle qui régit le cannabis. Le fait d'avoir classé le cannabis parmi les stupéfiants opiacés ainsi que l'extrême rigueur des peines maximums imposées dans les affaires s'y rapportant ont nécessité des modifications à la loi. C'est pourquoi nous avons exprimé l'avis, dans *Le cannabis*, que l'on pouvait apporter des changements profonds à la loi relative à cette drogue afin de la rendre plus rationnelle sans entamer la prudence dont il convenait d'user à l'égard de cette drogue. Il n'en va pas de même quant aux hallucinogènes puissants ou aux « drogues d'usage restreint ». Le délit de simple possession, dans le cas de ces derniers, n'existe que depuis août 1969, mais contrairement à ce qui s'est passé pour le cannabis, il a été délibérément inséré dans la loi après une étude sérieuse du mal qu'ils semblaient causer et du régime

pénal qui convenait dans leur cas. Le régime mis sur pied était beaucoup moins sévère que pour le cannabis, substance que la loi rangeait toujours dans la même catégorie que l'héroïne. Les peines maximums pour trafic et pour simple possession étaient beaucoup moins sévères ; il n'existait pas de sentence minimum obligatoire de sept ans d'emprisonnement pour importation ou exportation, et il était loisible de recourir à l'acte d'accusation ou à la déclaration sommaire de culpabilité dans les affaires de trafic tout comme de simple possession. Toute modification à ce régime passerait probablement pour une révision de la notion du risque que comportent ces drogues, plutôt que pour la correction d'une erreur grossière de classification à l'origine, comme ce fut le cas pour le cannabis.

D'autre part, il faut maintenir un certain équilibre entre le besoin de préserver la loi pour maintenir intacte la notion du danger de la drogue, et les désavantages que la loi comporte. C'est pourquoi nous professons toujours l'opinion exprimée dans notre Rapport provisoire, soit que personne ne devrait être passible d'emprisonnement pour simple possession de drogues d'usage restreint. Étant donné le danger des drogues d'usage restreint, la jeunesse de la majorité des usagers et les effets néfastes de l'emprisonnement sur ces personnes, nous ne croyons pas que les tribunaux devraient être habilités à infliger l'emprisonnement pour ce délit. Notre opinion est renforcée par la grande disparité des sentences que nos études ont fait ressortir (voir l'Appendice F. 8, *Pratique pénale*). Le risque d'emprisonnement augmente la possibilité des injustices attribuables à cette disparité. À notre avis, l'emprisonnement n'est pas justifié dans le cas de la simple possession de drogues d'usage restreint, même lorsque l'inculpé a un casier judiciaire. Ce délit devrait être jugé au fond et indépendamment de la gravité d'autres infractions.

Pour les autres drogues régies par la Loi sur les stupéfiants, le délit de simple possession devrait cependant être retenu pour à peu près la même raison que dans le cas des drogues d'usage restreint, c'est-à-dire l'effet que son abolition pourrait avoir sur l'idée que se fait le public de leur danger. Nous croyons de plus qu'il est nécessaire de conserver la peine d'emprisonnement pour la simple possession de cette catégorie de drogues. Depuis la publication de notre *Rapport provisoire*, où nous préconisions l'abolition de l'emprisonnement pour simple possession de n'importe quel psychotrope, nous avons changé d'avis à ce propos. C'est que depuis ce temps la dépendance à l'égard des opiacés s'est répandue, de même que leur usage par curiosité ou à l'occasion. De plus, au Canada, on se fait une idée bien différente aujourd'hui de la gravité de l'usage non médical de ces drogues. Abolir l'emprisonnement pour simple possession de ces drogues serait aller à l'encontre des idées sur le problème que pose actuellement leur usage. L'amende, à part son effet sur la conscience du danger, risque d'être peu efficace comme moyen de contrôle des opiomanes, car leur besoin irrésistible les contraint déjà à se trouver régulièrement de fortes sommes par des voies

délictueuses. Enfin, le recours au droit pénal contre les toxicomanes nous apparaît comme un moyen nécessaire de les dépister et de les obliger à se faire soigner ou à se faire suivre.

Comme nous le disions précédemment, l'emprisonnement a un effet néfaste sur les toxicomanes délinquants ; il renforce leur obsession de la drogue et leur lien au monde de la toxicomanie et de la délinquance. La prison peut interrompre l'usage des drogues, mais dans la plupart des cas elle ne guérit pas de la toxicomanie. Mais pour être efficace, la lutte contre la dépendance doit être assortie d'une menace de détention pour manquement. Les tribunaux devraient s'abstenir le plus possible d'infliger l'emprisonnement aux toxicomanes, et celui-ci doit être conservé comme sanction du refus de respecter les conditions de la mise en liberté. Nous recommandons cependant que l'emprisonnement maximum pour simple possession des stupéfiants opiacés et de la cocaïne soit de deux ans. Environ 90 p. 100 des peines d'emprisonnement ont présentement cette durée maximum.

LES CONTRÔLES DANS LE TRAITEMENT DE L'OPIOMANIE

Il faudrait recourir davantage à la probation (ou libération conditionnelle) avec obligation de suivre une cure reconnue. La cure d'entretien à la méthadone rend cette solution plus acceptable. Le toxicomane peut tendre vers l'abstinence dans un internat thérapeutique ou en suivant un traitement ailleurs, s'il le désire ; mais la cure à la méthadone lui offre une autre solution acceptable. À l'éventail des solutions viendra peut-être s'ajouter prochainement un bon antagoniste des opiacés.

Sans doute, si l'on recourt sérieusement au droit pénal pour faire soigner ou traiter les opiomanes, au lieu de leur infliger la détention ou quelque autre sanction aussi peu efficace, nous devons développer nos installations de traitement de tous genres, y compris les unités spécialisées dans la méthadone et les internats thérapeutiques, et nous devons multiplier le nombre des agents de probation et des autres personnes capables de collaborer à la réadaptation sociale.

Le traitement auquel doit se prêter celui qui obtient la probation devrait être déterminé par le tribunal après consultation avec l'intéressé, l'agent de probation, le personnel traitant et toute autre personne (agents de police et assistants sociaux) pouvant avoir des conseils utiles à offrir. Il faudrait que le sujet soit bien mis au courant de la nature et des conséquences de la cure. Il importe de lui définir clairement ce qu'il peut en attendre. Le simple transfert des responsabilités des autorités judiciaires à établissement de traitement, accompagné d'espairs irréalistes, est une source fréquente d'insatisfaction. Il faut en même temps que le régime soit assez souple pour permettre de modifier la cure si le personnel traitant et le malade le jugent souhaitable. Autrement dit, il devrait y avoir entente préalable sur la cure, d'après les préférences

ces bien fondées du sujet et l'avis des spécialistes, mais il devrait être possible pour l'établissement de la modifier avec l'accord du sujet. L'agent de probation devrait peut-être jouir du pouvoir d'en approuver les modifications.

Y aurait-il lieu de mettre sur pied un régime de traitement obligatoire de l'opiomane, hors des cadres du droit pénal ? Nous avons indiqué à l'Appendice F. 1, *Cadres constitutionnels*, les raisons pour lesquelles il paraît douteux que le parlement du Canada possède la compétence législative voulue pour le faire. (Ce sujet est abordé à l'Appendice J, *La probation des héroïnomanes*). Selon l'opinion la plus répandue, le traitement obligatoire qui ne s'inscrit pas dans le cadre du droit pénal relève de la compétence provinciale. Si nous voulons utiliser le droit pénal pour amener ou encourager les opiomanes à suivre une cure, nous devrions logiquement faciliter leur déstigmatisation en instaurant un régime non pénal de traitement et de surveillance. Les adversaires de la cure obligatoire sont portés à exagérer la liberté dont le toxicomane jouit à l'égard des traitements. En fait, la difficulté qu'il éprouve à se procurer sur le marché clandestin de quoi satisfaire son habitude et le danger d'être arrêté et emprisonné exercent sur lui, après quelque temps, une pression qui le pousse à se faire traiter. L'héroïnomanie qui sollicite une cure d'entretien à la méthadone parce qu'il en a assez du marché clandestin est en réalité contraint de le faire, bon gré mal gré. Et sa décision n'est pas empreinte de cette liberté totale que d'aucuns jugent essentielle à la motivation nécessaire au traitement.

Nous ne voyons pas comment, en pratique, nous pourrions cesser d'avoir recours au droit pénal contre l'usager des stupéfiants opiacés, mais nous ne sommes pas en faveur de l'instauration de longues périodes d'internement. Les résultats obtenus ailleurs par cette méthode ne nous justifient pas de priver longtemps des individus de leur liberté sans qu'ils aient commis d'acte criminel. Cependant de très bons arguments militent en faveur d'un internement obligatoire de courte durée afin d'amener l'opiomane à faire un examen de conscience et à décider, dans un milieu exempt des pressions du marché clandestin offrant des possibilités d'un bon diagnostic et de bons conseils, s'il désire suivre l'une des cures ou se prêter à la surveillance qu'on lui offre.

Nous souhaitons que les provinces confèrent aux agents de police le pouvoir d'amener devant un magistrat toute personne qu'ils soupçonnent pour des motifs raisonnables et probables, d'avoir contracté la dépendance à l'égard des stupéfiants opiacés, pour qu'il soit statué, d'après la présomption de preuve, sur l'opportunité d'interner la personne au plus soixante-douze heures pour un examen médical. Si on constate qu'elle est toxicomane, le médecin examinateur ainsi qu'un autre médecin qui confirme son diagnostic, auraient le pouvoir de placer la personne dans un internat de traitement pour un à trois mois. Grâce à cet internement, on pourrait approfondir l'examen et l'observation du toxicomane, ce qui lui permettrait de prendre conscience de sa situation et d'envisager les divers traitements ou régimes de surveillance qui lui seraient offerts ; de commencer la cure, y compris la désintoxication prolongée, la méthode de la communauté thérapeutique ou

l'entretien à la méthadone. Le but premier serait de faire connaître les traitements au malade, de lui faciliter la décision d'en suivre un. Si, à la fin de la période prévue, le malade refusait la cure, on le laisserait partir. L'internement fournirait également au malade des possibilités de conseil et d'aide relativement aux difficultés à l'origine de la toxicomanie. L'établissement aurait accès, si possible, à des services de réadaptation sociale.

Pareil programme exigerait des installations d'internement en association étroite avec les hôpitaux généraux et les établissements de cure à la méthadone. Il faudrait également pourvoir à la libération temporaire des sujets, moyennant certaines conditions et surveillance, pendant leur internement. Les agents de police seraient habilités à renvoyer le malade en détention pour manquement aux conditions de sa libération, sur l'ordre du directeur de l'internat. Toutefois, la période d'internement ne devrait pas dépasser le délai fixé à l'origine par les médecins qui auraient ordonné l'internement. De plus, lorsque l'internement ne donnerait pas de résultats la première fois, et que le sujet ne prendrait pas la décision de poursuivre la cure, les autorités feraient bien de ne pas tenter l'expérience de nouveau, quitte à y revenir au besoin. Si le toxicomane ne profitait pas de ces mesures non pénales destinées à l'amener à faire un examen de conscience et à se prêter à une cure, il serait préférable de laisser le droit pénal suivre son cours.

Pour l'instant, nous limiterions cette expérience à l'opiomanie*. Puisque la cure d'entretien à la méthadone offre un choix acceptable pour ceux qui ne voudraient pas de traitements visant à l'abstinence, le recours à une certaine coercition pour l'amener à accepter un traitement est justifié jusqu'à un certain point. Pour les autres formes de dépendance, notamment à l'égard des amphétamines par voie intraveineuse, il n'existe pas encore de solution applicable. Faute d'une cure certaine, on ne saurait exercer de contrainte. De plus, le caractère agité et rebelle de l'amphétaminomane rendrait beaucoup plus difficile l'internement obligatoire de courte durée au cours duquel il serait censé examiner sa situation ainsi que les solutions s'offrant à lui. Les difficultés que comporterait l'application de cette mesure aux amphétaminomanes l'emporteraient largement sur les avantages que l'on pourrait peut-être en tirer. L'internement serait présenté au toxicomane comme l'occasion d'un bon diagnostic de sa toxicomanie, de même que de bons conseils, et de tenter sérieusement une cure. Il aurait pour but de hâter sa décision de se dégager du marché clandestin, de faire le point, et de faire un premier pas vers la cure et la réadaptation. Il faudrait que le plus tôt possible la coercition initiale cède le pas à l'acceptation de la cure par le sujet. L'efficacité de cette méthode dépendrait dans une large mesure de la façon dont elle serait appliquée par les agents de police dans ce rôle d'agents de l'hygiène publique et par le personnel chargé du traitement et du relèvement. Obligé de faire face

* Elle pourrait également s'appliquer aux cas d'alcoolisme; toutefois, comme nous l'avons mentionné antérieurement, certaines provinces prévoient des moyens de lutte ne relevant pas du droit pénal pour ces cas.

à sa situation avec l'aide de spécialistes, le toxicomane devrait être encouragé à participer à la décision. En dernier ressort, c'est lui qui devrait décider de suivre des traitements. Nous ne préconisons pas que l'on oblige le sujet à accepter une cure ou une surveillance particulière, tels que la cure d'entretien à la méthadone ou l'administration d'un antagoniste des opiacés*, mais nous reconnaissons que dès que l'on a recours à la coercition, les choix offerts au toxicomane vont nécessairement se présenter de cette façon dans certains cas. Fait à retenir, cependant, selon notre proposition, la coercition ne devrait pas s'exercer au-delà de trois mois. Elle ne saurait donc avoir l'effet d'une pression indéfinie en vue d'obliger le sujet à une certaine cure.

Si cette expérience s'avérait utile, elle pourrait être utilisée pour d'autres toxicomanies dès que l'on disposerait de cures ou de régimes de surveillance efficaces pour elles.

Nous nous rendons compte qu'en proposant ce régime d'internement de durée limitée, nous soulevons le problème de la façon et des endroits où les installations nécessaires devraient être mises sur pied. Il faudrait sans doute commencer par un établissement pilote. Les exigences d'une sécurité minimum rendraient peut-être difficile sinon impossible d'établir ces internats sous la surveillance d'unités spécialisées de traitement ou d'hôpitaux généraux. Ils devraient néanmoins être à proximité des services de traitement et de réadaptation. Les internats auraient besoin d'un personnel permanent pour le diagnostic, l'orientation et la garde, et d'autres employés non résidents. L'autorité première en matière d'internement serait réservée aux médecins qui auraient accès à des services de diagnostic et de traitement dotés du matériel nécessaire pour confirmer la toxicomanie et pour déterminer l'état général du malade et son aptitude à profiter de la cure. Le toxicomane serait logé à l'internat et y recevrait des conseils et diverses formes de thérapeutique d'orientation et de récréation ; il y aurait à proximité des installations de traitement, par exemple un hôpital général en cas de maladies graves et un centre de cure à la méthadone dans l'éventualité où le sujet opterait pour cette solution. Il faudrait que la décision d'entrer dans un internat thérapeutique soit parfaitement libre et que le toxicomane la prenne après en avoir bien considéré les conséquences. Cette décision comporterait le transfert d'un internat à un autre, avant l'expiration de la période d'internement obligatoire ; elle devrait être sanctionnée par les médecins qui prescriraient l'internement.

Nous ne recommandons pas la contrainte dans les cas qui ne relèvent pas du droit pénal, pour instruire ceux qui ne prennent de la drogue qu'à l'occasion, surtout lorsque le risque de dépendance est minime, comme pour les hallucinogènes et les solvants volatils. Nous doutons que cette méthode soit efficace et préférons qu'on laisse l'information et l'éducation à l'initiative de chacun.

* La principale raison, quant à la cure d'entretien à la méthadone, c'est qu'il y a décision séricuse à prendre : faut-il faire durer une forme de dépendance ? Pour ce qui est de l'antagoniste, il n'y a risque qu'en cas d'urgence, il empêche un stupéfiant opiacé de produire son effet analgésique.

FAUT-IL CRÉER UN DÉLIT D'USAGE ?

Étant donné la gravité du problème de l'héroïne au Canada, on se demande comment rendre plus efficace la lutte contre les stupéfiants opiacés. On souhaiterait notamment améliorer les méthodes utilisées par la police dans l'arrestation et la condamnation de ceux qui tâtent des stupéfiants pour la première fois ou qui n'en prennent qu'à l'occasion. On considère en effet que le danger de « contagion » par ces individus est beaucoup plus grand que par le toxicomane invétéré, car ils ont le sentiment de pouvoir prendre impunément des opiacés. On a fait valoir que le délit de simple possession nuisait présentement à la police et que celle-ci pourrait être beaucoup plus efficace s'il existait un délit d'usage et si elle avait le pouvoir d'exiger l'analyse d'urine comme preuve.

La plupart des pays s'en tiennent au délit de simple possession mais plusieurs ont aussi créé un délit d'usage. Le droit fédéral américain ne comporte que le délit de simple possession comme celui du Canada, mais l'usage est un délit dans plusieurs des États. La Cour suprême des États-Unis, dans l'affaire *Robinson contre la Californie*³¹, a statué qu'il était inconstitutionnel de faire un délit de la toxicomanie, mais plusieurs États ont quand même maintenu leur législation en ce sens. Il semble que les décisions rendues seront confirmées s'il s'agit uniquement de condamnations pour « usage » ou pour l'état d'intoxication par une drogue. Le *Uniform Controlled Substances Act* rédigé par la Commission nationale d'uniformisation des lois des États ne prévoit qu'un délit de simple possession, punissable comme infraction grave (*misdemeanour*). Dans la plupart des cas, les peines maximums applicables au délit d'usage en vertu des lois des États sont moins sévères que celles qui frappent la possession. Dans bien des cas, cependant, on ne fait pas de distinction, quant à la peine maximum, entre la simple possession pour usage et la possession en vue de la vente, ce qui expliquerait la différence des peines maximums imposées pour l'usage et pour la possession. La peine maximum pour le délit de toxicomanie ou d'usage est de 30 jours à 6 ans, mais le plus souvent ne dépasse pas 1 an. On nous dit qu'en pratique on a recours au délit d'usage et qu'on le fait surtout lorsqu'il s'agit de petites quantités de drogues interdites. En Europe, la plupart des pays ont recours au délit de possession ou de détention pour atteindre l'usager, mais plusieurs pays punissent également l'usage³². En Nouvelle-Zélande aussi, l'usage est un délit, tout comme la possession³³.

Dans l'histoire de la législation canadienne, le seul délit d'usage de stupéfiants a été le fait de fumer de l'opium, édicté dans la *Loi sur l'opium et les drogues*, de 1911³⁴. La loi créait un délit de simple possession punissable d'un emprisonnement d'au plus un an ou d'une amende d'au plus 500 dollars ou des deux à la fois et déclarait délit le fait de fumer de l'opium, délit qui était punissable d'un emprisonnement d'au plus 3 mois ou d'une amende d'au plus 50 dollars, ou des deux à la fois. Le fait de fumer de l'opium ou d'utiliser de quelque autre façon des préparations d'opium consti-

tue un délit assujetti aux mêmes peines que la simple possession en vertu de la *Misuse of Drugs Act 1971* du Royaume-Uni.

La législation fédérale offre un exemple de délit d'usage, notamment la *Loi sur la répression de l'usage du tabac chez les adolescents*³⁵, qui interdit aux personnes de moins de 16 ans de fumer en public. Cette loi comporte également un délit de possession. Nous avons déjà mentionné une loi de l'Alberta interdisant l'usage des solvants volatils à des fins d'intoxication.

Si on a recours au délit de simple possession, c'est que la poursuite doit établir la nature de la drogue et qu'en général il lui en faut pour cela un spécimen. La police se plaint parfois de cette dernière exigence qui nuit à son travail. Ses agents doivent surprendre l'héroïnomanie en flagrant délit de possession et doivent parfois avoir recours à la contrainte pour l'empêcher d'avaler la substance ou de s'en défaire autrement. Elle propose comme solution un délit de toxicomanie qui serait assorti d'une peine d'internement d'une durée indéterminée. En 1955, le Comité spécial du Sénat a reçu des témoignages en ce sens³⁶. Cette proposition a été reprise jusqu'à un certain point dans la Partie II de la *Loi sur les stupéfiants* (qui n'est jamais entrée en vigueur), sauf que selon ces dispositions, on ne pouvait « condamner » un individu à la détention pour un traitement d'une période indéterminée en invoquant sa toxicomanie, que s'il avait été au préalable condamné pour une infraction à la *Loi sur les stupéfiants*. Il est fort douteux que le Parlement du Canada possède la compétence législative voulue pour faire de la toxicomanie un délit (voir l'Appendice F. 1, *Cadres constitutionnels*). Pour créer un délit de toxicomanie, le Parlement devrait se fonder sur l'état de santé des individus sans avoir à invoquer leur comportement délictueux antérieur ou appréhendé ; cette initiative serait probablement jugée contraire à la constitution. De fait, on devrait alors considérer qu'il punit les délinquants non pas pour la maladie dont ils souffriraient, — ce dont il serait tout à fait inadmissible de les tenir responsables en droit, — mais pour tous les actes antérieurs d'usage qui auraient provoqué cette maladie. Le Parlement a sans doute le pouvoir de décréter délictueux une infinie variété d'actes, tant qu'il ne s'agit pas évidemment d'une façon détournée de s'arroger un domaine de compétence provinciale, mais il ne serait guère convenable, en droit, de décréter que la toxicomanie est un délit³⁷. Que nos tribunaux interprètent ou non l'interdiction de tout châtiment cruel et inusité formulée dans la Déclaration canadienne des droits de la même manière que la Cour suprême des États-Unis dans l'affaire *Robinson contre la Californie*, on ne manquerait pas de mettre en doute devant eux la valeur d'une telle mesure.

Il n'y aurait pas d'obstacle en principe à ce qu'on ajoute un délit d'usage au délit de simple possession comme *second choix* de procédure³⁸. Mais il serait encore nécessaire d'établir la nature de la drogue consommée, ce qui exigerait l'analyse d'un échantillon. Pour tourner cette difficulté, il faudrait soumettre le sujet à un test propre à déceler la présence de la drogue dans l'organisme. L'analyse d'urine pour déterminer, par la présence de morphine dans l'organisme, s'il y a eu usage d'héroïne, est loin d'être sûre. La chromatographie

graphie par couche mince, méthode la plus courante, est faillible, donnant parfois de faux résultats positifs ou n'en donnant aucun. De plus, elle ne peut ordinairement déceler la présence de morphine dans l'organisme que si le sujet a pris de l'héroïne dans les 24 heures qui précèdent. Les épreuves immunologiques mises au point récemment semblent donner moins de faux résultats positifs et peuvent déceler la présence de drogue dans l'urine beaucoup plus longtemps après usage. En ce moment, toutefois, elles ne permettent pas de distinguer correctement codéine, morphine et héroïne, mais on croit qu'il sera bientôt possible d'identifier la codéine grâce à ces épreuves. Tant que subsiste un risque assez fort de faux résultats positifs, on doit écarter l'analyse d'urine obligatoire comme moyen de déterminer la responsabilité en droit.

Même si nous réalisions, pour déceler l'héroïne dans l'organisme, une méthode infaillible et suffisamment pratique pour servir à l'application des lois, il resterait à dépister celui qui n'use de la drogue que par curiosité ou à l'occasion. L'analyse d'urine obligatoire à elle seule ne rendrait pas cette tâche plus facile. Et il faudrait que la drogue soit décelée peu de temps après usage. Celui qui ne prend de l'héroïne qu'à l'occasion n'est pas exposé à la surveillance ni au dépistage par la police comme celui qui conduit un véhicule, les facultés affaiblies. Il faudrait intensifier la répression, accroître le nombre des policiers et des informateurs, recourir davantage à des méthodes déplaisantes pour augmenter les chances de dépister ceux qui ne font usage de drogues qu'à l'occasion, car leurs actes sont rares et imprévisibles et se passent en général dans le privé. Nous ne croyons pas que les gains réalisés dans l'application des lois par la création d'un délit d'usage appuyée par l'analyse d'urine obligatoire justifieraient que l'on ajoute ce moyen de s'immiscer dans la vie personnelle des citoyens et que l'on augmente du même coup le risque d'injustice. Nous nous opposons donc à ce que l'usage de drogue soit considéré comme un délit s'il fallait que la preuve en soit assujettie à l'analyse d'urine obligatoire. Nous sommes d'avis, répétons-le, qu'il ne faut pas étendre l'application du droit pénal à l'usager mais, au contraire, l'État doit se retirer méthodiquement de ce domaine.

NOTES

1. L'article 36, paragraphe 1, est ainsi libellé : Sous réserve de ses dispositions constitutionnelles, chaque Partie adoptera les mesures nécessaires pour que la culture et la production, la fabrication, l'extraction, la préparation, la détention, l'offre, la mise en vente, la distribution, l'expédition en transit, le transport, l'importation et l'exportation de stupéfiants non conformes aux dispositions de la présente Convention, ou tout autre acte qui, de l'avis de ladite Partie, serait contraire aux dispositions de la présente Convention, constituent des infractions punissables lorsqu'elles sont commises intentionnellement et pour que les infractions graves soient passibles d'un châtement adéquat, notamment de peines de prison ou d'autres peines privatives de liberté.
2. Article 7.
3. Article 5.
4. *Règlement sur les stupéfiants*, article 3(3).
5. Article 3(2).
6. *Code criminel*, article 646(2).
7. Article 41(1).
8. SOLOMON, R., « The Enforcement of Drug Laws in Vancouver » document de recherche de la Commission, inédit, 1971.
9. Le chiffre de 450 opiomanes en probation est tiré de renseignements fournis par des agents de probation principaux (après consultation avec des agents subalternes) dans les villes du Canada à taux élevé d'opiomanie (voir Appendice J, *La probation des héroïnomanes*). Quant au chiffre de 100 opiomanes en probation, il est tiré de renseignements fournis par les représentants de district du Service national des libérations conditionnelles dans les villes à taux d'usage des stupéfiants opiacés très élevé (voir Appendice K, *La libération conditionnelle des héroïnomanes*). Le directeur des services médicaux du Service pénitentiaire du Canada tient un dossier des « toxicomanes » des pénitenciers fédéraux avec mise à jour hebdomadaire. Les renseignements sur les antécédents de ces détenus en matière de toxicomanie proviennent de la Gendarmerie royale du Canada et des agents de classification du Service pénitentiaire. Le chiffre de 330 « toxicomanes » dans les pénitenciers fédéraux est fondé sur une analyse de ce dossier faite le 30 août 1972 par un membre du personnel de la Commission. Le chiffre de 670 opiomanes dans les établissements pénitentiaires provinciaux est tiré de renseignements fournis par les directeurs des services correctionnels provinciaux pour adultes.
10. Dans la loi fédérale des États-Unis, la peine maximum est d'un an d'emprisonnement ou d'une amende de 5 000 dollars, ou des deux à la fois ; toute récidive est punie de 2 ans d'emprisonnement ou d'une amende de 10 000 dollars ou des deux à la fois. Le délinquant peut obtenir sa libération con-

ditionnelle s'il en est à sa première infraction, et s'il est âgé de moins de 21 ans son casier judiciaire peut être détruit (*Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970, art. 404*). Les peines maximums prévues par les lois des États pour la simple possession de stupéfiants opiacés varient beaucoup. La plupart sont de 5 ans ou moins, mais dans certains États, la peine maximum est de 10 ans (Alaska, Arizona, Californie, Indiana, Kansas, Oklahoma, Oregon, Virginie), de 15 ans (Alabama, Colorado, Ohio, Rhode Island), de 20 ans (Maine, Missouri) et même l'emprisonnement à perpétuité au Texas. L'Illinois aussi semble avoir la même peine maximum que le Texas pour simple possession de 30 gm ou plus d'héroïne. Divers États ont des sentences minimums d'un an (Nebraska, Nevada, New Mexico, Vermont, Virginie, Kansas, Kentucky) ou de deux ans (Alabama, Alaska, Arizona, Californie, Colorado, Georgie, Indiana, Ohio, Oklahoma, Texas).

11. Au Royaume-Uni, le *Misuse of Drugs Act 1971* prévoit pour la simple possession d'un stupéfiat opiacé les peines suivantes : sur déclaration sommaire de culpabilité, 12 mois d'emprisonnement au maximum ou une amende de £400 ou à la fois l'amende et l'emprisonnement ; sur acte d'accusation, 7 ans d'emprisonnement au maximum ou une amende à la discrétion du tribunal, ou les deux à la fois. Dans les *Dangerous Drugs Acts* de 1965 et de 1967, que doit remplacer le *Misuse of Drugs Act 1971*, il n'existe pas de distinction quant à la peine maximum entre la possession avec intention d'approvisionner ou de trafiquer et la simple possession pour usage. Les peines maximums pour tous les délits, y compris la possession, en vertu des *Dangerous Drugs Act* de 1965 et de 1967 sont les suivantes : sur acte d'accusation, 10 ans d'emprisonnement au maximum ou une amende de £1 000, ou les deux à la fois, et sur déclaration sommaire de culpabilité, 12 mois d'emprisonnement au plus ou une amende de £250, ou les deux à la fois.
12. En France, où le délit est l'usage illicite plutôt que la simple possession, les peines sont l'emprisonnement de deux mois à un an ou une amende de 500 à 5 000 francs, ou les deux à la fois. En Belgique, les peines maximums pour simple possession de stupéfiants sont de 3 mois à 2 ans d'emprisonnement ou une amende de 1 000 à 10 000 francs, ou les deux à la fois. Aux Pays-Bas, les peines maximums pour tous les délits, y compris la possession, sont de quatre ans, s'il y a propos délibéré, et, dans les autres cas de 6 mois ou une amende de 3 000 florins. Au Danemark, en Norvège, en Suède et en Finlande, la peine maximum pour possession est de 2 ans d'emprisonnement. En Allemagne de l'Ouest, la possession est punissable d'au plus 3 ans d'emprisonnement.
13. En Australie, les gouvernements sont convenus de rendre la simple possession de stupéfiants opiacés punissable d'au plus 2 ans d'emprisonnement.
14. En Nouvelle-Zélande, la simple possession de ces drogues est punissable d'au plus 3 mois d'emprisonnement.
15. Voir la note 9 ci-dessus.
16. Le *Public Health Act*, R.S.A. c. 294, article 40.
17. Celui qui compte sur le vol pour satisfaire à son habitude doit voler des biens d'une valeur environ 3 fois plus élevée que le prix de la drogue puis-

qu'il ne peut réaliser que le tiers de leur valeur sur le marché illicite. Selon une estimation modérée, le toxicomane américain vole en moyenne pour 10 000 dollars de biens par an. William H. McGlothlin et coll., *Alternative Approaches to Opiate Addiction Control: Costs, Benefits and Potential*, document établi pour le ministère de la Justice des États-Unis, Bureau des stupéfiants et des drogues dangereuses, miméographié, février 1972. On peut supposer que les toxicomanes canadiens volent une quantité équivalente chaque année. En 1964, J. F. D. Selkirk, agent des libérations conditionnelles de Vancouver, estimait qu'en moyenne la consommation quotidienne d'un toxicomane devait coûter 20 000 dollars par an, ce qui donnait un chiffre total de 120 millions par an pour l'ensemble des toxicomanes, (*National Parole Board Experimental Release of Drug Addicts*, « *The Canadian Journal of Corrections* », janv. 1964). Selon une étude effectuée en Colombie-Britannique il y a quelques années, un toxicomane doit consacrer 26 p. 100 de son temps à des activités illicites qui lui rapportent 2 693 dollars par mois (B. C. Murphy, *Response Measures for Assessing the Effectiveness of Training Programs for Delinquent Addicts: A preliminary Report on validation*), Matsqui, C.-B. (Service pénitentiaire du Canada, miméographié, s.d.).

18. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
19. Par exemple, le *Mental Health Act* du Manitoba, R.S.M. 1970, c. M-110, article 2 a.
20. CANADA, Section de l'hygiène mentale. Direction de la Santé et du Bien-être Statistique Canada, mai 1973.
21. Voir *The Liquor Control Act* de l'Ontario, R.S.O. 1970, c. 249, article 90(4) et l'article 64A du *Summary Convictions Act* de la Colombie-Britannique, adopté en 1968 (St. B.C., c. 12), modifié en 1970 (St. B.C., c. 46).
22. Par exemple, le *Narcotic Drug Addicts Act* du Manitoba, R.S.M. 1970, c. 178.
23. L'exposé de ce programme s'inspire des rapports de son directeur, M. Martin J. Mayer.
24. Voir *The Liquor Control Act* de l'Ontario, R.S.O. 1970, 249, article 106 a, adopté en 1971 (St. Ont., c. 88).
25. MURPHY, B. C. *A Quantitative Test of the Effectiveness of an Experimental Treatment Program for Delinquent Opiate Addicts*, ministère du Solliciteur général du Canada, Rapport n° 4 du Centre de la recherche (Ottawa, Information Canada, 1972); C. E. Beech et A. I. Gregerson, *Three Year Follow-Up Study — Drug Addiction Clinic, Mimico*, « *Canadian Journal of Corrections* », 1964, pp. 211-224; Sénat du Canada, Délibérations du Comité spécial d'enquête sur le trafic des drogues au Canada, 1955, p. 382; J. C. Kramer, *The State versus the Addict: Uncivil Commitment*, « *Boston University Law Review* », 1970, pp. 1-22; R. W. Wood, *Major Federal and State Narcotics Programs and Legislation*, « *Crime and Delinquency* », janvier 1970, pp. 36-56; G. E. Vaillant, *The Natural History of Narcotic Drug Addiction*, « *Seminars in Psychiatry* », novembre 1970, pp. 486-498; J. A. O'Donnell, *The Relapse Rate in Narcotic Addiction: A Critique of Follow-Up Studies*, in « *Narcotics* », sous la direction de D. Wilner et G. Kassebaum,

- (New York : McGraw-Hill, 1965) pp. 226-246 ; B. J. Langenauer et C. L. Bowden, *A Follow-Up Study of Narcotic Addicts in the NARA Program*, « *American Journal of Psychiatry* », juillet 1971, pp. 73-78. Voir aussi Appendice I, *Le traitement de l'opiomanie dans les pénitenciers fédéraux du Canada* et Appendice L, *Le régime d'internement des toxicomanes en Californie*.
26. SÉNAT DU CANADA, Délibérations du comité spécial d'enquête sur le trafic des drogues au Canada, 1955, fascicule 11, p. 14.
 27. VAILLANT, G. E., *The Natural History of Narcotic Drug Addiction*, « *Seminars in Psychiatry* » 1970, pp. 486-489.
 28. BEJEROT, NILS, *Addiction and Society* (Springfield, Illinois, Thomas, 1970), pp. 271 et suivantes.
 29. SÉNAT DU CANADA, Délibérations du Comité spécial d'enquête sur le trafic des drogues au Canada, 1955, fascicule 2, p. 18.
 30. Débats, Chambre des communes, Canada, 7 juin 1961, p. 6190.
 31. 370 U.S. 660 (1962).
 32. Comme nous l'avons déjà mentionné, la loi française interdit l'usage illicite. L'usage est également un délit en Norvège. En Belgique, l'usage est un délit si on le pratique en compagnie d'autres personnes.
 33. L'article 6 de la *Loi sur les stupéfiants* de 1965 stipule ce qui suit :
« Nul ne doit obtenir, recevoir, emmagasiner ou avoir en sa possession, ni consommer, fumer ou autrement utiliser un stupéfiant, sauf en vertu d'une licence émise sous l'autorité de la présente loi, ou ainsi que l'autorisent les Règlements édictés sous son régime »
 34. S.C. 1911, c. 17.
 35. S.R.C. 1970, c. T-9.
 36. SÉNAT DU CANADA, Délibérations du Comité spécial d'enquête sur le trafic des drogues au Canada, 1955, fascicule 12, pp. 22-24.
 37. Pour l'étude de cette solution, voir le témoignage de l'hon. Paul Martin, alors ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, et de M. F. P. Varcoe, alors sous-ministre de la Justice du Canada, dans Sénat du Canada, Délibérations du Comité spécial d'enquête sur le trafic des drogues au Canada, fascicule 1, 15 mars 1955, pp. 14-16 et fascicule 13, 30 mai 1955, pp. 9-10.
 38. Lorsque fumer de l'opium était un délit en vertu de la loi canadienne, celui qui était trouvé en possession d'opium pour son usage personnel et en train d'en fumer, pouvait être déclaré coupable et condamné pour les deux infractions. Voir *R. c. Yuen*. [1932] 3 D.L.R. 234, 57 C.C.C. 372. Ainsi il y avait risque d'être poursuivi deux fois pour la même infraction. S'il existe un délit d'usage en plus d'un délit de simple possession, la loi devrait prévoir qu'un accusé peut être condamné pour l'un mais non pour les deux, s'ils tiennent aux mêmes circonstances.