

Troisième partie

Traitement et réadaptation

## Considérations générales sur le traitement

Dans *Le traitement* nous avons étudié les diverses conceptions de la thérapeutique ou des soins à donner aux victimes de la drogue. Nous n'entendons pas revenir ici sur tout ce que nous avons écrit ni même en offrir un résumé. Cependant, certains points méritent une nouvelle attention, étant donné leur importance dans l'élaboration d'une politique sociale ou les faits survenus depuis. Il faut apprécier avec réalisme les possibilités des soins dans les cas d'accidents de la drogue, et en particulier du traitement de la toxicomanie. Il importe de se les représenter correctement pour établir un ordre de priorité entre les divers modes d'intervention.

Certains ont trouvé *Le traitement* pessimiste. Nous n'avons sûrement pas sous-estimé à dessein l'efficacité des divers modes de traitement, mais nous ne voulions pas non plus susciter de vains espoirs. L'optimisme peut faire plus de tort que le pessimisme en ce domaine. Il est certain qu'en montrant trop de confiance ou en exagérant les résultats obtenus on risque de faire croire qu'il est possible de se remettre des ravages causés par la dépendance ou par les affections chroniques consécutives à l'essai de certaines drogues. Il semble, par exemple, que l'on se soit mépris sur la cure d'entretien à la méthadone en y voyant une solution à l'opiomanie, alors qu'en réalité, elle n'est qu'une autre forme de dépendance. Nous avons trouvé les possibilités de traitement peu encourageantes d'une manière générale. Il était capital de le souligner pour bien faire apprécier la gravité du risque que l'on court en faisant l'essai de drogues qui engendrent l'habitude et pour que l'on accorde à la prévention la place qui lui revient. Nous n'avons pas voulu critiquer ni décourager ceux qui tentent d'améliorer les cures existantes ou d'en découvrir de meilleures. Il faut continuer à appuyer les thérapeutes comme ils le méritent, mais se montrer pondérés quant aux possibilités de guérison actuelles ou futures. À la longue, le personnel traitant trouvera plus de réconfort dans sa tâche si ses objectifs sont modestes et s'il ne compte pas sur des miracles ; en entretenant des illusions et en se fixant des normes inaccessibles, on risque la déception et l'impossibilité de poursuivre les efforts constructifs.

Pour apprécier avec justesse les traitements, il faut distinguer entre dépendance et manifestations physiques ou psychiques aiguës ou de courte durée. Les méthodes actuelles sont efficaces contre les effets immédiats et contre un bon nombre d'affections consécutives à la toxicomanie. La principale difficulté réside dans le traitement de la dépendance et de la polytoxicomanie. Le traitement de la dépendance tend vers diverses fins : l'abstinence ou la guérison ; l'entretien qui est la continuation d'une forme de dépendance ; la neutralisation des drogues accoutumantes par des antagonistes ou des substances qui ne produisent pas de dépendance marquée ; l'emploi de certaines substances pour produire une réaction pathologique ou désagréable lorsque le sujet prend une drogue accoutumante ; et, depuis peu, l'immunisation active contre l'aptitude d'une drogue à engendrer la toxicomanie.

Il est reconnu que les diverses méthodes visant à l'abstinence ou à la guérison accusent des résultats décevants en moyenne. Certaines semblent plus efficaces que d'autres, mais même les meilleures ne peuvent toucher qu'une très faible proportion des toxicomanes. Les méthodes des *Alcooliques Anonymes* semblent compter parmi les plus efficaces pour aider à persévérer dans l'abstinence. On n'a pas remporté de succès comparable en employant la même méthode pour la dépendance à l'égard des opiacés. On a eu recours à beaucoup d'anciens toxicomanes, mais leurs résultats ne se comparent nullement à ceux des *Alcooliques Anonymes*. Quant aux chances de guérison de la dépendance à l'égard des amphétamines administrées par voie intraveineuse, elles semblent encore moindres ; il y a lieu de croire cependant que la consommation massive d'amphétamines est un phénomène transitoire et que la plupart des sujets s'en libèrent au bout de quelques années. Les tentatives pour amener des toxicomanes à l'abstinence par de longs séjours en prison ou à l'hôpital ont donné de piteux résultats. L'efficacité de la psychothérapie individuelle n'a pas été démontrée ; de toute façon son coût est prohibitif et il n'y a pas assez de thérapeutes pour la tâche. On a obtenu des résultats encourageants par la thérapie de groupe, notamment par la technique de rencontre utilisée dans le régime sévère des internats thérapeutiques, mais ces moyens ne touchent qu'une faible proportion des toxicomanes. Toutefois, vu l'importance de cette forme de traitement pour ceux qui tendent vers l'abstinence ou la guérison, nous l'examinerons plus loin. On n'a pas encore exploité sérieusement toutes les possibilités de la méthode individuelle, c'est-à-dire des diverses formes d'appui personnel et d'assistance pratique qu'une personne dévouée peut apporter au toxicomane pour l'aider à refaire sa vie. Nous reviendrons sur l'importance de cette méthode dans une autre section.

Nous examinons dans la prochaine section la cure d'entretien, c'est-à-dire le remplacement d'une drogue accoutumante par une autre. Comme il est difficile de réaliser l'abstinence ou la guérison, on reconnaît de plus en plus que cette cure offre la meilleure solution dans le cas de la dépendance à l'égard des opiacés. On ne parle guère de cure d'entretien pour les autres toxicomanies, même si bien des sujets ont sans doute contracté la dépendance

à l'égard d'autres drogues, dont les barbituriques, et continuent d'en prendre dans le cadre d'un traitement médical d'entretien. La cure d'entretien ne semble pas indiquée dans le cas des amphétamines, car il est difficile de stabiliser les doses à un niveau qui ne perturbe pas les fonctions physiques ou mentales. Cette cure, tentée en Suède, aurait donné des résultats catastrophiques. Quant à la cure d'entretien, il s'agit de décider si les avantages qu'elle procure justifient les risques que l'on court nécessairement en mettant légalement en circulation une drogue propre à engendrer la dépendance pour le traitement de cet état même.

On n'a pas encore mis au point de méthodes thérapeutiques comportant l'emploi d'antagonistes. Les antagonistes connus présentent divers inconvénients, notamment des effets secondaires désagréables et une action éphémère. Des antagonistes plus efficaces sont actuellement en cours d'élaboration et d'expérimentation. On espère en créer un qui puisse s'administrer par voie orale à intervalles de plusieurs jours, ou être implanté dans l'organisme où, graduellement diffusé dans le sang, il offrirait pendant longtemps la neutralisation des opiacés. Cependant, l'antagoniste ne supprime pas le besoin impérieux de stupéfiant chez les toxicomanes ni ne les libère de la tension ou de la dépression dont bon nombre souffrent. Même si l'on disposait d'antagonistes satisfaisants pour les cas de dépendance, seule une faible part des toxicomanes, vraisemblablement, les accepteraient volontiers. Pour l'instant, il n'existe pas d'antagoniste satisfaisant pour les principales autres drogues engendrant la dépendance : alcool, barbituriques, amphétamines et tabac, mais des recherches intéressantes se poursuivent dans certains de ces domaines. L'Antabuse (disulfiram) ne neutralise pas les effets de l'alcool, mais en freine l'usage en produisant des réactions toxiques très désagréables lorsque les deux substances sont prises simultanément. Certes, elle réduit la consommation d'alcool lorsqu'elle est implantée dans l'organisme ou prise régulièrement, mais elle n'est acceptée que par une très faible proportion des alcooliques.

Dans *Le traitement*, nous avons exprimé le vœu que soit encouragée la recherche d'un antagoniste efficace des amphétamines. Cette proposition a été mal accueillie ; on a prétendu que, du fait de l'action des amphétamines sur le cerveau, et de sa similitude avec celle des hormones de l'organisme tels que l'adrénaline, cet antagoniste altérerait sérieusement le système nerveux. C'est possible, étant donné l'incertitude où l'on se trouve devant les mécanismes selon lesquels les amphétamines produisent leurs effets accoutumants ou leurs effets euphorisants chez l'être humain, nous avons cru qu'il ne fallait pas écarter *a priori* la recherche d'un antagoniste qui pourrait réduire la consommation d'amphétamines. Des progrès sensibles ont été réalisés en ce domaine depuis la parution de notre étude sur le traitement. En Suède, on étudie présentement un composé qui réduit de façon appréciable les effets accoutumants des amphétamines pris par voie orale ou intraveineuse. D'après l'information limitée que nous possédons, il n'aurait pas d'effets secondaires

graves ni d'action sur les fonctions physiques et psychiques. On trouvera d'autres détails sur ce sujet à l'Appendice A. 3 (*Les amphétamines*).

Il est possible que l'on découvre une immunisation active contre les effets de certaines drogues. Il s'agirait de les neutraliser comme par les antagonistes chimiques, mais le processus serait biologique. En utilisant des anticorps élaborés à l'origine pour l'analyse immunologique des drogues, on a obtenu l'immunisation active de certains animaux et réduit la réaction à la drogue, mais on n'a pas encore fait l'essai de cette méthode chez les êtres humains. Elle pourrait présenter l'inconvénient, toutefois, d'une immunisation irréversible. Pour ce qui est des stupéfiants opiacés, une immunisation efficace (de même que des antagonistes chimiques de longue durée) priverait la personne traitée du secours des opiacés à des fins médicales, notamment pour le soulagement de la douleur. Quant à l'immunisation contre les amphétamines, elle pourrait entraîner des complications du fait de la similitude entre les amphétamines, l'adrénaline et les hormones voisines, ainsi que nous l'avons déjà souligné.

Même si l'on réussissait à neutraliser les effets des principales drogues engendrant la dépendance, les répercussions générales de ce traitement sur la polytoxicomanie pourraient être très décevantes. Il existe une multitude de psychotropes. Même dans les grandes catégories pharmaceutiques on constate souvent de fortes variations quant à la structure chimique et aux mécanismes d'action des diverses drogues. Des antagonistes spécifiques n'auraient pas la même efficacité contre toutes les drogues. Par conséquent, en supprimant l'usage d'une substance on ne ferait guère que changer la forme de dépendance du sujet ou la drogue utilisée. Si on poussait à l'extrême la méthode des antagonistes, la polytoxicomanie exigerait finalement des traitements à base d'antagonistes multiples, ce qui évidemment ne serait pas réalisable. Il semble donc que le traitement par les antagonistes n'aura qu'une utilité limitée, sauf pour certains individus à la recherche de pareille ressource.

On ne saurait parler de traitement sans évoquer un courant nouveau en faveur de la maîtrise de soi, de la spiritualité, de la méditation ou de l'engagement pour freiner la toxicomanie ou en distraire. Nous en avons parlé dans l'appendice de notre étude sur *Le traitement* sous le titre *Autres méthodes thérapeutiques*. Ces méthodes, remarquablement efficaces dans certains cas, dépendent néanmoins de circonstances particulières, notamment de la personnalité du sujet et des personnes qui viennent à son aide ; aussi est-il impossible de formuler un jugement général sur leur efficacité.

Certains aspects pharmacologiques des traitements sont examinés plus à fond à l'Appendice A (*Les effets de la drogue*).

En terminant, il convient d'examiner les installations de traitement au Canada par rapport aux besoins. Dans *Le traitement* nous avons recommandé la création de services de traitement et de relèvement. À l'Appendice H (*Moyens et effectifs de traitement dans les provinces*), nous avons esquissé les services existants pour la cure d'entretien à la méthadone et pour les

traitements en internats thérapeutiques et dans les hôpitaux généraux et spécialisés en ce domaine. Il nous a semblé que le Canada n'avait pas encore toutes les installations nécessaires pour satisfaire aux besoins actuels et potentiels des toxicomanes. Nous n'avons pas fait de relevé des établissements de traitement de l'alcoolisme, mais nous avons lieu de croire qu'ils sont bien inférieurs aux besoins. Dans bien des cas, selon les rapports, les services ne sont pas pleinement utilisés. Il en serait de même, par exemple, de certains services de cure à la méthadone et de certains internats thérapeutiques. Cependant, cela tiendrait souvent à une pénurie de personnel ou à l'absence d'une publicité qui puisse faire connaître aux malades les traitements offerts. Indépendamment des installations, les possibilités de traitement sont restreintes par la pénurie de personnel compétent. Il faudrait accentuer le recrutement dans ce domaine et fournir aux candidats la formation nécessaire. Nous reviendrons plus loin sur la nécessité que le gouvernement favorise davantage l'établissement de services thérapeutiques et le recours à ces services par ceux qui en ont besoin.

## Section IX

# La cure d'entretien aux opiacés

### LA CURE D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE

#### AIDE CROISSANTE

La difficulté à enrayer la dépendance à l'égard des opiacés entraîne un recours croissant à la cure d'entretien à la méthadone, moyen le plus efficace de venir à bout de cette assuétude. Les programmes en ce sens se multiplient ; ce mode de traitement recueille de plus en plus d'approbation et d'appui officiel. De fait, il y a un courant en faveur de la substitution de la méthadone à l'héroïne comme moyen de mettre un terme à la dépendance à l'égard de cette dernière.

Il semble bien, à l'heure actuelle, que la cure d'entretien à la méthadone soit, dans une grande mesure, le moyen de faire cesser l'asservissement au marché illicite et les infractions liées à l'usage de la drogue, chez un grand nombre d'héroïnomanes. Les opinions sont très partagées quant aux résultats de la cure : persévérance à suivre le traitement, diminution de l'usage de drogues illicites, baisse de la délinquance, augmentation de l'emploi rémunérateur, adaptation sociale et redressement personnel. Certains programmes de traitement auraient réalisé des taux de persévérance (80 p. 100 et plus) bien supérieurs à la moyenne. De plus, ces taux résultent de critères d'admission et d'exigences variables. Il n'en demeure pas moins que même les plus bas taux signalés, compte tenu du nombre de personnes qui peuvent bénéficier de cette cure, indiquent que ce traitement de la dépendance à l'égard des opiacés est plus efficace que tous les autres. On ne dispose pas encore de normes pour mesurer l'efficacité virtuelle des antagonistes, ce genre de médicaments étant toujours aux stades du perfectionnement et de l'expérimentation (voir Section VIII, *Considérations générales sur le traitement* et Appendice A, *Les stupéfiants opiacés*).

Certains programmes visant à l'abstinence, ceux des internats thérapeutiques en particulier, donneraient des résultats qui se comparent favorablement à ceux de la cure d'entretien à la méthadone. Ils s'adressent toutefois à une faible proportion des habitués, choisis avec soin, et supposent un certain pronostic.

La supériorité de la cure d'entretien à la méthadone repose donc essentiellement sur le nombre ou la proportion des habitués qui peuvent en bénéficier. Il faut reconnaître que le taux des impersévérants (comme pour presque tous les autres programmes) est élevé, allant jusqu'à 50 p. 100<sup>1</sup> dans certains cas<sup>1</sup>. Chez les malades qui persévèrent, il y a beaucoup de sans-travail et une forte consommation de drogues illicites, mais une proportion imposante n'ont plus recours au marché noir de l'héroïne et occupent un emploi utile. On estime que si l'on disposait des installations nécessaires, au moins 40 p. 100 des héroïnomanes aux États-Unis pourraient retrouver un certain équilibre grâce à la cure d'entretien à la méthadone<sup>2</sup>. Les internats thérapeutiques, d'autre part, ne peuvent traiter d'une manière efficace plus de 10 p. 100 des toxicomanes de tous types<sup>3</sup>.

#### INCERTITUDES

La cure d'entretien à la méthadone a des adeptes de plus en plus nombreux, mais elle suscite aussi des doutes et même une forte opposition. Ses adversaires les plus manifestes sont ceux qui préconisent des traitements orientés vers l'abstinence, dont l'internat thérapeutique. Ils soutiennent qu'il faut sevrer les habitués de la drogue et non les encourager dans leur accoutumance. Ils considèrent que céder ainsi aux désirs des toxicomanes empêche de trouver une solution véritable au problème.

Malgré la diminution de la délinquance liée à l'usage de la drogue et un certain recul du marché noir de l'héroïne, on craint que la cure d'entretien à la méthadone ne répande l'asservissement aux opiacés. Nous créerions un approvisionnement licite pour un nouvel opiacé, dont une partie serait inévitablement détournée vers le marché illicite. On redoute également que les gens, rassurés par la possibilité d'une cure d'entretien à la méthadone, courent plus volontiers le risque de la dépendance en tâtant de l'héroïne ou des drogues semblables et, qu'une fois asservis, ils soient moins enclins à l'effort nécessaire pour s'abstenir de toute drogue. Beaucoup craignent que la cure d'entretien à la méthadone ne remplace pas l'usage de l'héroïne illicite mais aggrave ou complique le problème général de la dépendance à l'égard des opiacés.

Il est certain que les quantités croissantes de méthadone destinées au traitement de la dépendance à l'égard des opiacés (cure de sevrage et cure d'entretien) sont à la fois une source de problèmes et de bienfaits. L'usage de la méthadone présente essentiellement quatre dangers. Premièrement, celui d'asservir à la méthadone des malades exempts de la dépendance à l'égard des opiacés. C'est qu'il n'existe pas d'épreuves appropriées pour déterminer le degré de dépendance. Ce risque est plus grave si le médecin qui administre ou prescrit ce médicament n'a pas à sa disposition les services d'un labora-

toire pour les analyses d'urine. Des analyses d'urine quotidiennes et consécutives pour déterminer s'il y a usage quotidien d'héroïne comptent parmi les moyens de déceler la dépendance ; on ne peut affirmer avoir pris toutes les précautions nécessaires pour éviter une erreur de diagnostic, si on n'y a eu recours. Les sujets non asservis aux stupéfiants opiacés peuvent contracter la dépendance à l'égard de la méthadone si on ne les refuse lorsqu'ils se présentent pour un traitement. Certains médecins courent le risque d'asservir des malades à la méthadone sous prétexte que ceux-ci tâtent de l'héroïne et contracteront fort probablement la dépendance. Il est donc préférable, selon ces médecins, de couper ces sujets le plus tôt possible du marché illicite plutôt que de risquer qu'ils repartent pour longtemps.

Le détournement de méthadone vers le marché noir constitue le deuxième danger. Celui-ci est accru si le médicament est prescrit et non administré sur place et sous surveillance. Dans certaines régions, la prescription excessive a donné lieu à l'organisation d'un marché noir et engendré une dépendance au premier degré à l'égard de la méthadone. On craint que la multiplication des cures d'entretien suscite un marché illicite, étant donné une demande croissante et le refus de rendre la méthadone légalement accessible aux personnes exemptes de la dépendance. Si les héroïnomanes veulent bien prendre de la méthadone plutôt que de l'héroïne, estime-t-on, il faut s'attendre à ce que la demande s'accroisse. En facilitant la cure d'entretien à la méthadone on risque d'accroître l'intérêt pour cette drogue ainsi que le nombre des toxicomanes. Ce n'est pas seulement mettre sur le marché un autre produit entraînant la dépendance, mais aussi en légaliser la vente, ce qui faciliterait ou encouragerait la dépendance à l'égard des opiacés.

Troisièmement, il y a un risque qu'on soit incité à tâter de l'héroïne en croyant à tort que la méthadone offrira la guérison si la dépendance survient. On craint que les toxicomanes ne comprennent pas en quoi consiste la cure d'entretien, qu'ils ne sachent pas qu'elle engendre la dépendance et que celle-ci se confirme avec l'administration quotidienne. On ne saisit pas bien que la cure à la méthadone comporte elle-même la dépendance, même si celle-ci remédie au besoin de s'approvisionner sur le marché illicite. Ceux qui voient dans le traitement à la méthadone une guérison se trompent lourdement. Il s'agit non pas d'une guérison, mais de la substitution d'une accoutumance à une autre — et d'une accoutumance aussi tenace que l'héroïnomanie.

Le quatrième danger vient de ce que le personnel traitant et les malades comptent trop sur la cure d'entretien à la méthadone et négligent l'objectif autrement difficile de l'abstinence, ou les buts complémentaires que souvent on se fixe et atteint dans d'autres modes sérieux de traitement : le sens des responsabilités, l'engagement, la compréhension de soi, l'acceptation de ses limites, etc. Aux États-Unis une partie du personnel des internats thérapeutiques fait de plus en plus appel à la cure d'entretien à la méthadone ; il est impossible, toutefois, d'établir si cette tendance modifie les buts et l'efficacité générale de ces établissements. En adoptant sans réserve ce mode de traite-

ment, nous risquions de perdre de vue nos efforts pour trouver des moyens de guérison. Les autorités accordent de plus en plus leur préférence à la cure d'entretien à la méthadone, peut-être au détriment des traitements orientés vers l'abstinence. Les dépenses déjà élevées du gouvernement au chapitre de la santé publique augmentent sans cesse. Il est facile de comprendre alors l'intérêt pour la cure d'entretien à la méthadone, au coût relativement faible.

Une connaissance insuffisante des effets à long terme de la méthadone est également source d'inquiétude, même si nous ne prévoyons pas qu'ils se révéleront plus néfastes que ceux de l'héroïne. Il y a eu relativement peu d'essais jusqu'à maintenant pour déterminer l'action de cette substance sur les fonctions psychomotrices dans la conduite d'une voiture ou d'autres machines. À l'heure actuelle, nous permettons aux sujets en cure d'entretien de conduire une automobile, de faire fonctionner des machines qui peuvent présenter des dangers et d'exécuter d'autres tâches compliquées, bien que nous ne soyons vraiment pas sûrs que cela soit opportun. De même nous manquons de connaissance méthodique sur l'action conjuguée de la méthadone, de l'alcool et d'autres drogues et médicaments. Cela constitue une source d'inquiétudes sur d'éventuels troubles de comportement et sur la toxicité de cette action conjuguée.

#### LA POSITION DE LA COMMISSION

Dans *Le traitement*, la Commission s'est prononcée, mais avec circonspection, pour la diffusion de la cure à la méthadone, sous réserve de contrôles. Elle a fait état des critiques, entre autres de celles venant de milieux favorables aux internats thérapeutiques, et de la nature encore expérimentale de ce mode de traitement. Elle n'en a pas moins conclu que « la cure d'entretien à la méthadone représente (donc) l'arme la moins coûteuse et la plus efficace dans la guerre à l'héroïnomanie » (*Le traitement*, p. 30). Le contrôle que recommande la Commission et dont traite, à l'Appendice G. 1, *Le programme de contrôle de la méthadone du gouvernement canadien*, comporte essentiellement la règle suivante : d'une manière générale, la méthadone ne sera administrée que par des médecins affiliés à un dispensaire reconnu, doté des installations de laboratoire et autres services auxiliaires nécessaires, et sous la surveillance générale de ce dispensaire.

L'inquiétude que suscitaient la cure à la méthadone et la création d'un programme de contrôle par le gouvernement fédéral ont amené la Commission à réexaminer la position exprimée dans *Le traitement*.

Malgré les réserves exprimées ci-dessus, la cure à la méthadone continue à gagner des appuis. À part son coût relativement faible, elle présente divers avantages : elle peut s'appliquer à un grand nombre de toxicomanes et les aider à se tenir à l'écart du marché illicite et de la délinquance liée à la drogue. Elle leur permet de travailler d'une manière raisonnablement efficace. Tels sont de nos jours les principaux objectifs sociaux touchant la dépendance à l'égard de l'héroïne. Dans les grands centres urbains des États-Unis,

on s'inquiète davantage de l'augmentation de la criminalité chez les héroïnomanes que de l'effet de cette dépendance sur la personne. À défaut de guérir la dépendance, on veut au moins réduire la criminalité qui s'y rattache. Une certaine proportion des sujets en cure peuvent poursuivre une existence d'infractions aux lois en raison d'un mode de comportement particulier, mais ils ne sont plus poussés par le besoin de se procurer des opiacés.

Si en accordant trop d'importance à la cure, on risque de se détourner des efforts exigés par un traitement orienté vers l'abstinence, il n'y a guère lieu de s'en soucier que dans la mesure où cette dernière forme de traitement présente de bonnes chances de succès. Sans renoncer à guérir, il faut nous montrer réalistes quant aux possibilités actuelles. Les traitements orientés vers l'abstinence ne sont guère encourageants ; ils tendent à confirmer que l'héroïmanie est incurable. Très peu de sujets sont demeurés abstinents, après être sortis d'une prison ou d'un internat thérapeutique, d'après la documentation existante. Les internats thérapeutiques s'attribuent souvent un taux élevé de réussite. Cependant, le nombre de malades qui réagissent bien représente une très faible proportion de ceux qui se sont adressés à ces établissements. Un grand nombre de toxicomanes se retirent lorsqu'il se rendent compte de quoi il s'agit. Beaucoup abandonnent ou jouent sur les deux tableaux après un court séjour à l'internat. Le fondateur de Synanon lui-même est d'avis que sur dix personnes qui demandent l'aide de l'internat une seule en bénéficie<sup>4</sup>. Selon les observateurs, comme nous l'avons indiqué plus haut, l'internat thérapeutique convient au plus à 5 ou 10 p. 100 des habitués des opiacés<sup>5</sup>. Pour eux, bien sûr, il faut aider financièrement un nombre assez élevé d'internats. Mais, de l'avis général, les résultats ne justifient pas l'élimination des autres formes de traitement. En outre, l'entretien à la méthadone peut toujours être considéré comme un moyen de stabilisation et de transition qui permet de rompre avec le marché noir et la délinquance, puis de s'organiser une vie à peu près normale. Il n'interdit pas au malade de suivre ensuite un traitement jusqu'à la guérison s'il se sent capable de l'effort nécessaire. Les internats thérapeutiques, comme nous l'avons déjà mentionné, ont recours à la cure d'entretien à la méthadone.

C'est pourquoi, malgré les inquiétudes exprimées ci-dessus, il faut continuer à mettre la cure à la disposition du plus grand nombre possible des habitués des opiacés à qui elle convient. Il faut toutefois appliquer des contrôles pour réduire au minimum les dangers exposés ci-dessus. Le gouvernement fédéral ayant adopté le programme de contrôle après la publication de notre rapport sur le traitement, nous devons réexaminer la question.

Avant d'aborder le sujet, nous rappellerons une fois de plus que les possibilités des antagonistes pour traiter la dépendance à l'égard des opiacés n'ont pas encore été explorées à fond ; elles laissent néanmoins entrevoir des espoirs. Si nous nous attachons surtout à l'étude de la cure à la méthadone et de l'internat thérapeutique, ce n'est pas pour suggérer que le choix se limitera nécessairement à ces deux modes de traitement.

LE PROGRAMME DE CONTRÔLE DE LA MÉTHADONE DU GOUVERNEMENT  
CANADIEN

L'appendice intitulé *Le programme de contrôle de la méthadone du gouvernement canadien* décrit cette mesure adoptée en 1972. Elle faisait suite aux recommandations d'un comité mixte spécial créé par l'Association médicale du Canada et l'ancienne Direction des aliments et drogues du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, et à celles formulées par la Commission dans *Le traitement*. Il y est question des abus qui ont amené le gouvernement à intervenir, des recommandations du comité mixte et de la Commission, de la politique de contrôle de la méthadone projetée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, du nouveau *règlement sur les stupéfiants* en ce qui concerne l'usage de la méthadone, des directives établies par la Direction générale de la protection de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, de l'application de la nouvelle politique de contrôle, du nombre de dispensaires spécialisés reconnus, du nombre des médecins affiliés à ces dispensaires et de ceux qui ne le sont pas et qui ont été autorisés, à partir de novembre 1972, à utiliser la méthadone pour la cure d'entretien et de sevrage ou pour la cure de sevrage seulement.

Il ressort de cet appendice que le gouvernement fédéral a dû s'efforcer de concilier deux objectifs : un approvisionnement en méthadone suffisant pour le traitement de la dépendance à l'égard des opiacés ; des contrôles suffisants pour réduire au minimum les abus et divers risques, dont les suivants : que des personnes non asservies aux opiacés contractent cette dépendance en prenant de la méthadone ; qu'il se produise des détournements vers le marché illicite du fait de la course aux ordonnances ou de prescriptions excessives ; que soit aggravée la dépendance à l'égard des opiacés par des cures mal dirigées et une protection insuffisante contre la consommation de drogues illicites.

En ce moment, il y a conflit entre ces deux nécessités. Il est juste de proposer un contrôle efficace et un emploi médical judicieux de la méthadone grâce aux dispensaires ou centres de traitement spécialisés reconnus auxquels doivent s'affilier les médecins. Dans la pratique toutefois, cette idée présente certaines difficultés. Le nombre de centres de traitement susceptibles d'être accrédités a beaucoup augmenté, mais il n'en existe pas encore assez pour que le système soit viable (voir Appendice G. 1, *Le programme de contrôle de la méthadone du gouvernement canadien*). À l'heure actuelle, le Canada ne compte pas assez de programmes de traitement bien organisés et assortis des installations nécessaires pour se permettre de limiter l'emploi de la méthadone aux médecins qui peuvent adhérer à un programme reconnu. Trop d'agglomérations ne bénéficieraient pas des soins nécessaires si cette règle était appliquée. Il n'a pas semblé possible non plus de restreindre l'utilisation de la méthadone aux médecins en mesure de faire faire les analyses d'urine nécessaires, ni d'exiger que le médicament soit administré sous surveillance et prescrit seulement dans des circonstances tout à fait exceptionnelles.

Le gouvernement fédéral a en effet été forcé d'abandonner l'idée d'un contrôle fondé sur les centres ou les programmes de traitement reconnus et de se satisfaire d'un mode de contrôle qui lui assure une surveillance étroite sur les médecins. Il n'est pas certain que la politique appliquée permettra d'atteindre les objectifs d'un usage sûr et efficace de la méthadone annoncés à l'origine. Un bon système de contrôle exige la confirmation de la dépendance et la surveillance de l'usage de drogues illicites par un laboratoire; l'administration du médicament sous surveillance plutôt que la prescription ordinaire et les installations nécessaires pour suivre les malades. Ces moyens de contrôle peuvent exister en dehors d'un dispensaire ou centre de traitement spécialisé, mais les médecins ne peuvent y recourir en général que dans le cadre d'un programme de traitement.

#### LES QUESTIONS DE COMPÉTENCE

Le gouvernement fédéral s'estime limité dans son action par la constitution (voir à l'Appendice F. 1, *Cadres constitutionnels*, étude générale sur la répartition des compétences législatives touchant l'usage non médical des médicaments). En vertu du pouvoir qu'il possède en matière pénale, ce gouvernement a la faculté de restreindre la distribution des substances nocives et de régler leur usage, mais il n'entre pas dans ses attributions générales de créer des installations de traitement et de les réglementer, sauf dans le cadre du droit pénal et dans d'autres secteurs précis de compétence fédérale, dont les forces armées, l'immigration et les affaires indiennes. Comme il en est fait mention à l'Appendice F. 1, les services de santé sont de compétence provinciale, mais on doute fort qu'en vertu de ses principes constitutionnels, le gouvernement fédéral puisse invoquer les pouvoirs que lui confère la disposition de l'A.A.N.B. relative à la paix, à l'ordre public et à la bonne administration pour assurer des services de traitement, même si politiquement il était disposé à le faire. Dans le climat constitutionnel caractérisé par les revendications des provinces touchant la compétence en matière de santé et de bien-être social, pareille initiative ne semble ni souhaitable ni réalisable. Fournir des installations pour le traitement de la dépendance à l'égard des opiacés et pour d'autres conséquences de l'usage des médicaments à des fins non médicales constituerait une incursion dans le domaine complexe des services de santé et de bien-être social. Le traitement de l'héroïnomanie exige bien autre chose que l'approvisionnement en médicaments; il met en jeu un réseau complet de services dont certains relèvent des provinces (établissements et personnel spécialisé).

Le droit que la constitution confère au gouvernement fédéral de réglementer la distribution des substances dangereuses semble lui permettre d'envisager la création des installations nécessaires à leur mise en circulation. Le gouvernement pourrait donc réserver la distribution de la méthadone à des installations d'État ou à des établissements reconnus. Il ne faut pas confondre toutefois distribution et traitement. Dans le cas des cures d'entretien

et de sevrage, il ne s'agit pas simplement de distribuer une substance dangereuse mais de fournir un service de santé.

Autre point important : le gouvernement fédéral a le droit de soumettre à certaines conditions l'usage d'un médicament, mais la réglementation de l'exercice de la médecine relève des provinces. Il s'en approche néanmoins en contrôlant l'administration des médicaments par les médecins. Il n'y a rien de commun entre interdire aux médecins l'emploi d'un médicament donné, telle la thalidomide, et décréter que seuls les médecins pourvus d'une autorisation spéciale du gouvernement fédéral auront le droit de l'utiliser. Les tribunaux ont statué que lorsque le gouvernement fédéral, dans l'exercice de sa compétence pour restreindre l'usage des substances nocives, définit le droit pour le médecin d'employer tel médicament, il n'usurpe pas le pouvoir qu'ont les provinces de réglementer l'exercice de la médecine<sup>6</sup>. Le programme fédéral de contrôle de la méthadone comporte toutefois un jugement sur la compétence et le sens des responsabilités des médecins. La reconnaissance des centres de traitement spécialisés et l'autorisation accordée aux médecins entraînent de toute nécessité un jugement sur l'utilisation de la méthadone d'après la notion d'exercice judiciaire de la médecine. (Les directives mentionnées à l'Appendice G.1 contiennent des propositions non équivoques à ce sujet).

Il reste qu'une fois admis que le gouvernement fédéral a le droit d'imposer aux médecins certaines conditions pour l'approvisionnement en tel médicament, rien ne limite ce droit pourvu que les conditions imposées portent sur la distribution et l'usage d'une substance dangereuse et n'impliquent pas la compétence pour réglementer le traitement au nom de l'efficacité.

Dans la pratique, la démarcation entre protection du malade et efficacité d'un traitement est souvent difficile ou impossible à déterminer. Exiger qu'on démontre la dépendance à l'égard des opiacés avant d'administrer de la méthadone, c'est manifester une préoccupation légitime quant au tort que peut causer une substance dangereuse. Exiger, par contre, tels services auxiliaires pour suivre les malades et les réadapter à la vie en société empiéterait peut-être sur le domaine de l'efficacité des traitements. De telles exigences peuvent cependant être considérées comme venant du souci de restreindre l'usage de la méthadone aux cas d'absolue nécessité. On ne semblerait donc pas fondé à mettre en question la compétence du gouvernement fédéral pour subordonner l'approvisionnement en tel médicament à certaines exigences touchant le mode de traitement.

La décision par le gouvernement fédéral de statuer sur l'aptitude des médecins à administrer de la méthadone pourrait le mettre dans une situation difficile vis-à-vis du corps médical et des organismes provinciaux de contrôle. Le Bureau de consultation des drogues, comme nous l'avons indiqué à l'Appendice G. 1, confère avec les organismes provinciaux compétents : le Comité consultatif sur la méthadone représente le corps médical ; le Ministère n'a refusé aucune demande d'autorisation depuis novembre 1972, mais à l'été

1972, quelques autorisations temporaires ont été annulées par suite d'un accord entre le Bureau et les médecins. Le gouvernement fédéral a pour politique d'encourager l'adoption de normes et de méthodes satisfaisantes, mais refuse ou retire le droit d'utiliser la méthadone seulement dans les cas d'abus incontestables. Même alors, il a recours à la négociation pour annuler le droit d'utiliser la méthadone. C'est que l'administration fédérale n'entend pas toucher au droit d'exercer la médecine, même lorsque l'y autorisent ses attributions relatives au contrôle de la distribution des substances nocives. La surveillance qu'exerce le Bureau des drogues dangereuses sur la prescription est de nature à déceler seulement les cas d'abus extrêmes. Ce Bureau ne peut contrôler le bon exercice de la médecine quant à l'utilisation de la méthadone. S'il devait exister une méthode sûre et rigoureuse pour apprécier la compétence ou l'expérience des médecins dans ce domaine, pour s'assurer du respect des normes, l'application en reviendrait aux autorités provinciales ou à un organisme fédéral-provincial.

#### LE PROGRAMME DE CONTRÔLE FÉDÉRAL

Le gouvernement fédéral, dans le programme de contrôle de la méthadone, a d'abord considéré comme nécessaire l'affiliation à un centre de traitement spécialisé, mais il a dû se plier à certaines réalités, au moins à titre transitoire.

Des moyens de contrôle, nous l'avons déjà dit, peuvent exister en dehors des centres de traitement spécialisés ou des programmes reconnus. L'affiliation est toutefois une façon de s'assurer que la méthadone est utilisée selon les règles de la médecine puisqu'un simple examen des carnets de prescription n'y suffit pas. Dans *Le traitement*, la Commission s'est fondée sur cette vue des choses en recommandant l'affiliation obligatoire ; le Comité mixte spécial a dû faire de même en exprimant l'avis que la cure à la méthadone ne doit être mise en œuvre, d'une manière générale, que dans le cadre de programmes spécialisés (voir Appendice G. 1). Les médecins qui ne participent pas à un programme sont aptes sans doute à employer la méthadone comme il se doit mais, à notre avis, ils ne disposent pas des moyens suffisants s'ils ne peuvent faire confirmer leur diagnostic et surveiller l'usage de drogues illicites par un laboratoire ; il leur faut aussi la formation et l'expérience clinique appropriées, et probablement, avoir à leur disposition des services auxiliaires pour surveiller et faciliter la réadaptation sociale de leurs malades. Tous ces moyens peuvent parfois faire défaut dans les programmes spécialisés, mais ces organisations sont mieux en mesure d'y pourvoir que des particuliers. Grâce à leur personnel spécialisé et à leurs installations, elles sont moins exposées que ces derniers à une mauvaise utilisation de la méthadone.

La nécessité de services auxiliaires pour suivre le malade et l'aider à se créer un nouveau mode de vie ressort nettement de notre expérience. La cure d'entretien à la méthadone, c'est-à-dire la simple administration quotidienne de médicaments, peut améliorer la situation, mais ne suffit pas. Le sujet doit

trouver un emploi satisfaisant et nouer de nouvelles relations. Un bon traitement exige que le malade soit suivi longtemps par des personnes qui s'intéressent à lui et peuvent faire l'effort nécessaire pour l'aider à résoudre les difficultés pratiques qu'entraîne la réorganisation de sa vie. De nos jours, il n'y a guère de traitements qui comportent la surveillance indispensable à une bonne réintégration dans la société. Un personnel compétent pour collaborer à cette tâche et une attitude accueillante de la part de la société sont nécessaires.

Certains prétendent que même sans services auxiliaires la cure d'entretien à la méthadone donnera de bons résultats s'il s'agit simplement d'affranchir le malade du marché illicite et de la délinquance liée à l'usage de la drogue. Le sujet a besoin d'aide pour se refaire une existence stable et se protéger contre les rechutes dans la délinquance auxquelles l'exposeraient ses anciennes relations, sinon dans la consommation de drogues illicites, et pour établir les fondements d'une guérison.

Les programmes de traitement à la méthadone exigent aussi un service de recherche et d'analyse. Nous manquons d'information sur de nombreux points de recherche : détermination des doses optimales, effets secondaires de la cure d'entretien (particulièrement la modification des fonctions intellectuelles et psychomotrices), action conjuguée avec celle d'autres drogues, possibilité d'un traitement aux dérivés de la méthadone à effet persistant. Cette recherche doit se mener au moins en partie dans un établissement clinique, ou dans les cadres d'un programme à la fois expérimental et clinique, car pour être menée à bien elle exige un appareillage complexe.

Malgré les divergences d'opinion sur la nécessité ou même l'utilité de l'analyse d'urine pour confirmer la dépendance et surveiller l'usage de drogues illicites, nous persistons à croire qu'elle est essentielle pour réduire au minimum le risque de créer ou d'aggraver la dépendance à l'égard des opiacés, la méthadone devenant un complément commode à l'héroïnomanie. Nous répétons qu'il semble qu'un grand nombre de médecins ne peuvent avoir directement recours aux services d'un laboratoire à moins d'adhérer à un programme de traitement reconnu. Même si du point de vue pratique et de façon temporaire, le fait que le programme de contrôle du gouvernement fédéral n'exige pas l'analyse d'urine puisse s'être justifié (pour ne pas réduire excessivement les possibilités actuelles de cures d'entretien à la méthadone), nous ne pensons pas que cette position puisse devenir la règle. Il convient de noter que les établissements spécialisés les mieux rodés au pays estiment essentielle l'analyse d'urine. Or, l'Appendice A. 2 indique une méthode très simple de prise préliminaire d'urine sur papier échangeur d'ions, éliminant ainsi l'analyse chimique immédiate. Après la prise (qui ne demande qu'une formation minime de personnel et peu d'équipement), on envoie le papier séché à un laboratoire central pour analyse, évitant ainsi le transport des échantillons d'urine. Si l'on initiait à cette méthode les auxiliaires médicaux, tout en créant des services centraux d'analyse sur une base fédérale ou provinciale, l'analyse d'urine ne poserait pas de problème au médecin traitant.

En Amérique du Nord, beaucoup de programmes de cure d'entretien à la méthadone exigent la miction devant témoin. Cette pratique humiliante ne nous semble ni convenable ni nécessaire. Une prise de température de l'urine, effectuée aussitôt après la miction, permet normalement de déceler toute substitution d'échantillon d'urine ; cette mesure doit devenir usuelle.

Pour réduire les dangers de la course aux ordonnances et du détournement vers le marché noir, ainsi que l'usage de la méthadone à faibles doses comme complément à la consommation illicite d'héroïne, on devrait l'administrer sous surveillance. Dans les cas où il est nécessaire de délivrer une ordonnance au malade, à cause de la distance ou pour une autre raison majeure, les pharmaciens devraient être tenus de surveiller attentivement l'ingestion du médicament sur place. Dans les circonstances exceptionnelles où il faut expédier au loin de la méthadone, dans un camp de bûcherons par exemple, on demandera à une personne sûre d'en surveiller attentivement la consommation. Il faut résoudre des problèmes d'ordre pratique avant la mise en œuvre d'un régime décentralisé qui permette l'administration de méthadone en pharmacie. Des pharmaciens peuvent s'y opposer, refusant la charge du contrôle en pharmacie de l'administration de méthadone à des héroïnomanes. Si l'on exige une prise quotidienne d'urine ainsi qu'un contrôle quotidien de l'administration de méthadone, il est préférable que cela ait lieu dans un même local. Aussi, pour que la délivrance de méthadone en pharmacie constitue un progrès sur celle en clinique centrale, il faudrait que le pharmacien procède également aux prises d'urine, ce qui peut poser des problèmes de personnel et d'espace.

Cependant ces problèmes ne sont pas insurmontables : c'est localement qu'on peut souvent en trouver la solution, comme c'est depuis plus d'un an le cas à Edmonton, où un programme bénéficie de la collaboration de six pharmacies ; on ne le considère plus comme un élément de traitement temporaire ou expérimental, mais comme l'un des services normaux de cette ville. Au début, tous les sujets doivent suivre le traitement donné à la clinique centrale ; mais en cas de progrès satisfaisants, certains d'entre eux peuvent prendre de la méthadone sous surveillance dans des pharmacies qualifiées, où ont également lieu parfois les prises d'urine. Certains programmes de ce genre existent aussi aux États-Unis.

Dans la cure d'entretien, par opposition à celle de sevrage, il faut administrer, semble-t-il, d'assez fortes doses pour enrayer les effets de l'héroïne. Autrement, l'habitué des opiacés pourra continuer à s'approvisionner au marché noir, mais plus commodément, comme il sera délivré d'une partie de la tension et la méthadone servant de complément à sa ration d'héroïne. Les doses irrégulières peuvent aggraver la dépendance à l'égard des opiacés et faciliter l'usage de l'héroïne, plutôt que de l'enrayer. Cependant le dosage doit demeurer flexible, car on ne connaît pas avec précision la dose optimale, actuellement objet de vives controverses et dont l'établissement demande encore des recherches (voir à ce sujet l'Appendice A. 2, *Stupéfiants opiacés*).

Les dérivés de la méthadone à effet s'étendant sur au moins deux jours sont encore au stade de l'expérimentation. Ils vont réduire notablement le coût et les difficultés d'une administration sous surveillance. Il reste cependant à résoudre certains problèmes et la cure d'entretien à la méthadone ne semble pas devoir encore disparaître dans un proche avenir.

#### À QUI INCOMBE LA CRÉATION DE MOYENS DE TRAITEMENT

Depuis la création d'un contrôle de la méthadone par le gouvernement fédéral, le nombre des programmes de traitement a beaucoup augmenté (voir Appendice G. 1, *Le programme de contrôle de la méthadone du gouvernement canadien*), mais il ne semble pas y en avoir assez pour faire face à la demande (voir Appendice H, *Moyens et effectifs de traitement dans les provinces*).

Les dossiers du Bureau de consultation des drogues ne permettent pas de déterminer si les établissements de cure d'entretien à la méthadone suffisent aux besoins. Pour cela, il faudrait savoir combien de sujets chaque centre reconnu et chaque médecin autorisé peuvent traiter relativement au nombre de personnes de leur région qui ont contracté la dépendance à l'égard des opiacés. Trop de données demeurent inconnues. Au Canada, les établissements de traitement à la méthadone ne tiennent pas de listes des candidats comme aux États-Unis. Ils ne dressent pas d'état des malades qui répondent à leurs normes d'admission, mais qu'ils sont obligés de refuser. Il semble bien toutefois que le nombre des demandes acceptables dépasse de beaucoup celui des personnes en traitement.

En outre, nous sommes encore loin d'avoir exploité toutes les possibilités de la cure d'entretien à la méthadone pour venir à bout de la dépendance à l'égard des opiacés. Les experts ne sont pas tous du même avis sur la proportion des habitués des opiacés qui peuvent bénéficier de la cure d'entretien à la méthadone. Certains sont plus optimistes que d'autres. Aux États-Unis, selon une estimation modérée dont nous avons déjà fait mention, il est possible de persuader quelque 40 p. 100 des héroïnomanes non détenus, ou ne suivant pas un traitement, de se soumettre à des cures d'entretien à la méthadone assorties de contrôle assez rigides<sup>7</sup>. De l'avis général, la cure d'entretien à la méthadone serait acceptable pour quatre ou cinq fois plus d'héroïnomanes que l'internat thérapeutique. À la fin de 1971, aux États-Unis, on estimait que sur 375 000 sujets asservis aux opiacés, 40 000 suivaient la cure d'entretien à la méthadone et 8 000 étaient en internat thérapeutique<sup>8</sup>.

Au Canada, nous estimons à moins de 1 500 les habitués des opiacés en cure d'entretien à la méthadone. Le manque de personnel et de ressources financières limite beaucoup les possibilités de traitement. Les deux établissements les plus anciens et expérimentés, soit la *Narcotic Addiction Foundation* de Colombie-Britannique et l'*Addiction Research Foundation* d'Ontario peuvent accueillir ensemble moins de 500 sujets.

Il nous semble que le gouvernement du Canada ne s'est pas encore engagé fermement à encourager la création des installations nécessaires pour

faire face à la demande. Cette attitude traduirait de la méfiance chez beaucoup de membres du corps médical à l'égard de cette forme de traitement. Des considérations d'ordre constitutionnel et financier entreraient aussi en ligne de compte.

Le gouvernement fédéral estime ne pouvoir prendre l'initiative de créer des moyens de traitement, parce qu'il s'agit là d'un domaine de compétence provinciale. Il peut néanmoins, après avoir consulté les provinces, s'avancer assez loin sur ce terrain, encourager la création d'installations et participer à leur financement. Les provinces dans l'ensemble ne manifestent guère d'enthousiasme ; elles ne sont pas fixées quant à la forme de traitement qui pourrait mériter leur appui et surtout éprouvent de l'inquiétude au sujet des frais.

Il serait peut-être prudent de considérer cette forme de traitement comme encore au stade expérimental, mais ne pas nous engager à fond et laisser subsister l'incertitude actuelle comportant aussi des risques. Il faut envisager la cure d'entretien à la méthadone, comme toute autre forme de traitement, du point de vue expérimental, en ce sens que la recherche et l'analyse doivent s'y adjoindre, mais il est maintenant nécessaire de s'engager fermement à mettre le plus possible cette cure, moyennant contrôle, à la disposition des malades. Une politique de demi-mesures offre peu d'avantage ; elle peut libérer de leur asservissement au marché noir un faible pourcentage des habitués des opiacés, mais elle a peu de répercussions sur le problème dans son ensemble. Administrer de la méthadone à des centaines de malades, c'est dépasser le stade expérimental. Aucune raison sérieuse nous empêche d'aller jusqu'au bout. Une politique permettant de se procurer licitement des opiacés présente des dangers, mais une fois engagé dans cette voie il faut prendre tous les moyens pour en tirer le maximum d'avantage. Nous devons créer les installations et les instruments pour attirer le plus grand nombre d'héroïnomanes possible.

Pour offrir aux habitués, et à un coût raisonnable, une cure d'entretien à la méthadone comportant les contrôles appropriés, il faut l'appui financier du gouvernement. C'est aux gouvernements provinciaux qu'il incombe d'agir en ce domaine, mais ils peuvent demander l'aide du gouvernement fédéral. Quoi qu'il en soit, il importe qu'une autorité se charge de mettre en œuvre un programme convenable partout où le besoin s'en fait sentir.

À notre avis, il est nécessaire qu'un gouvernement fasse en sorte que tous les médecins autorisés puissent s'affilier à un établissement constitué, pourvu du personnel spécialisé, des installations de laboratoire et des services auxiliaires nécessaires. Nous estimons très dangereux que pour la cure d'entretien à la méthadone on s'en remette à des médecins isolés, sans un système de contrôle par affiliation à des dispensaires pourvus du personnel et des installations nécessaires. Le cas de la Grande-Bretagne et de la Suède nous enseigne que la cure d'entretien à la méthadone, laissée à des médecins non affiliés, présente un grave danger d'abus, puis d'une diffusion épidémique de cette toxicomanie. Nous souhaitons donc fortement que les gouvernements fédéral

et provinciaux collaborent à la création des dispensaires ou centres de traitement nécessaires pour que le plus grand nombre d'héroïnomanes possible puissent suivre la cure d'entretien à la méthadone en bénéficiant des contrôles appropriés. Il faut un réseau national de dispensaires ou centres de traitement ayant coordonné leurs modes de surveillance et échangeant des renseignements pour empêcher la course aux ordonnances ou la consultation de plusieurs médecins.

Il n'est peut-être pas raisonnable d'exiger l'affiliation de tous les médecins, étant donné l'étendue des territoires à desservir. Toutefois, le gouvernement devrait au moins exiger, comme condition d'autorisation, la preuve qu'un médecin a tenté dans toute la mesure du possible de s'affilier à un établissement et que les circonstances l'en ont empêché.

#### CONTRÔLE DE LA CLIENTÈLE

L'organisation du contrôle national de la méthadone soulève certains points d'ordre éthique, juridique et pratique. On sait que beaucoup d'héroïnomanes ne veulent pas se laisser identifier par les autorités médicales, craignant d'éventuelles suites judiciaires. Aussi s'inscrivent-ils à la cure d'entretien à la méthadone sous un pseudonyme. Au courant de cette pratique, beaucoup de médecins n'en font pas cas pour le traitement. Ils considèrent qu'en insistant sur le contrôle d'identité au début du traitement, ou en l'imposant avant tout traitement, ils feraient souvent obstacle à la guérison et détourneraient de la cure beaucoup d'héroïnomanes. Or, un contrôle véritable exige évidemment un procédé d'identification qui empêche tout sujet de se procurer de la méthadone à plusieurs endroits différents.

Le Bureau des drogues dangereuses contrôle la prescription et l'usage de la méthadone : les autorités judiciaires peuvent donc avoir accès à l'information qui en découle. Étant donné son caractère incriminant, cette information, selon nous, ne doit pas être mise à la disposition des autorités judiciaires à moins d'une infraction flagrante aux règlements de contrôle de la méthadone. Elle ne doit pas servir à une identification judiciaire des usagers ou ex-usagers des drogues illicites. Un organisme totalement indépendant de l'autorité judiciaire doit contrôler la prescription de méthadone. S'il constate une infraction aux règlements de prescription ou d'affiliation à un programme, l'organisme de contrôle doit être en mesure de corriger la situation par la voie médicale lorsqu'il considère qu'une action judiciaire ne convient pas. De plus, on doit interdire aux pharmaciens de donner à qui que ce soit des renseignements pouvant conduire à une identification, sauf à l'organisme de contrôle. La première identification d'un sujet doit relever des autorités médicales du programme. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'inscription sur l'ordonnance du numéro d'assurance sociale du sujet et celui de l'autorisation du médecin facilite un contrôle efficace de l'usage des drogues prescrites.

Le *United States Special Action Office for Drug Abuse Prevention* (SAODAP) propose une méthode d'identification basée sur l'examen des

empreintes des pieds, mise en ordinateur et centralisée dans une banque de données, qui permet de déjouer l'inscription simultanée à plusieurs programmes de cure à la méthadone sans connaître la véritable identité du sujet. Chaque personne qui s'inscrit à un programme doit fournir ses empreintes de pied et reçoit un numéro correspondant d'identification. L'inscription simultanée à plusieurs programmes se découvre lorsque les empreintes du même sujet apparaissent plus d'une fois à l'organe centralisateur des données. Les dossiers officiels ne comprennent pas la véritable identité des sujets. Cette méthode est actuellement expérimentée à Washington (D.C.) et dans les environs. Elle donne des résultats satisfaisants selon les rapports. Nous ne la recommandons pas pour l'instant au Canada, mais nous conseillons d'en étudier l'emploi aux États-Unis. Il faudra la reconsidérer plus tard à la lumière de l'évolution au Canada dans le domaine de l'héroïne et de la méthadone.

#### RAPPORTS ENTRE LA CURE D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE ET LES AUTRES FORMES DE TRAITEMENT

L'intérêt pour le malade et la crainte des répercussions que pourrait avoir sur la population un nombre croissant d'habituez des opiacés exigent que nous persistions dans nos efforts pour trouver des moyens de guérison. La plupart des observateurs croient que nous y arriverons si nous avons recours à des modes multiples de traitement. Le malade choisira le mode lui convenant le mieux. Dans cette perspective, la cure d'entretien à la méthadone serait un élément de stabilisation et de transition. Elle libérerait de la tension de l'approvisionnement au marché noir et fournirait à l'usager l'occasion de réorganiser sa vie, de trouver du travail, de nouer de nouvelles relations et, en général, de retrouver le sens de sa valeur personnelle. Ainsi soutenu et stabilisé, le malade sera mieux disposé à suivre des formes de traitement orientées vers l'abstinence. Selon bon nombre, croire qu'on s'achemine vers l'abstinence de toute drogue en suivant d'abord une cure d'entretien à la méthadone, serait s'illusionner car celle-ci confirme l'assujettissement aux drogues. Tant qu'on peut se procurer de la drogue gratuitement et sans trop de difficulté, on ne songera guère à s'en abstenir. En réponse à cette objection, certains diront qu'un malade a peu de chances de guérir sans quelque soulagement de sa tension et un élément de stabilité préalables.

#### LA CURE D'ENTRETIEN À L'HÉROÏNE

Si la cure d'entretien à la méthadone doit compter parmi les services courants, comment ne pas se demander pourquoi on n'emploierait pas l'héroïne à la même fin ? En approuvant la première méthode, nous avons accepté la légalisation pour un usage défini d'un stupéfiant opiacé. Pourquoi ne pas reconnaître la seconde ?

La préférence en faveur de la méthadone repose sur diverses raisons : elle a une action prolongée, moins d'effet euphorisant et est efficace par voie

orale. Tous ces facteurs rendraient la méthadone plus compatible avec l'activité normale. Il n'a pas été établi par des épreuves scientifiques que les sujets traités sont aptes à un meilleur rendement sous l'effet de la méthadone prise par voie orale que sous l'influence de l'héroïne absorbée par injection intraveineuse. Toutefois, l'opinion contraire est professée par les partisans de la méthadone pour les raisons déjà citées et parce qu'elle produit moins d'effets d'une haute intensité.

De nombreux médecins s'opposent à l'administration intraveineuse de médicaments, sauf nécessité, car elle n'est pas sans danger. Après un certain temps, il deviendrait très difficile de trouver sur le corps des points intacts pour l'aiguille. Les adversaires soulignent également qu'il est difficile d'établir et de stabiliser la dose à un niveau propre à soustraire le toxicomane au marché illicite. En outre, la tolérance à l'héroïne intervient davantage. Enfin, au cours d'une cure d'entretien à l'héroïne, il est difficile d'en dépister l'usage illicite, le cas échéant.

Il semble bien, toutefois, qu'on peut toucher plus d'opiomanes par le traitement à l'héroïne que par celui à la méthadone. Un spécialiste américain estime que deux fois plus d'opiomanes se laisseraient gagner<sup>1</sup>.

Si en Grande-Bretagne on tend à délaissier l'héroïne en faveur de la méthadone, — changement difficile à interpréter dans la mesure où la méthadone est administrée par voie intraveineuse, — le traitement d'entretien à l'héroïne peut attirer des opiomanes qui se refusent à la méthadone (voir l'Appendice G. 2 : *La méthode britannique*). Ils font valoir qu'une fois le contact établi entre la clinique et ces toxicomanes, il est plus facile de les amener à la méthadone, ou même à un effort dans le sens de l'abstinence totale. C'est sur ce raisonnement que nous nous sommes fondés dans *Le traitement* pour recommander l'autorisation de l'entretien à l'héroïne à titre expérimental et sous surveillance, comme appoint dans des cas exceptionnels. Ayant exprimé certaines réticences et les divers points de vue des membres de la Commission sur la mesure, nous affirmions : « Dans l'ensemble, cependant, nous croyons qu'en offrant la cure d'entretien à l'héroïne, nous permettrons aux responsables des cures de soustraire plus facilement les sujets au marché noir et ce motif nous semble justifier l'expérience ».

L'Association médicale du Canada et le Gouvernement fédéral se sont opposés à cette proposition, mais sans justifier leur attitude. Cette opposition profonde et quasi instinctive devient difficile à concilier avec l'attitude des autorités qui est de plus en plus favorable à la légalisation d'un opiacé pour le traitement à la méthadone.

L'une des raisons tacites de cette opposition pourrait bien tenir à la crainte d'attirer les toxicomanes américains au Canada, comme les toxicomanes canadiens ont été attirés en Angleterre au cours des années 60, par la méthode britannique. Telle ne serait pas nécessairement la situation si on exerçait un contrôle approprié.

Malgré le plus grand respect pour ceux qui ont rejeté notre proposition, nous estimons toujours que cette expérience pourrait être utile, moyennant les contrôles spécifiés dans *Le traitement* :

Nous croyons que l'héroïne, tout comme dans l'entretien à la méthadone, ne devrait être administrée que par les médecins agréés, attachés à des centres autorisés de traitement, et même alors, seulement après l'approbation d'un bureau de trois médecins du centre. La drogue ne devrait être administrée que dans le dispensaire, le sujet étant tenu d'y demeurer jusqu'à ce qu'on le juge en état de partir (p. 21).

A New York le *Vera Institute of Justice* a préconisé une expérience de ce type. Voici quelques extraits du résumé de ce projet qui a pour titre : *Heroin Research and Treatment Program* (1972) :

... le programme expérimental proposé permettrait de mettre à l'épreuve une nouvelle méthode pour les toxicomanes chez qui la cure à la méthadone a échoué ...

... Cette méthode n'impliquerait pas de traitement prolongé à l'héroïne. L'expérience consisterait à employer l'héroïne pendant des périodes de temps limitées afin d'attirer, de retenir et de stabiliser des sujets qui, au cours de l'année, passeraient à la cure d'entretien à la méthadone, au traitement d'abstinence totale ou aux antagonistes des stupéfiants (naloxone ou cyclazocine) ...

... Contrairement à ce que prévoit la méthode britannique, la totalité de l'héroïne serait administrée en cliniques sous un contrôle étroit, afin de prévenir la vente ou le détournement ...<sup>2</sup>

L'un des objectifs de cette recherche serait de « comparer l'efficacité d'un traitement à la méthadone seule à celle d'un traitement à l'héroïne complété d'injections de méthadone »<sup>3</sup>. Alors que leur pays serait le champ de recherche idéal pour de telles études, les Britanniques n'ont encore rien publié sur les effets comparés des traitements à l'héroïne et à la méthadone en relation avec le comportement social. Toutefois, des recherches de cet ordre sont en cours. Cette carence pourrait s'expliquer par la confiance absolue des Britanniques dans la méthadone administrée par voie intraveineuse plutôt que par voie buccale.

Au moment où nous rédigeons le présent rapport, le *Vera Institute of Justice* n'a pas encore été autorisé par les organismes de réglementation du gouvernement fédéral et des États à effectuer sa recherche.

Pour l'instant, nous ne recommandons pas que l'entretien à l'héroïne soit généralisé au même titre que le traitement à la méthadone, mais nous proposons que des unités agréées de traitement soient autorisées à utiliser cette méthode, à titre provisoire, afin de soustraire au marché noir les opiomanes qui ne se laissent pas attirer par la méthadone.

On mettrait en œuvre la cure d'entretien à l'héroïne comme solution ultime, après que tous les efforts auraient été tentés pour soustraire des cas particulièrement difficiles au marché illicite.

NOTES

*La cure d'entretien à la méthadone*

1. KRAKOWSKI, M., et SMART, R. G., *Report on the evaluation of the Narcotic Addiction Unit's methadone maintenance treatment program*, inédit, Projet C 214, étude n° 492, Toronto, Addiction Research Foundation, 1972, p. 4.
2. MCGLOTHLIN, W. H., TABBUSH, U. C., CHAMBERS, C. D., et JAMISON, K., *Alternative approaches to opiate addiction control: costs, benefits and potential*, polycopie, ministère de la Justice, Bureau des narcotiques et des drogues dangereuses, Washington, février 1972, p. 21.
3. *IBID.*, p. 40. Voir également la section X, *The Therapeutic community*.
4. BRECHER, E. M., et les éditions «Consumer Reports», *Licit and illicit drugs: The Consumers Union report on narcotics, stimulants, depressants, inhalants, hallucinogens and marijuana, including caffeine, nicotine and alcohol*, Boston, Little, Brown, 1972, p. 78.
5. *Note 3, supra*.
6. *R. c. Gordon*, 49 C.C.C. 272.
7. *Note 2, supra*.
8. MCGLOTHLIN et COLLABORATEURS, *Alternative approaches to opiate addiction control*, pp. 5-6. G. LeDain doit fournir des données numériques comparables pour 1972 en indiquant leur source.

*La cure d'entretien à l'héroïne*

1. W. H. McGlothlin et coll., (département de psychologie, Université de Californie, Los Angeles), *Alternative Approaches to Opiate Addiction Control: Costs, Benefits and Potential*, mémoire rédigé pour le ministère de la Justice des États-Unis (Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs), février 1972, p. 34.
2. Vera Institute of Justice, *Heroin Research and Treatment Program*, New York, mai 1972, polycopie, pp. 1-2.
3. *Ibid.*, p. 5.

## Section X

# L'internat thérapeutique

Dans notre exposé sur l'entretien à la méthadone, nous avons signalé que l'internat thérapeutique était le plus efficace des modes de traitement visant à l'abstinence totale. L'internat thérapeutique a pris une importance telle dans le débat sur le traitement qu'il convient de nous étendre davantage sur le sujet. L'opinion est très divisée sur la valeur respective de l'internat thérapeutique et des autres modes de traitement, en particulier de la cure d'entretien à la méthadone.

Dans *Le traitement*, nous avons étudié l'internat thérapeutique et, tout en indiquant quelques-unes de ses limites et en citant certaines appréciations, nous avons porté dans l'ensemble un jugement favorable. Nous avons recommandé au gouvernement fédéral de faire figurer l'internat thérapeutique « *parmi les solutions offertes aux toxicomanes dans tout régime national* ». Nous n'avons pas affirmé, contrairement à ce qu'on a prétendu, que l'internat thérapeutique était le remède par excellence contre toute espèce de toxicomanie. Nous avons établi que la cure d'entretien à la méthadone représentait toujours « *l'arme la moins coûteuse et la plus efficace dans la guerre à l'héroïnomanie* ». Quant aux usagers d'amphétamines par injections intraveineuses, voici ce que nous avons écrit : « *C'est dans de petits internats thérapeutiques réservés aux amphétaminomanes que le traitement et le relèvement offrent les meilleures chances de succès* ».

Depuis la publication de notre rapport, diverses études ont fait ressortir les limites de l'internat thérapeutique dans le traitement de la toxicomanie. Dans un document à l'intention du *Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs* du ministère de la Justice des États-Unis, McGlothlin et ses collaborateurs ont écrit :

Même si les internats thérapeutiques étaient largement répandus, s'il était plus facile d'y entrer et s'il n'existait pas d'autres modes de traitement, ils ne retiendraient probablement pas plus de 10 p. 100 des toxicomanes<sup>1</sup>.

La *Consumers Union*, dans une étude intitulée *Licit and Illicit Drugs*, s'est montrée encore plus sévère, affirmant que le soutien apporté aux internats

thérapeutiques était peu judicieux et suscitait de faux espoirs de guérison<sup>2</sup>. La *Ford Foundation*, dans *Dealing with Drug Abuse*, exprime le point de vue suivant : « Nous serions étonnés si on nous démontrait que plus de 5 p. 100 des toxicomanes traités dans les internats thérapeutiques en ressortent plus ou moins libérés de la drogue et capables d'exercer une activité productive »<sup>3</sup>. L'opinion est donc fluctuante, comme il arrive souvent dans les domaines de controverse.

Il est un point sur lequel on s'entend, soit que les données sont trop maigres pour autoriser un jugement sûr. Les internats thérapeutiques, en général, ne font pas d'efforts pour éclairer le débat. Ils font état, cela s'entend, des sujets qui pratiquent l'abstinence pendant quelque temps plutôt que du petit nombre de toxicomanes qui entrent chez eux et que de la forte proportion qui abandonnent la cure prématurément. Dans un domaine où les guérisons sont aussi difficiles, chacune vaut qu'on en parle. Les adversaires des internats thérapeutiques s'inquiètent de la disproportion entre le coût et les résultats. Compte tenu du nombre des toxicomanes qu'ils traitent et surtout du peu de succès qu'ils obtiennent, les internats thérapeutiques coûtent très cher, sinon autant que la prison ou l'hôpital. Il convient donc d'examiner de plus près leur utilité.

En préconisant que l'internat thérapeutique figure toujours parmi les solutions offertes aux toxicomanes, nous n'en oublions pas les limites, mais nous estimons que la société a le devoir d'offrir à qui tend vers l'abstinence le meilleur moyen d'y arriver. La guérison est évidemment plus pénible et plus onéreuse que l'entretien d'une toxicomanie opiacée. Mais il nous faut entretenir l'espoir de la guérison et encourager les toxicomanes à la rechercher. Les internats thérapeutiques sont donc nécessaires. Nous n'avons pas le choix ; nous devons compter à la fois sur les cures d'entretien et sur les internats, d'autant plus que les internats thérapeutiques n'excluent pas l'entretien à la méthadone, comme nous l'avons déjà fait observer.

Un rapport sur le 414, internat thérapeutique administré par l'*Addiction Research Foundation* d'Ontario, révèle que ce mode de traitement n'a pas donné les résultats attendus pour les amphétaminomanes adolescents<sup>4</sup>. Selon les auteurs, environ 85 p. 100 des sujets quittent l'internat avant la fin du traitement. L'instabilité des jeunes et leur impatience de réintégrer la société font qu'il est très difficile de leur confier la direction de l'internat, suivant le principe du Synanon. Le retour à la société, objectif que nous recommandions dans *Le traitement* et qu'approuvent aujourd'hui la plupart des internats thérapeutiques et des organismes de financement, risque d'être en contradiction avec la permance d'ex-toxicomanes à la direction des internats. Le rapport fait aussi état de l'usure du personnel, phénomène dont il est question à l'Appendice M (Les services nouveaux). Certes, il est harassant de vivre en contact continu avec de jeunes amphétaminomanes et il faut songer à renouveler périodiquement le personnel. Selon le rapport, la durée de service dans les internats se situe entre 12 et 18 mois et personne ne devrait être tenu de s'engager pour beaucoup plus d'un an.

Quant à l'efficacité du traitement des amphétaminomanes adolescents, les auteurs se montrent sceptiques :

Notre expérience nous amène à douter sérieusement de la valeur des internats thérapeutiques pour le traitement de ces toxicomanes. Le coût des établissements, en argent et en personnel, est exorbitant. L'énorme proportion de sujets qui abandonnent la cure dès les premières phases, avant d'en avoir vraiment profité, contribue à majorer inutilement les frais. La cure ne profiterait réellement qu'à ceux qui la suivent jusqu'au bout, c'est-à-dire à moins de 15 p. 100 des sujets qui entrent à l'internat. Et peut-on affirmer que bon nombre d'entre eux s'en seraient tirés aussi bien sans entrer au 414. Notre étude complémentaire devrait nous éclairer davantage là-dessus (pp. 20-21).

En guise de commentaire, nous dirons que les difficultés auxquelles on s'est heurté ne nous étonnent pas. Il s'agit de savoir si nous avons mieux à offrir à ceux qui prennent des amphétamines par injections intraveineuses. De toutes les toxicomanies, c'est la plus difficile à traiter ou à contenir, puisque nous ne disposons pas de succédané acceptable ni d'antagoniste satisfaisant pour les amphétamines. Si l'internat thérapeutique ne convient pas, nous sommes décidément à court de solutions. À notre avis, le traitement individuel sous la direction d'un bon conseiller est encore insurpassé, dans les circonstances où il est possible. Pour le moment il nous faut continuer d'appliquer la méthode de l'internat thérapeutique aussi consciencieusement que possible, en acceptant que les résultats soient quelque peu médiocres. Encore une fois, nous avons le devoir d'offrir à qui le désire la possibilité de se délivrer de la dépendance à l'égard des amphétamines.

Le nombre des internats thérapeutiques a considérablement augmenté au Canada depuis un an ou à peu près. L'Appendice H, intitulé *Moyens et effectifs de traitement dans les provinces*, renferme la liste de 28 établissements pouvant accueillir un peu plus de 600 sujets en février 1973. Beaucoup ont bénéficié de l'aide financière du gouvernement fédéral par l'entremise de la direction de l'Usage non médical des drogues. Au moment de notre enquête, bon nombre n'étaient pas remplis, le nombre des pensionnaires étant inférieur à 400. Il n'est donc pas sûr que d'autres internats soient nécessaires. Comme nous le disions dans la section VIII (*Considérations générales sur le traitement*), si les internats ne sont pas tous remplis, ce n'est pas que la demande est satisfaite mais qu'il y a pénurie de personnel compétent.

On convient aujourd'hui de la nécessité de réintroduire le sujet dans la société et d'analyser les résultats du traitement. L'analyse suppose qu'on suive le sujet pendant des mois, voire des années, afin d'établir s'il parvient à s'abstenir de tout usage nocif et à se réadapter. Le but ultime de la cure est d'amener le sujet à modifier son genre de vie, à s'abstenir de toute habitude de toxiques et de toute activité délictueuse, à se fixer quelque part, à tenir un emploi ou à fréquenter l'école et à entretenir avec autrui des rapports satisfaisants. L'analyse des résultats du traitement restera toujours largement subjective, mais elle fera naître l'autocritique et entraînera de temps

à autre la révision des méthodes de cure. Il est douteux qu'on ne puisse jamais faire une étude comparative satisfaisante des résultats de l'internat thérapeutique et des autres méthodes de traitement. Outre que leurs objectifs diffèrent dans bien des cas, on aurait du mal à recourir à des groupes témoins. Nous devons donc nous contenter de reconnaître que l'internat thérapeutique offre à qui souhaite se défaire de la toxicomanie des chances raisonnables d'y arriver et, à ce titre, mérite de figurer dans l'éventail des traitements. De même, il nous faut tenir compte de son coût relativement à la totalité des fonds affectés au traitement de la toxicomanie.

NOTES

1. MCGLOTHLIN, W. H., TABBUSH, U. C., CHAMBERS, C. D. et JAMISON, K., *Alternative Approaches to Opiate Addiction Control: Costs, Benefits and Potential*, document établi pour le U.S. Department of Justice, Bureau of Narcotic and Dangerous Drugs, autocopie, février 1972, p. 40.
2. BRECHER, E. M. et LES ÉDITEURS DES CONSUMER REPORTS, *Licit and Illicit Drugs: The Consumers Union Report on Narcotics, Stimulants, Depressants, Inhalants, Hallucinogens, and Marijuana — Including Caffeine, Nicotine, and Alcohol*, Boston, 1972, Little, Brown, p. 82.
3. WALD, P. M. et HUTT, P. B., *Dealing with Drug Abuse: A Report to the Ford Foundation*, New York, 1972, Praeger, p. 195. De plus Smith et Gay, dans « *It's so good don't even try it once* », écrivaient :  
Pour 100 personnes qui sollicitent l'aide d'un internat (thérapeutique), plus de 90 s'en font refuser l'entrée ou abandonnent la cure au bout de quelques semaines. De 80 à 90 p. 100 des autres réussissent à s'abstenir de la drogue et de toute activité délictueuse pendant au moins un an (Englewood Cliffs, N.J., 1972, Prentice-Hall, p. 10).
4. BROOK, R. C. et WHITEHEAD, P. C. « 414 » : *A Therapeutic Community for the Treatment of Adolescent Amphetamine Abusers*, manuscrit inédit, janvier 1973, London, Ontario.

## Réadaptation sociale

Nous avons déjà souligné l'importance de la réadaptation ou de la réintégration sociale dans le traitement de la toxicomanie, dans le présent rapport et dans plusieurs appendices. Ce fait était particulièrement manifeste dans les cas de libération conditionnelle étudiés (voir Appendice I, *Le traitement de l'opiomane dans les pénitenciers fédéraux du Canada*, et Appendice K, *La libération conditionnelle des héroïnomanes*), mais il était perceptible aussi dans les cas de traitement volontaire. Rappelons que si les traitements donnés dans les hôpitaux de Lexington et de Fort Worth aux États-Unis ont été infructueux, c'est faute de post-cure dans le milieu. À diverses reprises, nous avons montré comment la toxicomanie est enracinée chez ceux qui ne peuvent trouver un emploi stable et établir des relations normales, ou n'en ont pas l'occasion, de même que par l'attrait pour le monde de la drogue (voir Appendice C. 4, *Modalités de l'usage*, «Abandon de l'usage»). On ne dira jamais trop à quel point la question est importante.

Le traitement et la réadaptation sont complémentaires, celle-ci devant commencer pendant le traitement. Mais le but premier de la réadaptation est le retour du sujet dans la société, la réorganisation de sa vie. Elle tend essentiellement à amener le sujet à dominer la toxicomanie, que le traitement ait pour but l'abstinence ou la maîtrise de l'habitude comme dans la cure d'entretien ou l'usage d'un antagoniste. Pour que le résultat soit durable, il faut que l'existence du sujet repose sur de nouvelles bases qui puissent renforcer son aptitude à résister à la tentation de la drogue.

Souvent le toxicomane non seulement manque de confiance en soi mais aussi de l'aptitude à trouver et à conserver un emploi et à entretenir des relations personnelles et sociales normales. Il a besoin de beaucoup d'encouragement et d'aide, car chacune de ces tâches peut lui paraître insurmontable.

Il faut du temps, de la patience et de l'énergie pour secourir ces personnes. Souvent, elles ont besoin d'un confident auprès de qui trouver du réconfort au moment opportun, et qui puisse les aider de façon pratique

à trouver un emploi et un gîte, à se créer de nouvelles relations et de nouveaux intérêts dans la vie.

Nous avons souligné le besoin d'augmenter le nombre des agents de probation et de surveillance dans ce domaine. Il y a également pénurie de personnel compétent dans les établissements thérapeutiques pour aider à la réadaptation sociale des toxicomanes. On a fait valoir que les traitements ne peuvent stimuler la motivation chez le malade que dans la mesure où ils l'aident à résoudre ses difficultés d'ordre pratique<sup>1</sup>. Enfin, les bénévoles qui peuvent apporter de l'amitié, du réconfort et de l'aide pratique aux toxicomanes qui désirent mettre fin à leur esclavage trouveront là un vaste domaine d'action.

Un assistant ne peut s'occuper de façon satisfaisante que de six cas tout au plus. C'est dire le nombre de personnes dont on a besoin pour le travail de réadaptation sociale. Elles ne pourraient toutes être recrutées et travailler à titre professionnel. Elles doivent être appuyées d'une vaste réserve de bénévoles, et aidées par les établissements existants qui peuvent leur donner un minimum de formation.

Pour s'occuper de réadaptation sociale, il faut bien comprendre la tâche, bien connaître la toxicomanie et les difficultés que doivent surmonter les toxicomanes sur la voie de la réadaptation, sans quoi on risque de se décourager trop facilement. Il faut être doué d'optimisme, de confiance et d'une grande patience. On doit être compatissant et bien disposé à écouter, dynamique et pratique. On peut consacrer trop de temps à ressasser le passé d'une façon qui mine davantage le sentiment d'insuffisance chez le toxicomane. Il faut au contraire l'amener à plus de confiance en soi par des succès d'ordre pratique et par une plus grande participation à la vie d'autrui selon des normes socialement acceptables. La réadaptation a pour objet de redonner au sujet le sens de sa dignité et de sa valeur personnelles et de lui procurer des satisfactions dans la vie qui compensent le besoin qui l'a poussé à la drogue et à certaines relations.

#### NOTE

1. SENAY, Edward C., and WRIGHT, Matthew, *The Human Needs Approach to Treatment of Drug Dependence*, communication présentée au 30<sup>e</sup> congrès international sur l'alcoolisme et la dépendance à l'égard des drogues, Amsterdam, septembre 1972.

## Quatrième partie

# Influences

## Recherche et information

### INTRODUCTION

Le rôle de la science dans le domaine de la drogue est de nous renseigner de manière que nous puissions prendre en la matière des décisions judicieuses sur les plans individuel et collectif. Comme l'indique le *Rapport provisoire*, la recherche scientifique peut nous guider, mais elle ne suffit pas toutefois pour arrêter une politique. Tout au plus permet-elle d'explorer et de vérifier diverses notions ou hypothèses. Le but de la recherche est d'objectiver le débat, mais l'interprétation et l'application des données qui en dérivent, de même que la délimitation du problème ou de l'objet de l'enquête, sont des opérations subjectives, quels que soient les soins qu'on apporte à l'analyse. L'application de données techniques au domaine individuel et social pose souvent des problèmes d'ordre esthétique, économique, juridique, philosophique et moral qui ne se prêtent pas facilement à l'étude scientifique sous la forme qu'on lui connaît.

Même si les faits scientifiques étaient incontestés, la formulation de la politique par les divers pouvoirs publics n'en reposerait pas moins sur des interprétations subjectives de ces faits. Il nous faut reconnaître la prépondérance des concepts individuels de moralité et de réalité en cette matière et faire ressortir les jugements de valeur qui sous-tendent l'interprétation et l'application des données scientifiques. Ceci dit, nous devons faire en sorte que ce processus d'évaluation subjective soit étayé par l'information scientifique et technique la plus complète et la plus objective possible.

Dans le *Rapport provisoire*, nous reconnaissons ne pas être assez renseignés pour prendre les mesures qui s'imposeraient en matière de drogue. Il n'y a pas que les citoyens, mais aussi les fonctionnaires, les législateurs, les médecins et les hommes de science qui estiment ne pas avoir suffisamment de fondements pour se prononcer sur la question. Nous attribuons notre ignorance à des difficultés ou à des lacunes à diverses étapes de la recherche, de l'analyse des données techniques ou de la diffusion de l'information. La situation s'est améliorée sensiblement depuis la publication du *Rapport provisoire*, mais il reste beaucoup à faire.

Depuis quelques années, on s'intéresse beaucoup au rôle de l'État dans le domaine scientifique, et en ce qui concerne le traitement et la diffusion de l'information. Au cours des dix dernières années le Canada a bien amélioré la coordination de sa politique scientifique à l'échelle nationale et internationale. Les organismes suivants ont publié d'importants rapports sur la recherche scientifique canadienne : le Conseil des sciences du Canada<sup>1</sup>, l'Association des universités et collèges du Canada<sup>2</sup>, et l'Organisation de coopération et de développement économique (O.C.D.E.)<sup>3</sup>. En 1971 a été créé le ministère d'État aux Sciences et à la Technologie, chargé d'élaborer et de mettre en œuvre une politique fédérale canadienne en ce domaine<sup>4</sup>.

Le Conseil des sciences a publié plusieurs études sur les moyens et les besoins d'une *information scientifique et technique* au Canada, et il a fait des propositions précises en vue de l'élaboration d'une politique fédérale en ce domaine<sup>5</sup>. Le Groupe de travail sur l'information gouvernementale a publié en 1969 deux importants rapports<sup>6</sup>, et en 1971, l'Organisation de coopération et de développement économique (O.C.D.E.) a publié une *révision de la politique et des services d'information du Canada*<sup>7</sup>. Depuis lors le Comité sénatorial de la politique scientifique et l'Association des universités et des collèges du Canada se sont aussi intéressés à la question. Le président du Conseil national des recherches, dans ses rapports annuels, traite de l'information scientifique et technique<sup>8</sup>. La Commission a fait faire des travaux sur la documentation et l'information en matière de drogue<sup>10</sup> et elle a touché ces questions dans ses rapports précédents. Nous ne reviendrons pas sur ce qui a déjà été dit dans ces rapports, mais ferons porter notre attention sur certains problèmes précis affectant le système fédéral d'information scientifique et technique en voie de développement.

En général, le besoin d'information technique en matière de drogue est le même que dans bien d'autres domaines scientifiques. Il ne serait pas opportun ni réaliste de créer un système d'information sur la drogue qui ne ferait pas partie intégrante du réseau national d'information scientifique et technique. Toutefois, la nature pluridisciplinaire de l'information sur la drogue, certaines considérations d'ordre moral et juridique et les dispositions constitutionnelles en matière de santé et d'éducation posent des problèmes qui requièrent une attention particulière.

Nous abordons maintenant la recherche, les possibilités d'analyse des stupéfiants illicites et l'information scientifique et technique ; ces sujets se compènetrent dans notre étude sous des titres cependant distincts.

## RECHERCHE

Le gouvernement fédéral, jusqu'à tout dernièrement, n'avait procédé à aucune véritable coordination de la recherche sur l'usage des stupéfiants. Sans doute, avant la création de notre Commission, il avait subventionné une certaine recherche dans des universités et divers établissements par l'intermé-

diare du Conseil de recherches médicales (C.R.M.), et parfois du Conseil national des recherches (C.N.R.), du Conseil des arts du Canada (C.A.C.), des Services de subventions nationales à la santé et à l'hygiène mentale du ministère de la Santé et du Bien-être social. En outre, des laboratoires de chimie et des organismes et services fédéraux avaient parfois mené d'importantes recherches sur la drogue. Cependant le gouvernement fédéral ne s'était guère intéressé aux études sur l'alcoolisme, mais il aurait pu autoriser la recherche pharmacologique sur le cannabis et d'autres stupéfiants, aux termes de la *Loi sur les stupéfiants* et de la *Loi des aliments et drogues*, dans le cadre de la *Convention unique sur les stupéfiants* signée en 1961 par les membres de l'O.N.U. Or, avant 1970, il n'y a eu au Canada aucune autorisation d'effectuer ces études. À plusieurs reprises durant les années 1960-1970, des fonctionnaires s'employèrent activement à détourner des scientifiques de la recherche en ce domaine par de véritables barrages aussi bien au niveau fédéral qu'à celui des provinces.

En 1946, l'ancien ministère de la Santé et des Pensions aux vétérans publia une brochure intitulée *Smoking*. Il fallut cependant attendre encore une dizaine d'années avant qu'on commence à considérer l'usage du tabac comme un grave danger pour la santé publique. En 1963 se tint la première Conférence canadienne sur la santé et le tabac, réunissant les représentants du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux, ceux d'organismes bénévoles, d'associations professionnelles et ceux de l'industrie du tabac. La conférence recommanda au ministère de la Santé publique et du Bien-être social de coordonner et subventionner un programme national de recherche sur le tabac et d'éducation sanitaire. La mise en œuvre du programme *Santé et tabac* commença en 1964 ; on se livra à des études sur l'ampleur et les modes d'usage du tabac, les taux de maladie et de mortalité qui en découlent, les composants chimiques de la fumée ; on s'intéressa à un enseignement expérimental sur les dangers du tabac et à des cliniques de sevrage pour fumeurs<sup>11</sup>. Sans accorder de subventions à la recherche, on fit parfois exécuter par contrat certains travaux scientifiques. Le programme *Santé et tabac*, nommé plus tard *Usage du tabac*, est maintenant rattaché à la D.U.N.M.D. Par ailleurs, un Comité de coordination de la recherche sur le cancer vient de se créer, bénéficiant de la participation scientifique et financière des quatre principaux organismes de recherche sur le cancer : le Conseil des recherches médicales (C.R.M.), le ministère de la Santé et du Bien-être, le *National Cancer Institute*, et l'*Ontario Cancer Treatment and Research Foundation*, qui ont déjà apporté un concours important pour des études sur le tabac et des enquêtes sur certaines drogues.

Depuis des années, l'*Addiction Research Foundation* (ARF) de l'Ontario est au Canada le plus important centre d'activités scientifiques relatives à l'usage des drogues. Au début cet organisme ontarien s'était presque exclusivement consacré au traitement de l'alcoolisme, à l'éducation antialcoolique et aux recherches qui s'y rattachent. Ces dix dernières années, cependant, il s'est progressivement intéressé à l'usage des stupéfiants. Outre un program-

me important de recherche *intra-muros*, mené en collaboration avec l'université de Toronto, l'ARF met en œuvre un modeste programme d'aide financière à des projets de recherche dans des universités et d'autres établissements. D'autres provinces subventionnent également des organismes du genre, qui sont toutefois moins importants, et dont le champ d'activité se limite généralement à l'information, à l'éducation, au traitement et à la recherche. Parmi les principaux, figurent la *Narcotic Addiction Foundation* (NAF) de la Colombie-Britannique et l'Office de la Prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies (OPTAT) au Québec.

C'est vers l'usage médical que l'industrie privée s'oriente essentiellement ; cependant les entreprises pharmaceutiques mènent beaucoup de recherche sur l'usage des stupéfiants, réunissant souvent des données importantes en toxicologie et sur les accidents de consommation. Si certaines sociétés pharmaceutiques ont livré à notre Commission une documentation importante sur leur recherche, il faut cependant constater que le monde scientifique en général n'y a pas facilement accès.

#### PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS DANS LES RAPPORTS ANTÉRIEURS DE LA COMMISSION

Comme nous venons de le rappeler, nous déplorions, dans notre *Rapport provisoire*, les sérieuses insuffisances de la recherche dans beaucoup de secteurs importants de l'usage de la drogue\*. Jusqu'à ces derniers temps diverses circonstances ont limité la recherche sur certaines drogues illicites, dont le cannabis : absence d'une utilisation médicale généralisée, usage illicite encore peu répandu dans l'Occident, caractère illégal des drogues utilisées, manque d'empressement des autorités gouvernementales à autoriser ou à stimuler ce genre de recherche. Nombre d'hommes de science ont fait part à notre Commission de leur irritation et de leur déception devant la politique fédérale de recherche en ce domaine. Dans certains secteurs, semble-t-il, la ligne de conduite des pouvoirs publics, dont la politique de recherche, est dictée par des considérations plus légalistes que scientifiques.

Nous avons recommandé au gouvernement fédéral de stimuler activement, de solliciter et de subventionner la recherche sur les effets, l'importance, les causes, la prévention et le traitement des intoxications par la drogue, ainsi que d'assurer aux chercheurs un climat de souplesse et de liberté en ces domaines. Nous avons recommandé au gouvernement fédéral de mettre à la disposition de chercheurs authentiques des échantillons types de drogues comme le cannabis, dans un but scientifique. Tout en conseillant la coopération avec d'autres pays, nous avons exprimé le vœu que le Canada prenne l'initiative d'un programme de recherche autonome, qui s'étendrait à une production de cannabis au Canada pour la recherche expérimentale. Le *Rapport provisoire*

\* *Rapport provisoire*, pp. 252-264.

a surtout fait ressortir l'importance des problèmes de la recherche sur le cannabis, mais nous avons en vue l'ensemble des recherches sur l'usage des drogues.

Nous avons recommandé la création d'un organisme scientifique national, chargé de stimuler et de coordonner la recherche, et de rassembler, analyser et diffuser les données ainsi obtenues. Nous avons pensé qu'il était préférable de confier ces fonctions à un organisme autonome, libre de toute ingérence politique, sans liens avec ceux qui ont la charge de l'exécution des lois. Nous avons considéré qu'il vaudrait mieux que cet organisme ne dépende pas des gouvernements, mais qu'il devrait être établi en vertu d'ententes précises entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral. Sans exclure le principe d'une notable participation de chercheurs des services gouvernementaux, nous avons préconisé la participation d'hommes de science des universités et des établissements privés à l'ensemble des recherches. Nous avons également fait valoir la nécessité d'une politique explicite et d'une action concrète de la part du gouvernement fédéral et proposé que celui-ci rende publics les fondements de ses décisions en ce domaine. Dans *Le traitement et Le cannabis*, nous avons exposé certaines généralités scientifiques et fait des suggestions concrètes sur les orientations et les priorités de la recherche envisagée, mais nous n'avons traité que sommairement le rôle de réglementation, de financement et les attributions du gouvernement fédéral dans ce domaine.

#### VUE D'ENSEMBLE SUR LA DIRECTION DE L'USAGE NON MÉDICAL DES DROGUES ET SUR LES PROGRAMMES FÉDÉRAUX CONNEXES

En janvier 1971 le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social créa un programme sur l'usage des drogues, qui constitua une division autonome de la direction générale de la Protection de la santé (D.G.P.S.). Ce programme avait pour objet la coordination de l'action du gouvernement fédéral dans les domaines de la recherche, l'information, le traitement et la prévention en matière de drogues. Depuis sa création, il a connu beaucoup de changements dans ses structures administratives et de nombreuses mutations parmi ses fonctionnaires supérieurs. À l'automne 1971, une réorganisation temporaire le transforma en une direction autonome du ministère de la Santé et du Bien-être, mais en 1972, il fut de nouveau modifié, et actuellement le chef de la D.U.N.M.D. relève du sous-ministre adjoint, chargé de la direction générale de la Protection de la santé. Un comité d'experts choisis dans des disciplines diverses y représente des services gouvernementaux et des secteurs non gouvernementaux ; il joue un rôle essentiellement consultatif auprès de la D.U.N.M.D., veillant à l'application de ses objectifs, de ses priorités, de sa politique générale, et revisant les dossiers de candidature à une subvention de recherche. Les services de la D.U.N.M.D. sont en voie de réorganisation. Les activités des nouveaux bureaux sont actuellement assez irrégulières, et la plupart des programmes en sont encore à leurs débuts.

Le programme de recherche de la D.U.N.M.D. fut créé à l'instigation conjointe des directions de la Santé et du Bien-être du ministère, et du Conseil des recherches médicales. Il administre maintenant son propre budget de recherche et ne dépend plus des subventions nationales à la santé, dont la contribution aux fonds de recherche a été transférée directement à ce programme en 1972-1973. Le programme de recherche, fondamentalement *extra muros*, est toujours exécuté conjointement avec le Conseil des recherches médicales. Le service des subventions s'inspire de celui du Conseil des recherches médicales. Comme nous l'avons déjà relevé, les dossiers de candidature sont révisés par un comité d'experts qui a pouvoir de décision ; il est assisté dans ses fonctions par des experts-conseils appartenant habituellement au même monde scientifique que les candidats. Outre les subventions par bourses et contrats de recherche, la D.U.N.M.D. accorde l'autorisation fédérale aux études expérimentales sur la drogue subventionnées par des provinces ou des organismes privés, et délivre les échantillons de drogue destinés à l'expérimentation sur les hommes et les animaux, et aux expériences chimiques. Le *National Institute of Mental Health* des États-Unis lui fournit certaines « drogues d'usage restreint ».

La D.U.N.M.D. a créé un programme qui a pour objet de livrer des éléments d'information et d'éducation au public et à divers groupements. Un service assure l'information scientifique et technique du personnel et des autres chercheurs de la D.U.N.M.D. Les services nouveaux ont absorbé une forte partie des dépenses d'administration de la direction (voir à ce sujet l'Appendice M, *Les services nouveaux*). Le programme *Santé et tabac*, qui dépendait à l'origine de la direction des services de santé, a été rattaché en 1972 à la D.U.N.M.D., où il a pris l'appellation *Usage du tabac*, sans modifications majeures sauf une augmentation de son budget.

Pour le premier exercice complet (1971-1972), le budget de la D.U.N.M.D. s'est élevé à environ \$4 millions, dont une grande partie en frais d'exploitation. Le total des dépenses prévues pour 1972-1973 et 1973-1974, en y incluant services, contributions et fonds de subventions divers, se monte respectivement à \$8.5 millions et \$8.8 millions. Le tableau 1 ci-dessous renferme une ventilation plus détaillée de ces prévisions budgétaires.

Au cours des trois dernières années, la D.U.N.M.D. a accordé des bourses d'été à des étudiants s'adonnant à la recherche sous la direction d'hommes de science réputés. Au début il y a eu manque de coordination entre l'octroi des bourses, l'affectation de fonds de recherche et la fourniture de drogues pour les études en laboratoire ; par la suite, cependant, on a apporté des améliorations considérables au programme, qui représente maintenant une sérieuse contribution à la recherche et à la formation. Durant l'été 1973, la D.U.N.M.D. a décerné 180 bourses formant un montant global de 315 000 dollars.

TABLEAU 1  
ESTIMATION DES DÉPENSES DE LA D.U.N.M.D.\*

Exploitation	1972-1973	1973-1974
	(en milliers de dollars)	
a) Ensemble du programme de la drogue .....	3 018	2 527
b) Programme <i>Usage du tabac</i> .....	386	400
c) Divers .....	99	57
<b>TOTAL</b> .....	<b>3 503</b>	<b>2 984</b>
<i>Subventions et contributions</i>		
a) Information et éducation .....	—	100
b) Services nouveaux .....	3 750	3 950
c) Recherche sociologique et biomédicale .....	1 100	1 520
<b>TOTAL</b> .....	<b>4 850</b>	<b>5 570</b>
<i>Immobilisations</i> .....	15	15
<b>TOTAL DES DÉPENSES PRÉVUES PAR LA DIRECTION</b> .....	<b>8 368</b>	<b>8 569</b>
<i>Services d'autres ministères</i> .....	174	262
<b>COÛT GLOBAL DU PROGRAMME</b> .....	<b>8 542</b>	<b>8 831</b>

\* Budget de dépenses pour l'année financière se terminant le 31 mars 1974, Information Canada, Ottawa, 1972.

D'autres sections de la direction générale de la Protection de la santé s'intéressent également à divers aspects de l'usage des drogues. Ainsi la Direction des drogues comprend le Bureau de consultation (drogues), le Bureau des drogues dangereuses et les Laboratoires de recherche (drogues). Le Bureau de consultation (drogues), qui renferme une section dite *Lutte antipoison et effets nocifs des drogues*, tient en réserve de la drogue pour la recherche ou l'analyse et exerce le contrôle des normes de qualité des médicaments (voir à ce sujet l'Appendice G. 1, *Programme de contrôle de la méthadone du gouvernement canadien*). Le Bureau des drogues dangereuses (B.D.D.) contrôle l'importation, la fabrication, la distribution et, dans certains cas, les ordonnances et l'usage médical des stupéfiants. Il veille aussi en d'autres domaines à l'application des règlements fédéraux sur les stupéfiants, et tient des dossiers sur délinquants usagers de certaines drogues illicites. Les laboratoires régionaux de la Direction des opérations régionales et les laboratoires de recherche (drogues) d'Ottawa assurent en grande partie le contrôle fédéral des drogues à des fins judiciaires ; ils poursuivent également des projets de recherche *intra-muros*.

Certains ministères et organismes fédéraux s'occupent parfois de projets de recherche sur l'usage des drogues, tels le ministère du Solliciteur général, celui de la Main-d'œuvre et Immigration, le Secrétariat d'État et les laboratoires du Conseil national des recherches ; ils se livrent surtout à des études statistiques, ou encore analysent et contrôlent certaines activités ; dans les appendices du présent rapport, nous en examinons un certain nombre de données. De 1970 à 1972, le ministère de l'Agriculture et celui de la Santé et du Bien-être ont mené un programme conjoint de recherche botanique à Ottawa : il a permis d'étudier certains aspects de la génétique du cannabis et de produire au Canada de la marijuana pour la recherche.

#### OBSERVATIONS GÉNÉRALES ET RECOMMANDATIONS

Au cours de la première année du programme de subventions à la recherche de la D.U.N.M.D. nombre d'hommes de science ont exprimé à notre Commission leur profonde déception devant le fonctionnement imparfait de certains services de cet organisme ; leurs remarques portaient généralement sur des lenteurs inattendues et inexplicables dans les décisions, sur les procédures ultérieures et sur les délais mis dans le versement des fonds et la fourniture de drogues après approbation du comité. Beaucoup de ces entraves administratives sont apparemment disparues ; cependant de récents entretiens avec des hommes de science révèlent chez eux la persistance d'une certaine insatisfaction en dépit de la sérieuse amélioration de ces services. De nouveaux progrès seront donc encore nécessaires : processus de décision plus efficace, meilleures relations avec les candidats aux subventions. À notre avis, la D.U.N.M.D. devrait s'appliquer tout spécialement à transmettre aux candidats malheureux des observations précises, critiques et positives pour les préparer à présenter de nouveaux projets. Il faut stimuler et aider les chercheurs qui débutent dans ce domaine à prendre connaissance des critères fondamentaux pour l'octroi de ces bourses. Il faudrait également préciser et faire connaître les modalités de répartition des fonds de recherche.

En principe le comité de recherche de la D.U.N.M.D. doit examiner des demandes comprenant un ou plusieurs des points suivants : 1) autorisation de possession de stupéfiants ou de « drogues d'usage restreint » pour recherche ou analyse ; 2) fourniture d'échantillons de drogues ou permis pour s'en procurer ; 3) subvention à des projets de recherche. Il y a eu controverse sur les critères appropriés aux divers cas qui se présentent, sur les obligations et sur les limites des pouvoirs du gouvernement fédéral en la matière. Les chercheurs ou analystes doivent obtenir l'autorisation fédérale pour des travaux sur les stupéfiants et les « drogues d'usage restreint » ; ils sollicitent habituellement à la fois une subvention et la provision de drogues nécessaire, mais il n'en est pas toujours ainsi, car un chercheur peut travailler dans un cadre non fédéral ou autonome, et avec accès à d'autres sources licites de drogues.

Comme les hommes de science se disputent des fonds manifestement limités, il faut une sélection rigoureuse dans l'octroi des subventions, suivant les critères fondamentaux que voici : 1) pertinence du sujet relativement aux priorités de recherche ; 2) prééminence scientifique des chercheurs et du projet soumis. Le respect des exigences de la morale étant considéré comme acquis, l'appréciation relève des membres du comité de recherche et de spécialistes de l'extérieur qui appartiennent pour la plupart à la même communauté scientifique que les candidats.

Lorsqu'un chercheur sollicite des drogues dont le stock est limité, il y a alors lieu de procéder à une sélection sévère, comme pour les demandes de subvention. Mais s'il n'y a qu'une demande d'autorisation, ou bien d'autorisation et d'approvisionnement en drogues communes, on peut alors généralement simplifier les formalités ; alors les obligations et les pouvoirs du gouvernement fédéral dans le cadre de la *Loi sur les stupéfiants* et de la *Loi des aliments et drogues* et des règlements qui s'y rapportent devraient alors se limiter à établir : 1) si une authentique recherche scientifique est impliquée dans la demande ; 2) si on tient des dossiers et si on prend des précautions pour éviter l'usage illicite des drogues ; 3) si on doit employer les drogues conformément à la sécurité et à la morale. Selon le protocole actuel, le contrôle de la moralité de la recherche a été délégué à des comités d'éthique autonomes, appartenant habituellement à l'université ou à l'organisme où se déroulent ces recherches ; l'agrément d'un comité de ce genre est requis avant même l'examen d'une demande par le comité de recherche de la D.U.N.M.D. La rédaction des dossiers sur la drogue et le stockage sont soumis au contrôle de fonctionnaires de la direction générale de la Protection de la santé. Le contrôle de l'usage scientifique des drogues semblerait devoir relever du comité de recherche créé par le gouvernement fédéral, comme c'est actuellement le cas.

La Commission est d'avis que le gouvernement fédéral n'a pas à se prononcer sur la valeur d'un projet de recherche lorsqu'il fait face seulement à une demande de drogues jointe à une demande d'autorisation de recherche, ou bien à cette dernière uniquement. Ces requêtes devraient être agréées d'office, à moins d'un doute fondé sur les titres et les qualités du chercheur. Nous comprenons qu'il puisse exister une inquiétude raisonnable sur la valeur apparente de certaines recherches et que l'administration ait fortement tendance à en dicter la qualité ; mais nous estimons qu'à long terme, si l'on ne transgresse pas les bornes morales et budgétaires, une liberté et une souplesse considérables sont essentielles au chercheur et au progrès scientifique. De toute façon, l'utilité à long terme ou la qualité du travail d'un chercheur sont généralement l'objet d'une appréciation et d'un contrôle vigilant par diverses instances de son établissement ou de son organisme de travail ; elles ne doivent pas être sous la coupe du gouvernement fédéral.

Actuellement, l'autorisation de mener des recherches sur les stupéfiants ou les « drogues d'usage restreint » semble liée trop étroitement à des projets déterminés. Étant donné la nécessité d'une évolution continuelle dans

la planification et les techniques de la recherche, le gouvernement fédéral devrait s'assurer que ces règlements ne restreignent pas indûment la souplesse indispensable dans la poursuite opportune et effective des objectifs scientifiques. Nous estimons qu'une certaine forme d'autorisation permanente de recherche donnée à des hommes de science qualifiés seraient plus appropriée et plus efficace à long terme que les autorisations distinctes pour chaque projet.

Établir des priorités de recherche, en assurer la souplesse et l'opportunité, les communiquer aux chercheurs compétents, voilà des tâches très difficiles. Il faut les revoir et les réexaminer constamment pour qu'elles demeurent actuelles, particulièrement lorsqu'il s'agit de la drogue. Si leur présentation s'avère plus impérative qu'indicative, il y a danger que les chercheurs délaissent totalement des travaux qui à long terme se seraient révélés fructueux. Il faut que le gouvernement fédéral précise et fasse connaître les secteurs de recherche généraux et particuliers les plus importants et qui se prêtent le mieux, selon lui, à une aide financière à court terme ou à long terme. Il est essentiel de conserver une certaine souplesse dans le régime de subvention et d'établir des méthodes propres à abrégé les formalités administratives et à accélérer le versement de fonds, pour des travaux de recherche comportant des idées et des conceptions nouvelles, ou se rattachant à des situations dynamiques et transitoires, à des occasions exceptionnelles. Il est également important de tenir compte de la disparité des priorités aux divers niveaux : national, provincial et local. Si les problèmes majeurs de la drogue ont une portée nettement nationale, les problèmes locaux et les situations critiques peuvent considérablement varier d'une région à l'autre. Le gouvernement fédéral devrait accroître sa participation financière à la recherche menée par les provinces et à la recherche spécialisée.

Les deux premières années de son programme de recherche, la D.U. N.M.D. a surtout contribué à des études biochimiques, physiologiques et psychopharmacologiques sur le cannabis. Relativement peu de travail a été mené ou subventionné dans les domaines de la sociologie et du comportement. La D.U.N.M.D. abandonne actuellement cette trop grande spécialisation et élargit le champ de sa coordination des programmes.

La D.U.N.M.D. devrait poursuivre son service de subvention aux hommes de science des universités et des autres organismes relativement autonomes. Elle devrait s'intéresser à des projets sous contrat et à une recherche *intra-muros* menés par des hommes de science de la fonction publique dans les cas particuliers où le programme de subventions ne s'avère pas efficace. La D.U.N.M.D. devrait également mettre en œuvre un service de rémunération par contrat ou subvention pour les chercheurs qui ne travaillent pas sous le patronage d'organismes traditionnels (notons ici que le programme de subvention du C.R.M. ne couvre pas le traitement des directeurs de recherche). Très souvent, par exemple dans les universités et les fondations de recherche sur la drogue, ces traitements proviennent des gouvernements provinciaux.

La recherche sur l'usage de la drogue au Canada est souvent un phénomène nouveau, par bien des aspects, dans le monde scientifique. Malgré son développement, on manque encore de chercheurs dans certains secteurs, par absence d'intérêt, de formation ou d'expérience. Cette situation joue contre la croissance et la réussite du programme national de recherche de la D.U.N.M.D. Si l'on considère le point où en est ce programme, le budget de la D.U.N.M.D. pour l'exercice se terminant le 31 mars 1974 peut suffire (voir tableau 1, page 179). Mais, comme les moyens et l'intérêt des scientifiques sont en progression; et que la D.U.N.M.D. développe ses programmes, il faudra procéder à une substantielle augmentation des crédits.

En comparaison avec d'autres disciplines, la recherche en sciences sociales au Canada a toujours été faible. Jusqu'à ces derniers temps les études supérieures de sociologie et d'anthropologie manquaient d'envergure. Aussi la plupart des chercheurs en comportement social se sont formés à l'étranger, surtout aux États-Unis et en Angleterre. Cette situation se retrouve dans d'autres secteurs de la recherche sur l'usage des drogues, en psychopharmacologie par exemple. Le gouvernement fédéral doit s'associer aux provinces pour améliorer le niveau des études en sciences sociales au Canada, et doit créer par l'intermédiaire de la D.U.N.M.D. un programme de bourses d'études supérieures dans des disciplines particulièrement reliées à la recherche sur l'usage des drogues.

Celle-ci exige une méthode d'ensemble. Certains problèmes demandent une recherche intensive dans des secteurs restreints et bien définis, mais le développement de la connaissance scientifique sur nombre d'importants sujets implique des études multidisciplinaires. Le gouvernement fédéral doit favoriser la recherche multidisciplinaire et jouer le rôle de catalyseur, organiser et faciliter l'information et les travaux en collaboration avec des scientifiques. La dispersion géographique des membres d'un groupe de recherche peut être compensée par des communications suffisantes. Le gouvernement fédéral doit s'associer aux gouvernements provinciaux pour renforcer les groupes multidisciplinaires de recherche qui existent, et en créer des nouveaux dans des universités, des fondations provinciales de traitement et de recherche sur la drogue, des hôpitaux, des établissements d'éducation surveillée, etc. Ces mesures doivent comprendre le financement nécessaire. Un réseau de groupes de recherche assez libres et décentralisés semble préférable à un institut national de recherche dont les services seraient établis dans une seule ville, Ottawa ou Toronto par exemple.

Les sections VI et VII du présent rapport traitent des conventions et des contrôles internationaux sur les psychotropes. La *Convention unique sur les stupéfiants de 1961* n'a pas réglementé l'étude de la drogue, mais la *Convention sur les substances psychotropes (1971)* contient des dispositions particulières sur le contrôle de la recherche concernant certaines drogues. L'article 7 de la Convention prévoit des contrôles rigoureux de la fabrication, de la distribution, de la possession et la tenue de registres des hallucinogènes de recherche (y compris le T.H.C.). De plus, les Parties à la Convention doivent

« interdire toute utilisation de ces substances 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 ». La Convention ne définit pas le terme « établissement », ni ne précise la nature de l'« autorisation » gouvernementale exigée pour les organismes de recherche non gouvernementaux. À notre avis, cette clause ne doit pas s'interpréter de façon à exclure une recherche menée par des scientifiques qualifiés travaillant isolément ou bien dans des laboratoires privés ou autonomes. Si l'on se croit tenu à cette interprétation, le Canada ne doit pas adhérer à la Convention sans une réserve ou une modification pertinentes. Les dispositions et le protocole actuellement en vigueur au Canada pour l'autorisation de recherche sur les stupéfiants et les drogues « d'usage restreint », tels qu'énoncés plus haut, nous semblent conformes aux exigences de la Convention. Celle-ci prescrit une autorisation formelle pour les chercheurs et les établissements homologués mais n'exige pas nécessairement une autorisation particulière pour des études individuelles ou des programmes menés par des scientifiques autorisés. La méthode canadienne actuelle de contrôle et de réglementation sur l'entreposage de la drogue et la tenue de registres par les chercheurs est conforme à la Convention, et semble suffisante pour prévenir le marché noir. En tenant compte de la réserve énoncée plus haut, nous pensons que le Canada peut assurer un climat favorable à la recherche scientifique dans les cadres de la Convention.

Pour bien comprendre beaucoup de ces propositions sur la recherche, il faut tenir compte de ce qui a été dit dans les autres sections de ce rapport et surtout dans ses appendices. Nos rapports précédents contiennent également des recommandations sur la recherche ; dans *Le cannabis*, en particulier, une section dégageait des points importants et des priorités ; cette étude s'impose encore, en dépit de progrès sérieux accomplis récemment. Ces questions que nous avons débattues s'inscrivent dans le grand contexte de la recherche sur l'ensemble des drogues.

## L'ANALYSE DES DROGUES ILLICITES

On a commencé à faire l'analyse des drogues illicites à des fins non judiciaires au Canada en 1969, dans le cadre d'un projet de l'*Addiction Research Foundation*. La direction générale des Aliments et drogues (devenue celle de la Protection de la santé) fournissait les échantillons et l'assistance technique. Divers autres laboratoires au Canada y ont travaillé, mais de façon plus restreinte et moins suivie. La position des analystes et des personnes qui ont présenté les échantillons au regard de la loi était ambiguë, mais nombre de laboratoires avaient pour principe que les règlements provinciaux sur la santé justifiaient leurs travaux. À la suite de pressions exercées par les autorités policières au début de 1970, l'ARF a suspendu la collecte et l'analyse des échantillons en attendant que la situation soit éclaircie. Les

adversaires du projet soutenaient que la *Fondation* rendait service aux fabricants et aux trafiquants de drogues par ses travaux en les poussant à perfectionner leurs méthodes. En d'autres termes, ils craignaient que l'analyse des échantillons et la diffusion des résultats ne fournissent au milieu de la drogue le moyen d'apprécier la qualité de la marchandise offerte sur le marché noir. La *Fondation*, quant à elle, estimait que le projet n'aidait pas le marché noir, mais facilitait le traitement des toxicomanies et constituait une mine précieuse de renseignements épidémiologiques à des fins de recherche et d'information, et une source indépendante de données qui pouvait devenir précieuse pour la justice et le système pénal.

Sur l'analyse des drogues illicites, nous faisons observer ce qui suit dans le *Rapport provisoire* :

Certains expriment la crainte que de telles installations et une telle information puissent encourager l'usage des drogues, dont l'existence serait alors connue et les dangers minimisés. On a de plus émis l'opinion que les distributeurs tireront avantage de ces moyens pour que leurs produits soient expérimentés et pour ainsi dire approuvés. Quelle que soit la force de ces arguments, ils sont dépassés, semble-t-il, par la nécessité d'un engagement profond et efficace pour savoir autant que possible ce qui se passe dans le domaine de l'usage des drogues à des fins non médicales et faire part de ces connaissances à ceux qui peuvent être suffisamment prudents pour en tenir compte. Nous avons plus à craindre de l'ignorance volontaire que de la connaissance dans ce domaine... L'analyse d'échantillons de drogues et la diffusion des résultats sur une grande échelle ne peuvent à la longue que faire perdre aux drogues et à l'usage des drogues le caractère prestigieux qu'ils revêtent (p. 257).

La Commission a signalé dans son *Rapport provisoire* que les services d'analyse des drogues illicites étaient insuffisants. Les laboratoires de la Gendarmerie royale du Canada et de la direction générale des Aliments et drogues ne lui semblaient pas en mesure de renseigner convenablement le personnel affecté au traitement des toxicomanes ou à la recherche. Les travaux de l'ARF étaient déjà suspendus à l'époque, mais même avant leur suspension ils n'étaient vraiment utiles qu'au personnel de la région du sud de l'Ontario. La Commission écrivait :

Nous encourageons le gouvernement fédéral à mener activement des recherches en vue de l'établissement de laboratoires régionaux d'analyse des drogues à certains endroits stratégiques d'un bout à l'autre du pays... Les laboratoires ne devraient pas être liés au gouvernement ou aux forces policières et ils ne devraient pas être soumis au contrôle quotidien des autorités publiques (pp. 257-258).

En novembre 1970, on a modifié la *Loi des aliments et drogues* et la *Loi sur les stupéfiants* de manière à clarifier la situation juridique du personnel des laboratoires et à établir un protocole fédéral pour les autorisations et les approbations. Les nouveaux règlements autorisaient les médecins à se faire remettre par leurs malades des échantillons de drogues (stupéfiants, médicaments contrôlés ou d'usage restreint) et à les confier à un chimiste agréé pour les faire analyser. Les résultats des analyses ne pouvaient être communiqués

qu'aux médecins. En 1971 et en 1972, on a de nouveau modifié la loi. Désormais, les médecins peuvent accepter des échantillons de personnes qui ne sont pas sous leurs soins. Les laboratoires des universités et des hôpitaux, de l'État et de l'entreprise privée, ont demandé l'autorisation d'effectuer des analyses. Jusqu'à ces derniers temps, le gouvernement fédéral n'a pas voulu subventionner les travaux effectués en dehors du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, les tenant pour des services de santé du ressort provincial. À l'été 1971, la direction des aliments et drogues a organisé des colloques pour renseigner les chimistes sur les nouvelles techniques d'analyse quantitative et qualitative applicables aux drogues illicites usuelles. On a rédigé et distribué un manuel intitulé *Some analytical methods for drugs subject to abuse*<sup>11</sup>. Depuis 1973 le gouvernement fédéral, par l'entremise des services d'analyse de la D.U.N.M.D., a contribué financièrement à des recherches sur la drogue illicite.

En 1971 et 1972, la Commission a communiqué avec tous les laboratoires autorisés à effectuer des analyses et s'est informée des résultats de leurs travaux, de leurs méthodes d'analyse, de leurs sources de financement et de leurs rapports avec la police locale, les autorités médicales et le gouvernement fédéral.\* Le laboratoire de l'*Addiction Research Foundation*, à Toronto, assure aujourd'hui la plupart des analyses qui ne sont pas destinées à des fins judiciaires, mais nombre d'autres laboratoires au Canada s'y emploient à l'occasion.

Au début de 1973, une centaine de techniciens dans plus de 50 laboratoires étaient autorisés à analyser les drogues illicites. Peu se prévalent de l'autorisation cependant et moins de six s'emploient à cette tâche de façon régulière. Même s'ils disposent de l'autorisation, du personnel et de l'équipement nécessaires, la plupart des laboratoires ne s'intéressent pas à ce genre de travail pour une foule de raisons, dont l'absence de secours financiers. Les laboratoires, en général, exigent une rétribution (jusqu'à \$40 par analyse), ou renoncent à faire le travail. Ceux qui acceptent de faire le travail réussissent à s'en tirer en intégrant les coûts au budget de l'hôpital, de l'université ou de la recherche. Dans bien des cas, la somme de travail qu'on prévoyait ne s'est pas produite, faute d'intérêt, de besoin ou simplement d'information de la part du personnel affecté au traitement, des usagers de drogues et du public.

Afin de mieux se renseigner sur la composition des drogues illicites, le gouvernement fédéral a modernisé le laboratoire d'Ottawa et les cinq laboratoires régionaux de la direction générale de la Protection de la santé. En 1971, la direction de la Protection de la santé, dans le cadre d'un programme spécial, a entrepris l'analyse des stocks saisis par la police pour déterminer la puissance et la pureté des drogues illicites. Elle a continué d'autre part d'effectuer les analyses que lui demandaient les médecins pour les aider dans « les cas d'urgence ».

\* Les résultats de cette enquête sont traités à l'Appendice A, *Les effets de la drogue* et dans les tableaux A. 8 et A. 9 et la note c de cet appendice.

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET RECOMMANDATIONS

Comme nous l'expliquons ailleurs\*, pour que la recherche en laboratoire ait une utilité sociale, il faut qu'on dispose de renseignements précis sur la nature, la pureté et l'efficacité des drogues de sources illicites. Ces informations sont indispensables pour la santé publique et l'élaboration de règlements et de mécanismes de contrôle efficaces. On sait, d'autre part, l'importance de l'analyse dans le diagnostic et le traitement des affections causées par la drogue.

On ne s'entend pas encore sur la meilleure manière de se renseigner sur les drogues illicites. Comme nous l'écrivions dans *Le cannabis*†, la meilleure façon de vérifier la qualité des drogues vendues au marché noir serait peut-être de faire l'analyse continue d'échantillons prélevés parmi les saisies de la police, en y ajoutant des renseignements provenant de sources médicales et d'autres programmes d'analyse dans les principaux centres urbains. L'analyse des stocks de la police par la direction générale de la Protection de la santé est un premier pas, mais il faudrait procéder à un échantillonnage plus systématique‡.

Toutefois, l'emploi de l'analyse dans le diagnostic et le traitement des affections aiguës et chroniques causées par la drogue pose des problèmes d'un autre ordre. On a souvent dit que des services rapides d'analyse seraient d'un grand secours pour le traitement des accidents de la drogue. D'après nos recherches cependant, l'identification immédiate de la drogue ne serait pas aussi utile qu'on le croit pour le traitement des accidents psychiques puisqu'il n'existe pas le plus souvent de traitement spécifique. On se guide en général sur les symptômes du comportement et très souvent le traitement se limite à calmer le sujet ou à lui administrer des tranquillisants mineurs, quelle que soit la drogue absorbée§. Dans les cas graves d'empoisonnement, l'identification rapide des substances chimiques serait inestimable, mais les méthodes classiques d'analyse ne sont pas assez rapides, même dans les rares cas où on dispose d'échantillons suffisants. D'ordinaire, les soins d'urgence en cas d'empoisonnement ou de surdose sont déterminés par les symptômes qu'on observe chez le sujet et par son témoignage ou celui de ses amis. L'analyse immunologique d'échantillons de la drogue, de l'urine ou du sang permettrait d'identifier la substance en quelques minutes et serait extrêmement utile dans ces cas d'urgence, mais très peu de centres de traitement en Amérique du

\* Appendice A, *Introduction*, examen des drogues individuelles, et notes b et c; *Le cannabis*, pp. 23-30, et *Rapport provisoire*, pp. 257-258.

† *Le cannabis*, p. 157.

‡ Voir l'Appendice A et la note b pour une appréciation de ces travaux. Pour améliorer ce projet, il n'est pas besoin d'analyser un plus grand nombre d'échantillons, mais d'établir une méthode d'échantillonnage systématique et de caractériser clairement les échantillons et les groupes chez qui les saisies ont été effectuées. Le projet devrait aussi être étendu de manière à inclure à l'occasion un relevé des herbicides, des antiparasitaires et des champignons toxiques contenus dans les substances naturelles telles que la marijuana et l'examen des particules indissolubles que l'usager peut s'injecter avec ces drogues.

§ D'autre part, des données établissant des rapports entre éléments chimiques et symptômes d'accidents toxiques pourraient servir de base à l'élaboration de méthodes de traitement plus adaptées à chaque drogue.

Nord disposent de l'équipement nécessaire\*. Dans les cas de toxicomanie, il importe peu de savoir la composition chimique des substances puisqu'il n'existe pas là non plus de traitement spécifique. On se borne à traiter les troubles physiques et leurs symptômes, ainsi que les affections du comportement. Comme on le note à l'Appendice A, *Les effets de la drogue*, même si l'escroquerie et la fraude sont monnaie courante sur le marché noir, il est assez rare au Canada qu'on frelate la drogue\*\* ou qu'on y substitue des substances chimiques plus dangereuses. Les usagers des drogues risquent plus de se faire bernier que léser, faute d'être mieux renseignés sur les produits qu'on leur vend.

Il semble que la question de l'analyse des drogues illicites n'ait plus la même importance qu'au moment de la publication du *Rapport provisoire*, il y a quelques années. Toutefois, il y a encore lieu d'y accorder de l'attention. Bref, nous recommandons ce qui suit :

- 1) Que le gouvernement fédéral poursuive, en y apportant quelques raffinements, les travaux d'analyse des stocks de la police entrepris par la direction générale de la Protection de la santé ;
- 2) Qu'il continue d'autoriser les chimistes sérieux à analyser les drogues illicites en leur fournissant des techniques et des échantillons ;
- 3) Qu'il continue de subventionner des travaux d'analyse de drogues dans certains grands centres. Comme nous le proposons dans le *Rapport provisoire*, les travaux pourraient être à la charge conjointe du gouvernement fédéral et des provinces ;
- 4) Qu'il veille à ce que les caractéristiques chimiques des échantillons correspondent aux conditions sociales, médicales et légales de l'analyse. Sous ce rapport, le gouvernement fédéral devrait examiner la possibilité de coordonner l'analyse de la drogue avec divers aspects du programme de contrôle des poisons administré par la direction générale de la Protection de la santé ;
- 5) Qu'il veille à la centralisation des résultats des analyses et à leur diffusion et mette ces renseignements et ceux découlant des travaux de la Protection de la santé à la disposition des chercheurs pour analyse et publication.

### INFORMATION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

Avant la création de la Commission, l'ancien secrétariat d'enquête sur l'abus des drogues du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social avait mis sur pied un modeste programme d'information. Le service fédéral du tabac et de la santé diffuse à l'échelle du pays depuis bientôt 10 ans de la documentation, des films et d'autres éléments d'information sur le tabac. Toutefois, il ne s'est à peu près rien fait au sujet de l'alcool. Plusieurs groupements provinciaux, en particulier l'*Addiction Research Foundation* (ARF)

\* Voir l'Appendice A. 2, *Stupéfiants opiacés*.

\*\*À l'exception des mélanges de L.S.D. et de P.C.P.

de l'Ontario, l'Office de la prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies (OPTAT) du Québec et la *Narcotic Addiction Foundation* (NAF) de la Colombie-Britannique ont accumulé beaucoup de l'information et de la documentation sur quantité de drogues. Certains organismes privés, comme le *Council on Drug Abuse* (CODA) se sont aussi engagés dans cette voie. Depuis des années, l'ARF est la principale source non gouvernementale d'informations scientifiques en matière de drogue au Canada ; elle fournit de la documentation aux particuliers et aux organismes de toutes les provinces et de beaucoup de pays étrangers. Jusqu'à récemment, on s'était à peine soucié de coordonner les diverses sources d'information en matière de drogue au Canada.

#### POINTS DE VUE ET RECOMMANDATIONS DANS LES RAPPORTS ANTÉRIEURS

Dans le *Rapport provisoire*, nous notions qu'il était urgent de coordonner à l'échelle du pays la collecte, le classement, l'analyse et la diffusion d'informations sur divers aspects de l'usage de la drogue\*. Nous soulignons la nécessité d'une source d'opinion autorisée et impartiale, imperméable aux pressions politiques et indépendante de la police, à laquelle pourraient s'adresser ceux qui ont besoin d'information pour leur gouverne dans un but social, éducatif, médical, scientifique ou personnel. Nous disions qu'il fallait donner priorité à la mise sur pied d'un programme national d'information. Nous reconnaissons l'importance du rôle des media dans ce secteur et recommandions au gouvernement fédéral de leur faire part de l'information dont il dispose en matière de drogue ( voir aussi la section XIV, *Les media*, dans le présent rapport ).

Dans *Le traitement*, nous notions que les services communautaires de traitement avaient besoin de documentation et d'éléments d'éducation pour leur usage et pour la diffusion†. Outre les données scientifiques et techniques, il faut des informations sur les organismes s'occupant de problèmes précis d'ordre médical, juridique, éducatif et professionnel. Dans *Le cannabis*, nous écrivions que la communication entre chercheurs serait grandement facilitée par un centre de documentation, d'information et d'alerte‡. Étant donné le développement rapide de l'information sur les drogues, les modes classiques de publication et de communication ne suffisent plus. Nous étions d'avis que la collaboration et la coordination internationales dans ce domaine pourraient être assurées efficacement par le truchement de l'Organisation mondiale de la santé.

Dans le *Rapport provisoire*, nous faisons observer que le rassemblement et l'analyse des données, d'une part, et leur diffusion publique à des fins éducatives, d'autre part, étaient deux choses différentes, exigeant des aptitudes et des connaissances particulières, et que des personnes ou des groupes diffé-

\* *Rapport provisoire*, pp. 252-253.

† *Le traitement*, p. 96.

‡ *Le cannabis*, p. 163.

rents pourraient mieux s'en acquitter. L'organisme scientifique national que nous proposons pour coordonner les efforts et les subventions du gouvernement fédéral en matière de recherche devrait se charger aussi de rassembler, d'analyser et de diffuser les données. Ayant examiné diverses façons de diffuser cette information et d'en faire usage dans l'éducation anti-drogues, nous faisons observer que beaucoup de jeunes n'avaient pas confiance à certaines sources officielles d'information et que, pour n'être pas suspecte, l'information devait être diffusée par des groupes ou des personnes en qui les jeunes ont confiance. Nous avons aussi examiné la proposition par l'Association médicale canadienne d'un réseau d'équipes ou de groupes régionaux pluridisciplinaires non gouvernementaux pour informer et guider la population locale.

La distinction entre le rassemblement, l'analyse et la diffusion des données techniques et scientifiques, d'une part, et la rédaction des documents d'éducation et l'éducation même, d'autre part, est parfois équivoque et forcément arbitraire. Étant donné les dispositions de la constitution qui attribuent entière compétence aux provinces en matière d'enseignement, il est essentiel de faire la distinction entre information et enseignement pour déterminer le rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine.

Dans le *Rapport provisoire*, nous écrivions :

Selon la Commission, l'éducation sur les drogues englobe plus qu'une simple transmission d'information; elle comprend la sélection des données, le système, le but et la perspective des programmes d'éducation (p. 259).

L'information a pour but de transmettre, aussi objectivement que possible, des données scientifiques sous une forme utilisable. L'objet de l'éducation est de présenter ces données et toute information pertinente d'une manière qui permette à l'individu des décisions judicieuses et éclairées. Il est nettement du ressort fédéral de transmettre les données techniques. Comme nous le disons dans l'Appendice F. 1, le domaine de l'éducation est de compétence provinciale, mais cela n'exclut pas un rôle important du gouvernement fédéral dans la communication de documents et dans la contribution à la mise au point de techniques et de documents propres à renseigner sur la drogue. Comme nous le disons dans le *Rapport provisoire*, nous sommes d'avis qu'il faudrait créer un organisme fédéral-provincial chargé de mettre au point des éléments d'information sur la drogue, à partir des données rassemblées et analysées à l'échelle nationale. L'éducation sur la drogue et certaines autres questions touchant à l'information sont traitées dans la section XIII du présent rapport.

#### L'ÉVENTAIL DES SERVICES D'INFORMATION NÉCESSAIRES

Un réseau national d'information idéal devrait être en mesure de servir une clientèle variée comprenant notamment les hommes de science, le person-

nel médical et le personnel affecté au traitement et à la réadaptation des toxicomanes, les législateurs et les fonctionnaires, les éducateurs, les enseignants et les élèves à tous les niveaux scolaires, l'industrie et divers organismes privés, les reporters des media, le personnel de la police et de la justice, le clergé, les bibliothécaires et d'autres citoyens dont les usagers de drogues de tous les âges. Les usagers de cette information peuvent être partagés en trois groupes ayant des besoins quelque peu différents, mais qui chevauchent : 1) les chercheurs et les autres experts scientifiques et techniques ; 2) les personnes qui, sans être spécialistes, s'occupent au cours de leurs activités, de certains aspects de l'usage non médical des drogues ; et 3) le public.

Il est clair que les hommes de science doivent être au courant de la documentation et des données scientifiques et y avoir accès. Ils doivent aussi être informés des situations nouvelles, de la recherche en cours et de celle qu'on projette, et des réunions scientifiques. Le deuxième groupe aura plutôt besoin de publications de deuxième main : bibliographies, listes d'ouvrages, résumés et recensions, manuels et autres éléments d'information déjà analysés et vulgarisés. Le troisième groupe, le public, recevra vraisemblablement ses informations par l'entremise du deuxième. Il faut encore compter quantité d'intermédiaires, tels les media, les services d'éducation sur la drogue, etc.

#### LE PROGRAMME D'INFORMATION DE LA D.U.N.M.D.

Dans le cadre de son programme d'information la D.U.N.M.D. de concert avec la bibliothèque de la direction de la Protection de la santé a commencé à mettre sur pied à l'automne 1972 un réseau d'informations et une banque de données scientifiques et techniques à Ottawa. On a conçu un système d'ordinateurs pour effectuer des recherches bibliographiques spécialisées et assurer des services d'alerte et de mise à jour. On a fait des progrès considérables vers la création d'une banque de données de base, mais beaucoup de problèmes restent à résoudre. Les services de la Bibliothèque scientifique nationale (par exemple le service de diffusion sélective de l'information [CAN SDI]) sont désormais accessibles à la D.U.N.M.D. On a établi des liaisons directes avec le U.S. *National Clearinghouse for Drug Abuse Information* (NCDAI) le *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (MEDLARS) et d'autres services américains. L'objet immédiat de la banque de données est de répondre aux besoins du personnel de la D.U.N.M.D. même si on envisage d'offrir certains services aux chercheurs et à d'autres groupes.

À la D.U.N.M.D. on a fait des plans d'analyse de données et de traitement de l'information scientifique pour usage dans des sommaires, des articles de revue, des manuels, des présentations audio-visuelles, etc. Aux organismes fédéraux de communication, comme la Société Radio-Canada, l'Office national du film et Information Canada, on envisage d'ajouter d'autres moyens de diffuser cette information aussi bien sur le plan provincial

que fédéral. La D.U.N.M.D. a distribué des bibliographies spéciales et d'autres documents à des groupes de recherche et de traitement. Elle a aussi organisé plusieurs réunions et conférences nationales en vue de stimuler et de faciliter les communications entre les travailleurs dans divers secteurs. Peu de progrès a cependant été accompli dans d'autres domaines du programme d'information et celui-ci en est encore, à bien des égards, au stade de la planification et de la mise en œuvre.

#### L'OBJET DE LA DOCUMENTATION ACTUELLE

Il existe déjà une abondante documentation sur la drogue au Canada et à l'étranger. Nous aurions tort de vouloir la reproduire dans quelque banque central de données. Le gouvernement fédéral devrait plutôt s'occuper de créer un réseau d'information complémentaire au Canada, d'établir des communications avec les centres de documentation étrangers et de repérer et de combler les lacunes de l'information collective par des échanges multilatéraux. La recherche et l'information en matière de drogue transcendent nettement les frontières nationales et provinciales et tous les pouvoirs publics doivent y collaborer. Nous devons apprendre à tirer meilleur partie de la documentation qui se trouve à l'étranger et éviter de la reproduire si elle nous est accessible. Des crédits supplémentaires doivent permettre une prompt translation d'articles importants d'une langue étrangère dans l'une ou dans les deux langues officielles du Canada. Un répertoire polyglotte international uniforme des normes de signalement des ouvrages se rapportant à l'usage de la drogue serait indispensable.

Les principales sources de renseignements au Canada sont : la Bibliothèque nationale, la Bibliothèque scientifique nationale et certaines bibliothèques des ministères fédéraux et leurs services d'information (par exemple, CAN SDI) ; *Addiction Research Foundation*, l'Office de la Prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies (OPTAT) et certains autres organismes provinciaux ; les bibliothèques des universités (Laval, par exemple) ; la bibliothèque de la Commission et le centre de données de la D.U.N.M.D. Les principales sources étrangères sont : les *U.S. National Institutes of Health Clearinghouses* (par exemple, le NCDAI), la *U.S. National Library of Medicine* (par exemple, le MEDLARS), la *bibliothèque du Congrès*, la *Student Association for the Study of Hallucinogens* (STASH), le *Rutgers Alcohol Center* (par exemple, le CAAAL), la *Smithsonian Institution*, la *Fitz Ludlow Memorial Library*, les divers sections et bibliothèques des Nations unies, l'*Institute for the Study of Drug Dependence* à Londres, l'*Automated Subject Citation Alert* (ASCA), *Excerpta Medica* et les divers sommaires de sociologie, de psychologie, de biologie et de chimie. Les grandes sociétés pharmaceutiques dans divers pays possèdent aussi une riche documentation.

Le gouvernement fédéral devrait inventorier périodiquement (dresser la liste des titres de projets, des chercheurs et des abrégés, par exemple) toute

la recherche en cours sur la drogue au Canada et à l'étranger. Le Conseil national des recherches, par l'entremise du centre d'échange des données de la Bibliothèque scientifique nationale, a fait un travail considérable d'inventaire des travaux scientifiques canadiens. Il faudrait encore y ajouter la recherche effectuée et financée par l'entreprise privée et la recherche universitaire subventionnée par les organismes fédéraux. Le ministère d'État des Sciences et de la technologie, procédant par étapes, est en train de dresser un inventaire des activités scientifiques à fonctions de centre d'échange des données. Une liste des travaux de recherche d'initiative publique devrait être publiée régulièrement et mise à la disposition du public.

Il faut cataloguer toute la documentation sur la drogue au Canada et mettre au point un système de référence efficace. La Bibliothèque nationale et la Bibliothèque scientifique nationale tiennent un répertoire des principales collections de livres et de périodiques au Canada, mais il faudrait aussi inventorier les sources originales touchant l'usage de la drogue.

La documentation mondiale sur les sciences humaines est insuffisamment répertoriée par les services d'informations techniques. Dans certains pays, on s'attaque à ce problème, mais il y a beaucoup à faire pour corriger la situation. Le gouvernement fédéral devrait veiller à améliorer la situation au Canada sous ce rapport, particulièrement en favorisant l'établissement par le Conseil des recherches en sciences sociales et par l'Association des universités et collèges du Canada d'un centre des données sur les sciences sociales et les sciences du comportement pour répondre aux besoins de la recherche sur l'usage de la drogue.

#### LES STATISTIQUES GOUVERNEMENTALES

Le gouvernement fédéral pourrait tirer une masse d'informations des statistiques et des activités de la police, de la justice et des services de santé. La Commission a eu accès à une foule de renseignements dans les ministères et elle a été impressionnée par la richesse de certaines sources d'information fédérales. Les sections des publications de Statistique Canada sur la drogue, *Statistiques de la santé mentale* et *Causes de décès*, les données du service dénommé *Lutte antipoison et effets nocifs des drogues*, les rapports d'analyse des drogues de la direction générale de la Protection de la santé, les données sur la production et la distribution des médicaments et sur les ordonnances, ainsi que les statistiques de la police et de la justice sont d'un intérêt particulier. L'information de sources fédérales et provinciales est traitée en détail dans les appendices qui suivent. Certains problèmes y sont relevés et on y propose des mesures pour améliorer les statistiques.

Dans bien des cas, de sérieuses difficultés d'ordre méthodologique, technique et pratique limitent l'utilité des statistiques fédérales. Il faudra s'efforcer, pensons-nous, d'améliorer la qualité des données sur les drogues et coordonner le rassemblement et l'interprétation des statistiques fédérales.

La disparité des modes de transmission des données, même à l'intérieur du même ministère, et la coexistence de l'année civile et de l'année financière dans les sommaires souvent rendent les comparaisons et l'interprétation difficiles. Les comptes rendus des statistiques de la police et de la justice ont grand besoin d'être uniformisés. Les retards dans le rassemblement, la collation, l'analyse et la publication des statistiques fédérales infirment singulièrement leur valeur. Il faudrait s'efforcer d'automatiser et d'accélérer le traitement des données.

Pour améliorer la qualité des statistiques fédérales, il faudrait évidemment des fonds et du personnel supplémentaires à diverses étapes du rassemblement et de la diffusion de l'information, souvent depuis la source jusqu'à l'analyse et à la publication des données par le gouvernement fédéral. Cela exigerait une collaboration très étroite entre le gouvernement fédéral et les provinces. Dans les domaines de la santé et de la justice pénale, par exemple, les statistiques fédérales sont fondées en partie sur des données extraites des rapports locaux et codées par les autorités provinciales. Le gouvernement fédéral, par conséquent, n'a à peu près pas de contrôle direct sur plusieurs aspects fondamentaux des données\*.

La Classification internationale des maladies, code en usage pour le rassemblement de la plupart des données sur la santé et les décès, est quelquefois ambiguë et s'applique mal au phénomène de la drogue en Amérique du Nord†. Le gouvernement fédéral devrait s'employer à faire réviser ce code à l'échelle internationale et modifier d'ores et déjà dans le sens qui lui convient les catégories actuelles.

Même si les lacunes du rassemblement, du codage et de la transmission limitent l'utilité des données accessibles par l'intermédiaire des services dénommés *Lutte antipoison et effets nocifs des drogues*, ces renseignements constituent néanmoins une source inestimable d'informations épidémiologiques et pharmacologiques‡. Nous recommandons l'affectation de fonds supplémentaires pour améliorer la qualité de ces programmes et souhaitons que le gouvernement fédéral étudie la possibilité d'établir un organisme investi d'un mandat plus large pour recueillir, analyser, interpréter et diffuser les statistiques nationales sur les effets nocifs des substances chimiques sur le corps humain.

Dans bien des cas, l'insuffisance des voies de communication ou même des restrictions explicites gênent l'analyse des statistiques fédérales et leur application. Dans certains cas (l'information sur les décès attribuables à la drogue, par exemple), les provinces restreignent l'usage que peut faire le gouvernement fédéral des statistiques détaillées qu'elles lui transmettent. Il est clair qu'il faut veiller à respecter la vie privée des gens dans l'utilisation de ces données. Nous estimons toutefois qu'il reste possible, dans ces limites, d'améliorer les statistiques gouvernementales, de les rendre plus accessibles

\* Voir l'Appendice A et les notes e et m qu'il renferme.

† Voir l'Appendice A et les notes e et m qu'il renferme.

‡ Voir l'Appendice A et la note f qu'il renferme.

et d'encourager les chercheurs à en faire l'analyse et à les diffuser. Il faudrait que les gouvernements fédéral et provinciaux adoptent des dispositions prévoyant la communication des statistiques de la santé et de l'état civil aux fins de la recherche selon des modalités qui ne révéleraient pas l'identité du malade.

La D.U.N.M.D. pourrait sans doute, en collaboration avec divers services publics, favoriser l'amélioration de ces statistiques et en faciliter l'interprétation courante.

#### AUTRES OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS SUR LE PROGRAMME DE LA D.U.N.M.D.

Nous recommandons qu'on continue de soutenir les efforts de la D.U.N.M.D. pour mettre sur pied une banque spéciale de données et un réseau d'information sur la drogue. Nous recommandons aussi que cette direction se charge des services d'information technique qui sont du ressort fédéral, selon les principes généraux énoncés dans la présente section du rapport.

Nous recommandons en particulier que la D.U.N.M.D. soit chargée de coordonner les sources d'information canadiennes, notamment la documentation spécialisée sur la drogue et les divers éléments du système fédéral d'information technique et scientifique, ainsi que de repérer et de combler les lacunes du système collectif d'information. En outre, la D.U.N.M.D. devrait coordonner et améliorer l'accès aux sources et aux services d'information de l'étranger. C'est ainsi que d'importantes sources d'information étrangères sur l'alcool et le tabac, non encore exploitées, devraient être rattachées au réseau.

Il faudrait d'ores et déjà établir des relations de travail avec les principales sources d'information non fédérales au Canada, en particulier les services de l'Addiction Research Foundation et les centres de documentation de l'OPTAT et de l'Université Laval. La bibliothèque et le centre de documentation de l'ARF ont été intégrés, mais il faut en compléter le catalogage. Le gouvernement fédéral devrait prodiguer ses conseils et son aide financière pour que la documentation de l'ARF reste toujours à la disposition des chercheurs canadiens et des autres personnes qui s'intéressent au problème de la drogue.

Les services du système national d'information doivent être accessibles sans trop de frais. Il importe notamment de réduire au minimum les inconvénients de la distance ou de la fragmentation des milieux. Il faut que, d'un bout à l'autre du pays, on puisse avoir accès à la documentation. Les usagers doivent être informés des services à leur disposition et posséder toutes les instructions leur permettant de s'en servir efficacement.

Il faudra y voir de plus près avant de déterminer quelles parties du système national d'information sur la drogue devraient être sous une direction centrale et quels éléments devraient faire partie d'un réseau auxiliaire décen-

tralisé. Nous sommes en principe pour la décentralisation de la politique générale d'information scientifique et technique du Canada.

Comme nous le rappelions précédemment, nous écrivions dans le *Rapport provisoire* que l'organisme national chargé de la recherche et de l'information devrait être à l'abri des pressions politiques, dégagé de toute fonction policière et, si possible, indépendant du gouvernement. La D.U.N.M.D. n'a pas de fonction policière, mais elle n'est pas en théorie à l'abri de toute ingérence politique. Il devrait être possible d'élaborer, dans le cadre actuel de la D.U.N.M.D., un système de coordination et de diffusion des résultats de la recherche et de l'information technique. Il faudrait cependant opérer certaines réformes pour assurer l'indépendance du processus d'analyse des données et d'élaboration des sommaires et des recensions. Nous proposons qu'un comité fédéral-provincial, composé en majorité de savants indépendants du gouvernement, surveille ces travaux et en revise constamment les résultats. La diffusion des informations exigerait l'approbation de ce comité.

Il serait hautement souhaitable que les intéressés puissent prendre connaissance des plus récents développements en matière de drogue par l'entremise d'un bulletin ou de quelque autre publication périodique nationale. *The Journal*, mensuel de l'*Addiction Research Foundation* de l'Ontario, a longtemps comblé un vide dans ce domaine. S'il était enrichi en documentation bibliographique, il pourrait servir de moyen d'information rapide pour un grand nombre de gens. Le gouvernement fédéral devrait envisager avec la Fondation et les autorités provinciales la possibilité de subventionner *The Journal* ou d'en faire un organe fédéral-provincial.

Il y a pénurie, semble-t-il, de rédacteurs et de journalistes scientifiques capables de vulgariser les connaissances sur l'usage de la drogue. La D.U.N.M.D. doit favoriser la formation en ce domaine. Le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les corps médicaux doivent ensemble examiner comment les associations et les facultés de médecine pourraient améliorer la formation des médecins en tout ce qui concerne l'usage de la drogue. Pour se renseigner en ce domaine, on s'adresse ordinairement au médecin de famille ou aux généralistes, bien que la plupart des médecins manquent de connaissances sérieuses sur l'usage de la drogue. Enfin, des cours de vulgarisation sur tous les aspects de l'usage de la drogue enrichiraient les programmes universitaires au Canada.

La D.U.N.M.D. devrait encourager les savants à publier régulièrement des articles et des livres sur la drogue et devrait organiser ou subventionner des conférences et des réunions, favorisant ainsi l'échange constant de connaissances nouvelles. Il serait utile également qu'elle rende compte, chaque année, au moins sommairement, de ses propres activités, de la recherche en cours au Canada, des services d'éducation et de traitement, de la politique gouvernementale, des règlements administratifs, des statistiques fédérales et provinciales et des principales nouvelles de l'étranger.

La D.U.N.M.D. devrait participer à l'élaboration de la politique canadienne d'information technique et scientifique sur le plan national et international et veiller à ce que l'information en matière de drogue réponde aux besoins.

Nous proposons qu'un organisme autonome, le Conseil des sciences par exemple, procède à un contrôle de la recherche et de l'information fédérales sur la drogue dans les trois années qui suivront la publication de notre rapport final, et à des intervalles réguliers par la suite; ses conclusions devraient être rendues publiques.

NOTES

1. CONSEIL DES SCIENCES DU CANADA, *Vers une politique nationale des sciences au Canada*, rapport n° 4, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1968; *Le soutien de la recherche universitaire par le gouvernement fédéral*, rapport n° 5, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969; *Objectifs d'une politique canadienne de la recherche fondamentale*, rapport n° 18, Information Canada, Ottawa, 1972; *Le gouvernement fédéral et l'aide à la recherche dans les universités canadiennes*, étude spéciale n° 7 par MacDonald, John B., Dugal, L. P., Dupré, J. S., Marshall, J. B., Parr, J. G., Sirluck, E., et Vogt, E., Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969.
2. COMITÉ SÉNATORIAL DE LA POLITIQUE SCIENTIFIQUE, (l'honorable Maurice Lamontagne, président), *Une politique scientifique canadienne*, vol. I, *Une analyse critique: le passé et le présent*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970, et vol. II, *Objectifs et stratégies pour les années 1970*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1972. Un troisième et dernier volume de cette série doit paraître au début de l'automne.
3. ASSOCIATION DES UNIVERSITÉS ET COLLÈGES DU CANADA, *Poursuivre l'optimum*, Bonneau, Louis-Philippe et Corry, James Alexander, vol. I, 1972, et vol. II, 1973, Mutual Press Limited, Ottawa.
4. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, *Politiques nationales de la science*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969.
5. SCITEC Forum on Science Policy: *The Many Voices of Canada*, Science Forum, supplément spécial n° 31, vol. VI, n° 1, février 1973.
6. CONSEIL DES SCIENCES DU CANADA, *Une politique pour la diffusion de l'information scientifique et technique*, rapport n° 6, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969; *Le gouvernement fédéral et l'aide à la recherche dans les universités canadiennes*, étude spéciale n° 7 par MacDonald, John B., Dugal, L. P., Dupré, J. S., Marshall, J. B., Parr, J. G., Sirluck, E., et Vogt, E., Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969; *L'information scientifique et technique au Canada*, étude spéciale n° 8, Parties I et II, par Tyas, J. P. I. et ses collaborateurs, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1972, pp. 1-28.
7. CANADA, Rapport du Groupe de travail sur l'information gouvernementale, *Communiquer*, vol. I et vol. II, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969.
8. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, *Politiques nationales de l'information scientifique et technique*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1971.
9. CONSEIL NATIONAL DE RECHERCHES DU CANADA, *Rapports au Président, 1968-1969, 1969-1970, 1971-1972*.
10. POLACSEK, E., *A National Information System on the Non-Medical Use of Drugs*, document inédit de la Commission, 1970; Polacsek, E., *Sources of NOMED Information*, document inédit de la Commission, 1971; Farmilo, C. G., Polacsek, E., Hanna, E., Barash, L., Larsson, G., et Stankiewicz, J., *Scientific Technical and Social Information on Non-Medical Use of Drugs*, document inédit de la Commission, 1971; R. D. Miller, *Scientific and Technical Information*, document inédit de la Commission, 1973.
11. BECKSTEAD, H. D. et FRENCH, W. N., *Some Analytical Methods for Drugs Subject to Abuse*, Aliments et drogues, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, août 1971.

## L'enseignement sur la drogue

Dans le *Rapport provisoire* nous avons formulé quelques observations d'ordre général sur l'enseignement en matière de drogue. Nous avons notamment exprimé l'avis que cet enseignement doit reposer sur les faits, autant que possible, et non sur la crainte, et en outre s'inscrire dans un programme général d'éducation. Bien compris et intégré, il devrait d'abord permettre à l'individu une conduite positive et éclairée, ainsi que l'harmonie avec lui-même et son milieu.

Depuis la publication du *Rapport provisoire*, nous avons étudié les programmes d'enseignement sur la drogue mis en œuvre au Canada, et mis à profit les expériences tentées ailleurs, notamment aux États-Unis. Depuis quelques années, l'enseignement en ce domaine a fait l'objet de nouvelles analyses. On a tenté d'établir dans quelle mesure il pouvait servir de guide à une politique sociale touchant l'usage de la drogue. Il a été difficile de trouver un terrain d'entente quant au contenu, à la portée et aux moyens d'application de cet enseignement. On a beaucoup critiqué ce qui s'est fait jusqu'ici en Amérique, et on s'est montré sceptique quant aux résultats à escompter.

La Commission a mené une vaste enquête. Elle a étudié la politique des ministères d'éducation provinciaux ainsi que celle des commissions scolaires dans tout le Canada<sup>1</sup>. Elle a analysé les programmes de certaines écoles<sup>2</sup> et interrogé les élèves sur leurs attitudes à l'égard de l'information en matière de drogues<sup>3</sup>. Elle a également noté les cours les plus novateurs et prometteurs<sup>4</sup>. Ces études ont abouti aux constatations ci-après.

Les gouvernements provinciaux appuient et orientent les initiatives des commissions scolaires locales touchant l'enseignement sur la drogue, mais les modalités de celui-ci varient de l'une à l'autre selon les besoins locaux. En 1971, la Commission a mené une enquête auprès de 584 commissions scolaires. Sur les 369 commissions (63 p. 100) qui ont répondu, moins de la moitié offraient un enseignement sur les drogues ou avaient adopté une politique explicite en ce domaine<sup>5</sup>. On peut supposer que le nombre des cours a augmenté considérablement depuis.

Les commissions scolaires attribuent à cet enseignement deux objectifs principaux : l'information et l'orientation. Environ la moitié des commissions interrogées voulaient dispenser aux élèves assez d'information pour qu'ils puissent se conduire en connaissance de cause. D'autres entendaient mettre les élèves au courant des dangers de la drogue. Quelque 20 p. 100 des commissions souhaitaient aussi conseiller les élèves non seulement en matière de drogue, mais aussi moralement et relativement aux problèmes de l'existence.

Dans deux commissions scolaires sur trois, l'enseignement sur la drogue faisait partie des cours de santé et d'hygiène. Dans 20 p. 100, il se rattachait à d'autres matières, et le plus souvent à l'orientation.

Quant à la mise en application du programme, l'importance de l'orientation a été soulignée par les trois quarts des commissions, qui préconisaient également les ateliers restreints, les conférences et la documentation.

Le choix et la formation du personnel pour cet enseignement étaient conçus de diverses façons. La moitié des commissions tenaient à former leurs éducateurs sur place. Leur choix reposait sur des critères variés ; la moitié des commissions avaient recours à des volontaires ou à des enseignants reconnus pour leurs bons rapports avec les élèves ; les autres désignaient simplement d'office certains professeurs, notamment ceux qui estimaient que leur matière embrassait l'enseignement sur la drogue. Pour la formation des éducateurs, on faisait appel aux moyens et au potentiel humain suivants, énumérés ici dans l'ordre de préférence indiqué par les commissions scolaires :

1. membres des professions médicales ou paramédicales ;
2. imprimés ou équipement audio-visuel ;
3. responsables de l'administration de la justice, notamment les policiers ;
4. organismes spécialisés, tels les centres de cure ;
5. usagers ou ex-usagers de la drogue ;
6. élèves ou étudiants ;
7. parents ;
8. assistants et bénévoles des *services nouveaux*.

Le tiers environ des commissions scolaires avaient fait une étude de critique de leur programme. Elle était fondée principalement sur l'opinion des élèves. Les trois quarts des commissions estimaient que leurs programmes avaient connu au moins un succès modeste. Les critères des diverses commissions se classaient dans l'ordre suivant : compréhension et sensibilisation accrues chez les élèves (94,1 p. 100) ; compréhension et sensibilisation accrues chez les parents (64,7 p. 100) ; aide aux élèves victimes de la drogue (58,8 p. 100) ; accès à un certain niveau d'information (47,1 p. 100) ; dissuasion auprès des non-usagers (41,2 p. 100) ; diminution générale de l'usage (29,4 p. 100) ; baisse générale de la nocivité de l'usage (5,9 p. 100).

D'après les réponses des commissions, l'enseignement s'adressait surtout aux élèves des classes de 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> années ; un bon nombre des programmes étaient destinés aux élèves des premières années du secondaire.

Les chercheurs de la Commission ont analysé, par l'observation directe et par des conversations avec les enseignants et les élèves, l'enseignement dispensé dans trois écoles secondaires et un *junior high school* d'une grande agglomération urbaine<sup>6</sup>. Ils en ont conclu que l'enseignement sur la drogue donné dans le cadre de l'enseignement de l'hygiène ou de la culture physique avait été infructueux. Ces cours étaient considérés comme accessoires et leurs titulaires possédaient rarement la compétence voulue pour traiter de la drogue et des problèmes connexes. Les chercheurs ont également exprimé des réserves quant aux cours spéciaux donnés dans de grandes salles, avec conférencier et projections, et obligation pour les élèves d'y assister, et dont le ton était empreint d'une opposition simpliste à l'usage de la drogue. Pour la plupart des enseignants interviewés, cette méthode ne pouvait guère donner de résultats. En conclusion, les chercheurs ont exprimé le vœu que l'enseignement sur la drogue ne se ramène pas à de la propagande en faveur de la société traditionnelle ni à un moyen d'imposer certains principes aux élèves. De la documentation succincte et gratuite leur semblait utile. Selon les auteurs, cet enseignement doit être envisagé dans une perspective plus vaste, en rapport avec les autres problèmes d'adaptation personnelle auxquels les élèves s'intéressent en général.

Selon les chercheurs, le système d'enseignement actuel distille l'ennui et crée un terrain favorable à la drogue. Les élèves devraient disposer de plus de temps pour faire les études qui les intéressent avec l'aide des enseignants, et on devrait mettre à leur disposition des renseignements pratiques sur divers sujets : la drogue, la limitation des naissances, les difficultés familiales, l'orientation personnelle, l'assistance sociale, l'aide judiciaire, le logement, les maladies vénériennes et les cliniques médicales. Certaines de ces idées ont été mises en pratique par une commission scolaire pendant les travaux de la Commission.

Une enquête auprès des élèves du secondaire a fait ressortir quelques faits à noter<sup>7</sup>. Tout d'abord, ils s'intéressaient moins à l'information sur la drogue qu'à diverses questions, tels les antécédents des élèves, leurs principes, et leur opinion sur l'école et les enseignants. Les principaux moyens mentionnés par les élèves sont les assemblées spéciales, les films et les leçons faisant partie des cours d'hygiène ou de culture physique. Quelque 6 p. 100 des élèves seulement semblaient satisfaits de cet enseignement et 48 p. 100 reconnaissaient en avoir tiré de nouvelles.

Selon les élèves, l'enseignement venait au 4<sup>e</sup> rang comme source d'information sur la drogue, loin derrière les trois premières : les amis, la télévision et les journaux. La valeur attribuée aux diverses sources d'information variait selon l'âge des élèves. Plus de 80 p. 100 de ceux du *junior high school* se fiaient dans une certaine mesure à l'enseignement ; 25

à 30 p. 100 seulement des élèves des dernières années du cours secondaire le mentionnaient parmi leurs sources. Près de 90 p. 100 des élèves de ces classes comptaient sur leurs amis pour se renseigner, contre seulement 60 p. 100 de ceux du *junior high school*. Une plus forte proportion des jeunes s'en remettaient à leurs parents, et une plus forte proportion des aînés à leur expérience personnelle (voir section XIV, *Les media*).

Près des trois quarts des élèves ne connaissaient aucun instituteur à qui ils auraient pu ou voulu demander des renseignements sur la drogue. Mais 70 p. 100 croyaient qu'il leur était possible d'obtenir de l'information et que celle-ci leur serait utile. Les renseignements les plus recherchés avaient trait aux effets des drogues et aux risques que comporte leur usage.

L'enseignement sur la drogue a donné les résultats suivants : un peu plus de la moitié des élèves considéraient les drogues autres que le cannabis comme plus nocives ; l'opinion du tiers n'avait pas changé ; les autres les considéraient comme moins nocives. Là aussi, les opinions variaient selon l'âge des élèves, les jeunes surtout attribuant plus de dangers aux drogues qu'auparavant.

L'enseignement le plus prometteur au Canada était dispensé dans le cadre de l'apprentissage de la vie<sup>8</sup>. On y développait l'art de trouver des formules viables à substituer à l'usage de la drogue. L'un de ces programmes mettait l'accent sur l'aptitude à s'occuper, à meubler ses loisirs d'une activité constructive, l'attrait de la drogue étant beaucoup plus puissant pour les oisifs<sup>9</sup>.

L'analyse qualitative de cet enseignement a fait peu de progrès. Elle repose le plus souvent sur les impressions des élèves et des enseignants. Mais au fait est-elle possible? On peut mesurer les connaissances que les élèves retiennent. On peut vérifier les résultats de l'information sur la drogue par les attitudes et le comportement. À cette fin, le mieux serait de recourir à une observation suivie, avec groupes de contrôle. Et encore, il serait difficile de répartir et d'interpréter correctement les divers faits qui influent sur les attitudes et la conduite. On accorde une grande importance aujourd'hui aux efforts pour déterminer l'efficacité de l'information sur la drogue, mais il reste à élaborer des méthodes qui permettent de le faire. Au fait, en ce qui concerne l'efficacité de l'information sur la drogue, nous nous fondons sur des postulats non vérifiés, sur des objectifs et des critères souvent mal définis.

Ces postulats sont de plus en plus contestés depuis quelques années, notamment aux États-Unis où l'on est très déçu de l'enseignement sur la drogue. Les critiques formulées dans le pays voisin s'appliqueraient-elles au Canada? Nous n'avons rien de comparable, semble-t-il, à l'abondante documentation américaine dont la qualité, très inégale, tantôt révèle des efforts remarquables et tantôt accuse des programmes insuffisants sinon nuisibles. Il a surgi aux États-Unis une telle quantité de productions de qualité inférieure qu'on a demandé un temps d'arrêt afin de pouvoir choisir une documentation scolaire de qualité et mieux s'entendre sur les objectifs et les

méthodes. Les Américains se sont lancés avec leur dynamisme habituel et n'ont pas échappé aux excès de leur enthousiasme. La population du Canada est moindre et les autorités scolaires moins nombreuses ; un bon programme d'enseignement y a de meilleures chances de s'imposer par imitation.

Non seulement on critique les instruments pédagogiques et les programmes aux États-Unis<sup>10</sup>, mais on met en doute l'influence de l'information relative à la drogue sur le comportement<sup>11</sup>. On a fait valoir que l'information sur les dangers de la cigarette n'avait guère réduit la consommation. L'information n'aurait pas autant d'influence sur le comportement que nous nous plaisons à le croire. La personnalité de l'individu et le milieu social exerceraient des influences plus profondes et plus durables. On soupçonne également que par un processus « d'attention sélective », les gens se soustraient à l'information qui ne concorde pas avec leur conduite. En d'autres termes, nous ne sommes même pas sûrs que l'information atteigne ceux à qui elle convient le mieux. On a fait observer toutefois que l'information sur la drogue ne s'appuie pas encore sur la connaissance scientifique des méthodes à prendre pour influencer les comportements.

On craint en outre que l'enseignement sur la drogue n'éveille une curiosité malsaine chez des sujets qui ne s'y seraient pas intéressés. C'est le risque que l'on court chaque fois que l'on étudie un sujet tabou, surtout chez les enfants. De plus, ceux qui ont fait usage de drogues auraient plus d'ascendant sur les élèves, et plus d'influence ; aussi redoute-t-on qu'ils confirment les attitudes favorables à la drogue.

En dépit de ces doutes et de ces craintes, nous devons poursuivre cet enseignement, à notre avis, car, avec d'autres méthodes, il facilite la compréhension des problèmes de la drogue et développe l'aptitude à les résoudre. Il y a plus à craindre de l'ignorance que de la connaissance en ce domaine comme en d'autres. Même si l'enseignement réussit mieux à transmettre l'information qu'il n'agit sur l'attitude ou le comportement, il exerce une fonction essentielle. Pour choisir avec prudence il faut d'abord être renseigné. Nous devons à nos jeunes de les aider à bien comprendre le phénomène de la drogue et ses répercussions sur le bonheur de l'individu.

Il faut de plus que l'enseignement sur la drogue se situe dans un contexte beaucoup plus large que celui des cours dispensés à l'école. Ceux-ci ne sauraient compenser l'absence d'autres influences positives. Il faut notamment que les parents s'en mêlent. C'est au sein de la famille que nous apprenons le mieux à nous connaître nous-mêmes et à vivre, et partant à surmonter les difficultés liées à la drogue. Nous traiterons ce sujet dans une autre section.

Un dernier mot au sujet de la crainte ne serait pas déplacé ici. En écrivant dans notre *Rapport provisoire* qu'il ne fallait pas que l'enseignement relatif à la drogue repose sur la crainte, nous visions tout programme tendant à stimuler la crainte. Il ne saurait être question de fausser la réalité pour produire cet effet, mais si les faits présentés objectivement sont de nature à

le produire, il faut l'accepter. Nous n'avons pas voulu donner l'impression que la crainte inspirée par des faits réels était mauvaise en soi.

En éveillant trop d'espoirs ou en se montrant trop sévères à l'égard de l'enseignement sur la drogue, nous risquerions de freiner ou de paralyser des initiatives louables. C'est ce qui s'est produit dans le domaine de la puériculture lorsqu'une nuée d'experts se sont mis à douter d'eux-mêmes. Il ne faudrait pas que toutes nos réserves au sujet de l'enseignement sur la drogue gênent les enseignants ou les décourage. Il est trop facile de définir des normes idéales. Lorsqu'un enseignant aide ses élèves à mieux se connaître eux-mêmes et à surmonter les difficultés de la vie, notamment celles que pose la drogue, cela ne peut avoir que du bon. Ce qui compte, en somme, c'est moins le détail de l'information, — qui doit quand même être le plus exacte possible — mais la connaissance de soi et du rôle des médicaments et drogues dans notre vie. Et cette connaissance, chacun l'acquiert pour soi ; l'enseignement n'est qu'un moyen d'y parvenir. En dépit de ses lacunes, il peut être utile, s'il est dispensé avec simplicité et avec la conscience que ce sont les principes personnels de chaque individu qui vont guider son choix. Ainsi que nous le disions dans le *Rapport provisoire*, on ne saurait faire plus qu'aider l'individu à comprendre son véritable intérêt. Nous devons lui faire confiance. Il a été question dans les sections précédentes du rôle du gouvernement fédéral en matière d'éducation sur la drogue.

## NOTES

1. WALDEN, Fred, et MYERS, Barbara, *An Analysis of Resources and Services Provided by School System Drug Education Programs*, document de recherche de la Commission, 1970-1971.
2. SOLWAY, Jeff et Hadie, *Drug Education, Information, and Services in Selected Toronto Schools*, document de recherche de la Commission 1970-1971.
3. WALDEN, Fred, et MYERS, Barbara, *Students and Drug Education*, document de recherche de la Commission, 1970-1971.
4. WALDEN, Fred, et MYERS, Barbara, *Analysis of Courses of Study in Drug Education in Elementary and Secondary Public Schools in Canada*, document de recherche de la Commission, 1970-1971.
5. MYERS, Barbara, *Drug Education in Canadian Schools: Results of a Survey of School Boards*, document de recherche inédit de la Commission, sur le rapport mentionné à la note 1 ci-haut.
6. SOLWAY, Jeff et Hadie, *Report on High School-Based Drug Information, Education and Services*, septembre 1970 et *The Crisis in Our Schools*, 24 avril 1971, documents de recherches inédits de la Commission sur le rapport mentionné à la note 2 ci-haut.
7. MYERS, Barbara, *Toronto Students and Drug Education*, 13 août 1971, document de recherche inédit de la Commission sur le rapport mentionné à la note 3 ci-haut.
8. LOHOAR, Christine, et MYERS, Barbara, *Background Papers on Drug Education in the Schools*, documents de recherche inédits de la Commission (mai 1971) sur le rapport mentionné à la note 4 ci-haut. Le programme intitulé *Moods, Substances, People*, de la Commission scolaire de Toronto, a été adopté par plusieurs autres commissions. Parmi les plus intéressants, notons les programmes des commissions scolaires de Calgary et de North York (Toronto); Low, Kenneth, *Intoxicant Problem Avoidance Capability Instructions (Living Skills)*, Calgary (Alberta); Coffeng, M. H., *A Submission to the Commission on Approaches in Education to Drug Concerns*, commission scolaire de North York (Ontario), été 1972.
9. Low, Kenneth, voir note 8 ci-haut.
10. HAMMOND, Peter G., *Why Drug Abuse Education is Failing in America*, communication présentée au 30<sup>e</sup> congrès international sur l'alcoolisme et commission scolaire de North York (Ontario), été 1972.
11. ETZIONI, Amitai, *Human Beings Are Not Very Easy to Change, After All*, « Saturday Review », vol. 55, n° 23, 3 juin 1972, reproduit dans « Grassroots », 7 septembre 1972, supplément ; Blum, Richard H., *A New Perspective on Drug Education*, communication présentée au Conseil national de coordination de l'enseignement sur la drogue reproduit dans « Grassroots », août 1972, supplément ; Halleck, Seymour, *The Great Drug Education Hoax*,

« *The Progressive* », 1970, vol. 34, reproduit dans « *Grassroots* », janvier 1972, supplément ; Swisher, John D., et Warner, Richard W., fils, *A Study of Four Approaches to Drug Abuse Preventions*, rapport final sur les travaux n° 0B083, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 31 juillet 1971.

12. SMART, Reginald G., *Factors in the Effectiveness of Drug Education*, communication présentée au 30<sup>e</sup> congrès international sur l'alcoolisme et la dépendance à l'égard des drogues, Amsterdam, septembre 1972.

## Les media

Dans la troisième section, intitulée *Les causes de la toxicomanie*, nous avons formulé quelques remarques d'ordre général sur le rôle des media. Nous avons souligné notamment qu'il est à peu près impossible de mesurer avec précision l'influence des communications de masse sur les attitudes du public. On peut, certes, chercher à déterminer dans quelle mesure le public reste marqué par les impressions que lui apportent les media en demandant aux gens s'ils estiment que leur conduite en a été influencée, mais ils risquent fort de se tromper eux-mêmes. Quant à des études expérimentales et contrôlées sur les effets de l'information collective dans des circonstances normales, elles sont extrêmement difficiles, pour ne pas dire impossibles, étant donné les interactions complexes d'un grand nombre de faits invérifiables qui influent sur les attitudes et la conduite du public.

Les media exercent néanmoins une influence évidente puisqu'ils font découvrir des réalités qui sans eux resteraient inconnues. Or, la curiosité et le désir sont fonction de la connaissance. Ainsi, dans quelle mesure les media ont-ils diffusé, relativement à la drogue, des renseignements qui n'auraient pas rejoint le public autrement.

Dans ses enquêtes à l'échelle du pays<sup>2</sup>, la Commission a cherché à déterminer l'importance des media comme première source de renseignement sur les stupéfiants. Bien sûr, si une personne a découvert certains stupéfiants par l'intermédiaire des media, il ne s'ensuit pas nécessairement que tôt ou tard les mêmes renseignements lui seraient parvenus d'autres sources. Cette réserve faite, l'enquête effectuée par la Commission auprès des adultes et fondée sur un échantillon de foyers répartis à travers le pays donne les résultats suivants.

L'échantillon se composant surtout d'adultes, ceux-ci avaient probablement moins de contacts que les jeunes avec des amis faisant usage de stupéfiants. Ainsi, parmi ceux d'entre eux qui ont pris de la drogue, 27 p. 100 avaient découvert les stupéfiants par l'intermédiaire des media et 62 p. 100 par l'intermédiaire d'amis ou de connaissances. Dans les mêmes milieux, 43 p. 100 des non-usagers avaient appris l'existence des stupéfiants par l'information collective et 28 p. 100 par l'intermédiaire d'amis et de connaissances<sup>2</sup>.

PREMIÈRE SOURCE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES STUPÉFIANTS

	<i>Media (%)</i>	<i>Amis et connaissance (%)</i>
Haschich	58	8
L.S.D.	68	7
Marijuana	62	10
Métamphétamines	47	6
Amphétamines	26	4
Barbituriques	37	6
Pilules amaigrissantes	29	10
Solvants	53	9
Somnifères	34	11

En 1970, en Californie, Donald L. Kanter<sup>3</sup> menait une enquête-pilote sur les répercussions des principales influences du milieu auprès des jeunes, relativement à l'usage des stupéfiants, accordant une attention particulière à la publicité télévisée. Au cours des trois étapes de l'enquête, on a demandé à 622 élèves de cinquième, septième et onzième années : a) d'indiquer les annonces qu'ils avaient remarquées en regardant la télévision ou en écoutant la radio ; b) d'exposer leurs attitudes à l'égard de la drogue et de sujets connexes ; c) de regarder six annonces, pour se soumettre ensuite à un examen général de réceptivité.

Il est ressorti de l'enquête que la publicité a peu d'effet sur les jeunes, comparativement à d'autres influences du milieu. La plupart attribuent leur première expérience des drogues interdites à la curiosité et à l'influence de leurs camarades. Toujours selon la même enquête, les annonces de produits pharmaceutiques ne seraient pas plus faciles à retenir que celles d'autres produits faisant l'objet d'une forte publicité. Les jeunes, il est vrai, estiment que la réclame influe fortement sur leur attitude vis-à-vis des médicaments, mais non vis-à-vis de la marijuana et des autres stupéfiants interdits. Il se dégage par ailleurs de l'enquête que ce sont les élèves de cinquième année qui réagissent le plus favorablement ou le moins défavorablement aux annonces de cigarettes et de produits pharmaceutiques. Ils attribuent aussi aux émissions de télévision une influence assez forte sur leurs attitudes à l'égard de la marijuana et des autres drogues interdites, contrairement aux élèves plus âgés. Enfin, ce sont eux qui accordent le plus confiance à la publicité des cigarettes et des produits pharmaceutiques.

Un certain nombre d'élèves, en particulier parmi ceux de septième année, estiment que les annonces de stimulants et de sédatifs peuvent entraîner un usage nocif. Quant aux usagers de la marijuana et des stimulants, ils auraient réagi plus favorablement ou moins défavorablement aux six annonces, que les non-usagers de ces substances.

Kanter conclut que si elle ne détermine pas les attitudes à l'égard des stupéfiants et de divers produits, la publicité peut cependant exercer de l'influence, surtout auprès des élèves les plus jeunes. La réclame, selon lui, joue un rôle d'appoint dans le comportement des jeunes en matière de drogue, suggérant de façon symbolique que « chacun se came à sa façon ». Ce principe fournit un bon prétexte à la consommation clandestine. Bref, selon Kanter, « il se peut que la publicité des produits pharmaceutiques compte parmi les faits qui entretiennent chez les jeunes des attitudes favorables à l'usage de la drogue ». Ce sont d'ailleurs les élèves des écoles élémentaires qui se montrent les plus réceptifs et les moins critiques à l'égard de la publicité.

Le degré d'influence que la publicité peut exercer sur les jeunes, en ce qui a trait à la drogue, ne semble pas résider dans l'effet de chaque message pris séparément. L'influence de la réclame provient plutôt, comme dans le cas des adultes, de la répétition de thèmes qui proposent un accès facile à des produits propres à modifier les fonctions physiques ou psychiques chez l'homme. De tels messages poussent à compter de plus en plus sur des substances biochimiques pour régler notamment le sommeil et les défenses contre la tension ou la fatigue.

Depuis quelques années, d'ailleurs, les entreprises n'hésitent pas à recourir aux thèmes relatifs à la drogue pour pousser leurs produits. En 1968 et 1969, par exemple, la publicité de nombreux produits s'est caractérisée par l'exploitation de thèmes psychédéliques dans les messages visuels et parlés. Toutefois en 1970, nombre d'entreprises en sont venues à la conclusion que pareils thèmes ne favorisaient pas la vente de leurs produits. Ils les ont donc abandonnés, estimant que toute publicité efficace devait adopter un style plus conforme à la mentalité du public.

S'il n'y a pas de réclame invitant ouvertement à l'usage illicite de la drogue, la publicité peut néanmoins exercer en ce sens une influence indirecte par l'importance qu'elle accorde à la solution rapide et facile d'ennuis quotidiens comme les maux de tête, le stress, la fatigue ou la tension entre individus.

Comme nous l'avons dit, il n'y a guère d'écrits scientifiques pour démontrer l'influence de la publicité sur le comportement de ceux qu'elle rejoint, mais il y a de bonnes raisons de croire qu'elle en a une. Autrement, les sommes énormes affectées à la réclame ne seraient que gaspillage. En 1970, au Canada, les entreprises ont consacré 330 millions de dollars à la publicité par la radio, la télévision, les journaux et les revues<sup>4</sup>. Sur ce total, 84 millions de dollars, soit 25 p. 100, ont été affectés à l'alcool, au tabac et aux préparations pharmaceutiques<sup>5</sup>.

Si la politique sociale a pour but de réduire au minimum l'usage de la drogue, faut-il soumettre à un contrôle la publicité qui y est consacrée, étant admis que cette publicité stimule la consommation? La question se pose tout particulièrement dans le cas des médicaments de vente libre, des boissons alcooliques et du tabac. Certains estiment en effet que la publicité de ces

produits encourage une attitude générale d'acceptation et même de confiance à l'égard des substances propres à modifier le psychisme.

La compétence en matière de publicité se rattache au domaine du commerce. Au Canada, les activités commerciales qui débordent les frontières d'une province relèvent exclusivement de l'État fédéral, mais les autorités provinciales ont des pouvoirs absolus sur les activités commerciales limitées à leur territoire. On observe par ailleurs un certain chevauchement entre les sphères fédérale et provinciale. Ainsi la compétence fédérale englobe les activités commerciales purement provinciales dans les cas où la réglementation est nécessaire au bon exercice de la compétence fédérale sur le commerce interprovincial (voir Appendice F. 1, *Cadres constitutionnels*). D'autre part, les entreprises d'ampleur interprovinciale sont assujetties à des lois provinciales qui régissent leurs activités commerciales dans chaque province. Le parlement fédéral peut invoquer aussi des points particuliers pour réglementer la publicité. En fait, il exerce déjà un contrôle sur la publicité à la radio et à la télévision, qui sont de sa compétence. Il peut aussi, dans certains cas, invoquer ses pouvoirs en matière de droit pénal pour intervenir dans l'intérêt de la moralité, de l'ordre, de la sécurité et de la santé et pour sévir contre la fraude. Ces pouvoirs, qui s'ajoutent à celui de réglementation du commerce, lui permettent de contrôler la publicité relative aux drogues, dont l'alcool et le tabac. Dans le domaine de la santé, les pouvoirs des provinces ne sont pas clairement définis, mais on admet généralement qu'elles peuvent restreindre la distribution de certaines substances dans l'intérêt de la santé publique, et en conséquence imposer certaines restrictions à la publicité (voir Appendice F. 1). Quant aux restrictions imposées par les provinces sur la publicité relative à l'alcool et au tabac, elles ont été confirmées, dans le premier cas, comme faisant partie de la réglementation des boissons alcooliques et, dans le second cas, comme relevant de la réglementation du commerce local<sup>8</sup>.

La publicité s'adressant au grand public est interdite dans le cas des stupéfiants<sup>7</sup>, des produits en vente contrôlée<sup>8</sup> et des médicaments magistraux figurant à l'Annexe F<sup>9</sup>. En fait, la publicité de ces produits doit se limiter aux revues professionnelles. La réclame relative aux médicaments en vente libre et aux remèdes brevetés peut s'adresser au grand public, mais elle est alors soumise à certaines restrictions. La *Loi des aliments et drogues* interdit notamment la publicité auprès du grand public présentant une substance comme remède préventif ou curatif des maladies, affections et troubles physiques désignés à l'annexe de la loi<sup>10</sup>. Y figurent entre autres l'anxiété, la dépression, l'hypertension et l'hypotension. La loi interdit en outre toute publicité fallacieuse de même que toute réclame qui pourrait induire en erreur quant à la nature, à l'efficacité, à la quantité, à la composition, aux propriétés et à la sûreté du produit<sup>11</sup>. Enfin, la loi autorise le gouvernement à réglementer la publicité de toute drogue pour la raison ci-dessus et afin d'écartier tout danger pour la santé du consommateur ou de l'acheteur<sup>12</sup>.

La *Loi sur les spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés*<sup>13</sup> renferme aussi certaines dispositions relatives à la publicité. Comme dans le

cas de la *Loi des aliments et drogues*, il s'agit surtout d'assurer la véracité de la réclame. Ainsi il est interdit de présenter un médicament breveté comme propre à guérir une maladie, et la publicité du produit ne doit contenir aucune affirmation trompeuse ou exagérée<sup>14</sup>.

D'après les règlements du Conseil de la Radio-Télévision canadienne, toute réclame relative à des produits qui tombent sous l'empire de la *Loi des aliments et drogues* ou de la *Loi sur les spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés* doit être approuvée avant la diffusion par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ainsi que par un représentant du Conseil<sup>15</sup>. Dans le contrôle de cette publicité, le ministère, conformément au mandat que lui confie la loi, se préoccupe surtout de la véracité. Il ne se soucie pas du sens général de la publicité qui peut avoir pour effet d'inciter à l'usage des médicaments et de la drogue.

*Les autorités devraient-elles exercer un contrôle plus rigoureux sur la publicité des médicaments en vente libre et des médicaments brevetés?* Nombre de ces produits, dont les analgésiques, les produits contre la toux et les antihistaminiques, ont leur utilité. On ne peut alors exiger d'ordonnances en raison des frais et des complications qui en résulteraient pour le consommateur. Mais si les produits en vente libre sont employés à des fins légitimes, comme le soulagement de la douleur et des allergies, il est souhaitable cependant que le public soit bien renseigné sur la façon de les prendre et sur les dangers qu'ils peuvent présenter. Tout manque d'information sur ces produits ferait plus de tort que de bien. Par ailleurs, la publicité, par son orientation générale, tend à inciter le public à compter sur des produits chimiques pour se soulager de divers malaises. S'il ne semble pas souhaitable d'interdire toute publicité en faveur de ces produits, nous estimons que les autorités fédérales devraient être habilitées et incitées à un contrôle plus rigoureux sur son orientation générale. Cette publicité devrait se limiter à un énoncé véridique et objectif de l'emploi et à l'information sur l'offre des produits sans en encourager ouvertement l'usage.

Il faut savoir gré à l'Association canadienne des radio-diffuseurs d'avoir interdit toute publicité en faveur des produits pharmaceutiques, dont les médicaments brevetés, s'adressant aux enfants<sup>16</sup>.

*Mais de nos jours, la publicité la plus importante, dans le domaine pharmaceutique, est celle des fabricants et des distributeurs à l'adresse des milieux médicaux.* Jusqu'à récemment le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne se préoccupait guère de cette publicité, laissant aux milieux professionnels le soin d'en contrôler la véracité. Le ministère, par exemple, n'a pas cherché à établir dans quelle mesure ce genre de réclame, par son volume et par son ton, a pu encourager les médecins à prescrire divers produits et augmenter la consommation des médicaments. Cette question, cependant, semble intéresser de plus en plus le ministère. D'après les données recueillies par les autorités, environ 75 p. 100 des médicaments sur le marché remontent à moins de 15 ans, et environ 50 p. 100 des méde-

cins qui exercent aujourd'hui ont été reçus au cours des 15 dernières années<sup>17</sup>. On peut en conclure que c'est des représentants des fabricants de produits pharmaceutiques que les médecins reçoivent la majeure partie de leur information sur l'emploi des médicaments. Aussi, le ministère a-t-il commencé à examiner de plus près les méthodes et les messages publicitaires des fabricants. Nous recommandons l'instauration de contrôles efficaces sur la nature et le volume de la publicité des fabricants et distributeurs de produits pharmaceutiques auprès des milieux médicaux, y compris l'emploi des échantillons. À notre avis, les autorités fédérales, sur consultation de l'industrie pharmaceutique, devraient prendre des mesures pour restreindre ce genre de réclame.

En règle générale, la discipline de la part des milieux industriels est préférable à l'intervention gouvernementale, car elle s'adapte plus facilement aux exigences de la réalité. Il est difficile de réglementer de façon officielle le goût, le ton ou l'incidence de la publicité. Il faut plutôt s'en remettre au bon sens, dans un cadre général de critères et de directives. Il y aurait donc lieu de créer un organisme consultatif, composé de représentants de l'État et des milieux industriels, qui serait chargé d'instaurer dans le domaine de la publicité un climat de moindre dépendance à l'égard des produits pharmaceutiques pour la santé ou à d'autres fins.

Le pouvoir de réglementer la publicité des boissons alcooliques s'assimile à celui d'en réglementer la vente, et en conséquence appartient aux provinces. Celles-ci ont adopté diverses mesures visant à restreindre plus ou moins ce genre de publicité. Au Nouveau-Brunswick et dans l'Île-du-Prince-Édouard, elle ne peut émaner de la province même, tandis qu'elle est plus ou moins permise dans les autres provinces. C'est ainsi que la Colombie-Britannique a cherché quelque temps à interdire presque entièrement la publicité pour ce genre de produits, puis est revenue à la situation antérieure où était permise la réclame dans les journaux et les autres publications sous réserve de l'approbation de la régie des alcools. Dans cette province, par ailleurs, toute publicité extérieure de produits alcooliques est interdite. C'est là un bon exemple de règlement provincial visant à réduire l'influence de ce type de réclame sur les jeunes.

Le Conseil de la Radio-Télévision canadienne exerce un contrôle sur la publicité des boissons alcooliques<sup>18</sup>. Les règlements interdisent toute réclame de spiritueux et d'alcools. La publicité relative à la bière, au vin et au cidre est permise lorsque les règlements provinciaux l'autorisent. Dans ce cas, cependant, elle est soumise à diverses restrictions. Elle ne doit pas viser à encourager, de façon générale, la consommation de la bière, du vin ou du cidre, mais elle peut porter sur les entreprises, les établissements, les services publics et l'image de marque. Ajoutons que les annonces ne doivent pas durer plus d'une minute et qu'elles doivent être approuvées, avant la diffusion, par un représentant du Conseil<sup>19</sup>.

La publicité des alcools ou spiritueux semble passer surtout dans certaines revues. De fait, une large part des revenus que ces publications tirent

de la publicité provient sans doute des distilleries, qui le plus souvent retiennent des pages entières en couleur. La plus grande partie de cette réclame a trait à l'image de marque, bien que certaines tendent à associer la consommation du produit à des distinctions sociales. Quelques messages ont parfois un caractère de service public, notamment l'annonce invitant à recourir au médecin en cas d'intempérance grave. Il est à noter cependant que dans le même numéro, cette distillerie publiait aussi des annonces à message plus direct. Il est évident que l'interdiction de toute publicité de ce genre aurait de graves répercussions sur le revenu des revues. Il faut donc se demander si la publicité en question est assez nocive pour justifier l'interdiction. Celle-ci se fonderait sur le principe voulant que les torts causés par une consommation excessive aient atteint un degré tel qu'il y aurait lieu d'empêcher tout encouragement à l'usage des boissons alcooliques.

Or, il est impossible d'établir dans quelle mesure la publicité encourage la consommation d'alcool. On peut simplement inférer des dépenses à ce titre que les entreprises considèrent la publicité, pour le moins, comme une incitation en faveur de la marque. Quant aux autres effets de la réclame, ils sont loin d'être clairs. Bien sûr, la publicité des alcools est attrayante et elle établit des associations d'idées subtiles entre tels produits et le prestige social. D'autre part, on peut supposer que ce genre de publicité rejoint moins les jeunes que les annonces à la radio et à la télévision et que les diverses formes de publicité extérieure.

L'interdiction de ce genre de publicité ne serait possible d'ailleurs qu'à l'échelle fédérale, étant donné que les publications qui la véhiculent ont une diffusion nationale ou même viennent de l'étranger.

Certes, il serait souhaitable d'interdire complètement la publicité des alcools, mais au cas où ce serait impossible en raison de l'ampleur des revenus publicitaires engagés, nous recommandons une loi fédérale obligeant les annonceurs de boissons alcooliques d'inclure dans leurs messages un avertissement sur les dangers d'une consommation excessive (« le danger pour la santé croît avec l'usage »), comme cela se fait pour les cigarettes. De plus, nous estimons que le texte des annonces doit se limiter à une désignation véridique et objective du contenu du produit et de ses effets sur l'organisme.

À l'heure actuelle, la publicité du tabac ne fait l'objet d'aucune réglementation fédérale, mais les fabricants ont leurs propres règles. La Colombie-Britannique, par ailleurs, est la seule province qui ait adopté des mesures en ce domaine.

À l'échelon fédéral, le Bill C-248 proposant une *Loi sur les cigarettes* a été présenté au parlement par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et a subi sa première lecture en juin 1971, mais il a été mis à l'écart par suite, censément, des pressions exercées par les fabricants de cigarettes qui se montraient, en retour disposés à adopter leurs propres règlements. Le projet de loi C-248 visait à interdire toute publicité en faveur des cigarettes,

à l'exception de la réclame servant à l'identification du produit sur les lieux de vente. La loi aurait aussi prévu des limites à la teneur en nicotine, en goudron et en d'autres ingrédients. Enfin, elle aurait stipulé que tous les paquets de cigarettes doivent comporter l'indication de la teneur de la fumée de cigarette, en ces substances, ainsi qu'une mise en garde ainsi conçue : **AVERTISSEMENT : LE DANGER POUR LA SANTÉ AUGMENTE AVEC LA CONSOMMATION. NE PAS RESPIRER LA FUMÉE.** La loi C-248 devait entrer en vigueur le premier janvier 1972.

C'est précisément à cette date qu'est entré en vigueur le règlement des fabricants intitulé : « Conseil canadien des fabricants des produits du tabac relativement à la cigarette ». Contrairement au projet de loi, il n'interdit pas la publicité des cigarettes auprès du grand public, sauf à la radio et à la télévision. Il porte que tous les paquets doivent être revêtus, avec netteté, de l'énoncé : **AVIS : LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL CONSIDÈRE QUE LE DANGER POUR LA SANTÉ CROÎT AVEC L'USAGE.** En fait, le code des fabricants n'oblige pas à cet avertissement dans la publicité, mais toutes les réclames paraissant dans les publications le renferment.

Cette situation tient en partie à ce que les règlements décrétés en Colombie-Britannique par le *Tobacco Products Act*<sup>20</sup> portent non seulement que tout paquet de cigarettes mais aussi toute annonce de cigarettes, dans cette province, doivent être revêtus ou accompagnés de l'un des trois énoncés suivants :

**AVIS : La cigarette est mauvaise pour la santé.**

**AVIS : Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social estime que le danger pour la santé croît avec l'usage.**

**AVIS : Le ministère de la Santé a établi que l'usage de la cigarette est dangereux pour la santé<sup>21</sup>.**

La troisième formule a été établie à l'intention des entreprises américaines.

La publicité en faveur du tabac est donc permise en Colombie-Britannique, sous réserve des dispositions précitées en ce qui a trait aux cigarettes et pour les media suivants : journaux, livres, périodiques, programmes, circulaires, listes de prix, machines distributrices et réclame sur lieux de vente. Toute autre forme de publicité extérieure, dont les panneaux-réclame, serait interdite, notamment la publicité à la radio et à la télévision.

Bref, en vertu des règlements adoptés par les fabricants, la publicité de la cigarette, à la radio et à la télévision, est donc interdite et toute réclame en faveur de la cigarette doit comporter un avertissement sur les dangers qu'elle présente. Cet avertissement, cependant, ne met pas le public en garde contre l'inhalation de la fumée, contrairement au projet de loi C-248. Le code des fabricants renferme diverses dispositions tendant à réduire l'influence de la publicité sur les jeunes par le recours à des vedettes du sport ou du

spectacle ou des personnalités publiques. D'une façon plus générale, le code prescrit que la publicité des cigarettes doit porter sur l'image de marque, et non suggérer que l'usage de la cigarette est essentiel à toute idylle, à la renommée, au succès ou au développement personnel.

Comme pour les boissons alcooliques, il faut se demander s'il y a lieu d'interdire complètement pareille publicité. Là aussi il semble que les publications tirent une grande partie de leurs revenus de cette publicité, bien que dans une proportion moindre que pour les alcools, et que nombre de ces publications soient d'origine étrangère. Il serait souhaitable d'interdire tout publicité en faveur de la cigarette, mais si l'on considère la chose impossible pour des raisons juridiques ou autres, nous recommanderions, comme pour les boissons alcooliques, que le texte des annonces se limite à une désignation véridique et objective du contenu du produit et de ses effets sur l'organisme. L'avertissement que les fabricants insèrent actuellement d'eux-mêmes dans leur publicité assure une certaine protection au public, mais nous recommandons qu'il signale expressément que l'habitude de fumer, en créant une certaine dépendance, entraîne presque inévitablement un degré de consommation dangereux. Nous recommandons en outre que cet avertissement soit exigé par des dispositions législatives fédérales.

La publicité relative à certains produits dangereux qui peuvent servir à des fins d'intoxication, notamment les substances volatiles, tombent sous l'empire de la loi fédérale<sup>22</sup>. Les règlements établis conformément à cette loi interdisent la publicité et la vente de certains solvants volatils si on n'a pas inséré dans l'étiquette du produit un avertissement sur les dangers de son usage. Cet avertissement doit signaler que les émanations sont nocives et qu'il ne faut pas les inhaler. Il y a peu de risques que de tels produits soient annoncés comme stupéfiants. L'intervention de l'État consiste donc à exiger que les étiquettes signalent de façon satisfaisante les dangers de tout mauvais usage. Par ailleurs, des avertissements trop explicites risqueraient d'encourager ce genre d'emploi, selon le phénomène que le *U.S. Consumer report*, (drogues licites et illicites), appelle « le piège des avertissements »<sup>23</sup>.

Il convient d'examiner ici l'influence générale des media sur l'usage de la drogue et plus particulièrement sur la consommation illicite. On ne saurait affirmer que la publicité accordée à certains emplois illicites des stupéfiants a fait naître un intérêt malsain pour ces produits, mais il est raisonnable néanmoins de le supposer. De fait, il semble bien que certains media ont présenté de façon favorable l'usage illégal des stupéfiants et l'ont même ouvertement préconisé. Il s'agit plus précisément des postes de radio diffusant de la musique « rock » sur la chaîne MF ainsi que de la presse « underground ».

La musique peut évoquer la drogue de deux façons. Tout d'abord, les paroles des chansons peuvent évoquer l'usage des stupéfiants, mais parfois c'est là matière d'interprétation, car elles ne traduisent pas nécessairement l'intention de l'auteur. En second lieu, l'air peut, au dire de certains, intensifier les effets que procure l'usage de certains stupéfiants.

C'est vers 1963 que la musique axée sur la drogue a fait son apparition, avec les chansons « Puff the Magic Dragon » et « Walk Right In » qui, a-t-on dit, évoquaient l'ivresse cannabique. Mais ce genre de musique a vraiment commencé à se répandre en 1965 avec l'avènement du « folk rock ». On considère généralement Bobby Dylan comme le principal promoteur de ce style, du fait de « Mr. Tambourine Man », chanson riche en images nouvelles et étranges, où il raconte l'histoire d'un toxicomane qui cherche à acheter de la drogue à un trafiquant de Greenwich Village.

Durant les deux années qui suivirent, l'usage des stupéfiants psychédéliques s'étant répandu en Amérique du Nord et en Angleterre, on assiste à l'apparition de chansons « rock » plus explicitement reliées à la drogue. Dans « Rainy Day Woman », Bob Dylan affirme sans ambages que « tout le monde doit s'enivrer ». Les Rolling Stones décrivent une certaine expérience des stupéfiants dans leur chanson « Get Off of My Cloud » et dépeignent le « syndrome de la ménagère » dans « Mother's Little Helper », façon de désigner « la petite pilule jaune » (d'amphétamine). Dans l'album intitulé « Freakout », les *Mothers of Invention* satirisent l'usage croissant des stupéfiants dans la classe moyenne aux États-Unis. Le chanteur anglais Donovan écrit « Mellow Yellow », exploitant une rumeur de l'époque selon laquelle la paroi interne des pelures de bananes, traitée d'une certaine façon, peut produire une ivresse semblable à celle de la drogue.

Mais le lien entre la musique « rock » et la consommation des stupéfiants ne tient pas seulement aux paroles des chansons et à leurs *sous-entendus*. De nouveaux styles exploitant une variété d'instruments viennent doubler un des effets caractéristiques de l'usage de la drogue : une perception altérée du temps et de l'espace. C'est ainsi que les découvertes de l'électronique permettent désormais, grâce à une simple guitare dont on amplifie le rendement, des distorsions des sons qui les rendent méconnaissables.

En 1966 les troupes musicales qui s'exécutent sous l'effet des psychédéliques prennent la vedette. La première partie d'une production par « Country Joe » et « The Fish », intitulée « Flying High », raconte les aventures des musiciens enivrés de L.S.D. Sur la côte occidentale des États-Unis, des groupes comme les *Grateful Dead*, qui avouaient prendre de fortes quantités de L.S.D. avant leurs spectacles, les *Jefferson Airplane*, *Big Brother* et la *Holding Company*, produisent une musique axée sur la drogue que les adeptes vont appeler « acid rock ». À la même époque, les Beatles, qui forment probablement l'ensemble musical le plus connu et le plus populaire des années 1960, lancent un album intitulé *Sergeant Pepper's Lonely Hearts Club Band*, dans lequel on trouve de nombreuses allusions aux stupéfiants et des images qui s'y rattachent.

Durant toute cette période, et jusqu'en 1969, certains groupes de musiciens font du prosélytisme en faveur de la drogue, tandis que d'autres restent indifférents à ce phénomène et que d'autres encore, comme les *Steppenwolf*, condamnent sévèrement le revendeur tout en considérant « la pilule

et la fumée » comme assez inoffensives. En 1970 le thème de la drogue commence à perdre du terrain dans la musique « rock » et le changement devient évident à la fin de l'année, après la mort subite de Janis Joplin et Jimi Hendrix, deux des artistes en vue au cours des années 1960. Peu de temps après, on assiste à l'apparition d'un certain nombre de chansons « rock » qui mettent les jeunes en garde contre les dangers de la drogue. Certaines de ces œuvres tracent une image effrayante du toxicomane et de sa seringue. D'autres traduisent le désenchantement quant à la stimulation créatrice des hallucinogènes, comme en témoigne la chanson de John Lennon, un des Beatles :

«I seen through junkies. I been through it all. I seen religion from Jesus to Paul. Don't let them fool you with dope and cocaine. Can't do you no harm to feel your own pain I found out!»

(J'ai fait mes voyages. J'ai connu tout cela. J'ai connu la religion, de Jésus à Paul. Ne les laissez pas vous avoir, avec leur drogue et leur cocaïne. Ça ne vous fera pas de mal de sentir votre douleur. J'en sais quelque chose !)

Le Conseil de la Radio-Télévision canadienne n'exerce pas de contrôle sur la musique évoquant l'usage de la drogue. Il ne semble pas d'ailleurs que pareille intervention serait bien accueillie des diffuseurs. Des directeurs d'émissions de radio « rock » sur la chaîne MF, que nous avons interrogés, ont déclaré ne rejeter que les œuvres ouvertement favorables à la drogue ; ils seraient disposés à changer d'attitude si on leur démontrait que la musique axée sur la drogue porte vraiment les jeunes à en faire usage<sup>24</sup>.

Les publications « underground », ou « clandestines » circulent actuellement dans un certain nombre de grandes villes au Canada. Leur contenu dénote nettement une attitude favorable à l'usage de la drogue pour le plaisir. Ces revues ont toujours été d'accord pour estimer que certains stupéfiants ont des propriétés précieuses et que les lois fédérales en la matière sont inacceptables et contraires à l'éthique. On y évoque sans aucun scrupule l'usage de la drogue, dans des reportages, des articles et des pages de simple divertissement. Il est difficile, cependant, de savoir dans quelle mesure cette attitude de la rédaction pousse le lecteur à l'usage de la drogue. Aucune étude du public lecteur de ces revues n'a encore été faite au Canada, mais le *East Village Other*, l'une des principales publications « underground » américaines, a fait une enquête du genre aux États-Unis, à la fin des années 1960. L'enquête a révélé que 98 p. 100 des lecteurs de la revue avaient tâté de la marijuana au moins une fois et que 77 p. 100 avait fait l'expérience du L.S.D. Mais il est difficile de dégager le sens de ces données, puisqu'on ne sait pas si l'usage de la drogue chez les lecteurs provient d'une incitation donnée par la revue ou si la revue n'a pas tout simplement un attrait particulier pour un public déjà initié à la drogue. Même si la rédaction des revues « underground » soutient que les lecteurs s'attendent à une ratification de leurs opinions, il faut reconnaître que dès 1968, au Canada, la presse

« underground » faisait du prosélytisme en faveur de tous les produits hallucinogènes. Dès leur apparition en Amérique du Nord, ces revues se sont affirmées par mépris des lois sur les stupéfiants et par une attitude de curiosité et d'acceptation facile à l'égard de divers usages de la drogue.

Depuis le printemps 1971, la presse « underground » semble accorder moins d'importance à la drogue. Ayant analysé des numéros successifs de publications américaines, on a constaté une diminution progressive de l'espace consacré à ce sujet. On remarque en outre un changement qualitatif. Ainsi dans les revues canadiennes de cette catégorie, les articles qui défendaient l'usage de la drogue du point de vue moral ont cédé la place à des conseils et à des considérations qui visent à fournir des renseignements pratiques aux jeunes usagers de stupéfiants. Dans une chronique à forte diffusion, un médecin de Californie renseigne les lecteurs sur les effets secondaires et les dangers de certains produits, dont certains à peine connus. On accorde de plus en plus d'espace aux dangers de l'héroïne et des amphétamines, et on consacre de longs entretiens aux chanteurs « rock » qui ont récemment fait état de leur déception à l'endroit du L.S.D. Au Canada, une revue « underground » de la côte du Pacifique a publié en 1970 un saisissant article d'Eldridge Cleaver, l'un des dirigeants des Black Panthers: Cleaver y dénonce avec virulence le L.S.D. et Timothy Leary, considéré comme le grand prêtre du psychédéisme, qu'il qualifie de suicidaire et contre-révolutionnaire. Un des chercheurs de la Commission décrit dans les termes suivants la tendance des revues « underground » au Canada en 1971 :

La drogue sert encore de moyen d'orientation et de point de ralliement, mais on s'est rendu compte qu'elle ne peut servir de fondement à l'instauration d'un nouvel ordre social<sup>25</sup>.

*On peut se demander si la loi devrait interdire de façon précise tout acte qui incite à l'usage illicite de la drogue ou qui l'exploite comme thème. En France, le code pénal interdit toute incitation du genre, de même que toute représentation favorable des délits de ce type<sup>26</sup>. Au Canada, le droit pénal prévoit déjà les cas de complicité, d'aide ou d'incitation pour les délits comme le trafic ou la simple possession de stupéfiants (voir Appendice F. 4). Il n'y a donc pas lieu de créer de délits pour les cas du genre. Mais il reste à savoir si l'on devrait, comme dans le cas de l'obscénité, définir un délit qui consisterait en l'exploitation de l'usage illicite. À partir de l'expérience de la loi sur l'obscénité, qui a été fortement remise en question, nous ne sommes pas portés à le croire. L'encouragement ouvert à commettre des actes déjà considérés comme des délits selon la loi actuelle sur les stupéfiants fait actuellement l'objet d'une attention particulière et est assimilable au délit d'incitation<sup>27</sup>.*

## NOTES

1. LANPHIER, C. M. et PHILLIPS, S. N., *The Non-Medical Use of Drugs and Associated Attitudes: A National Household Survey; Secondary School Students and Non-Medical Drug Use: A National Survey of Students Enrolled in Grades Seven through Thirteen; et University Students and Non-Medical Drug Use: A National Survey*, documents inédits de la Commission, 1971.
2. Des études effectuées pour le compte de l'*Addiction Research Foundation of Ontario* confirment nos constatations : les usagers et les non-usagers n'accordent pas la même importance aux diverses sources d'information sur la drogue. Les deux groupes considèrent les media comme une source importante, qui vient en première place pour les non-usagers, mais après les amis et l'expérience personnelle pour les usagers. Voir à ce sujet : Smart, R. J. et Fejer, D., *Most Influential Sources of Drug Information and Extent of Drug Use*, document inédit, project H 130, substudy 43-7-71 ; Smart, R. J., *Age and Sex Differences in the Most Influential Source of Drug Information*, document inédit, project H 217, substudy 43-7-71, Addiction Research Foundation, Toronto, 1971 ; ainsi que Smart, R. J. et Fejer, D., *Credibility of Sources on Drug Information for High School Students*, document inédit, project H 130, substudy 7-7 et Jo-71, Addiction Research Foundation, Toronto, 1971.
3. KANTER, D. L., *Pharmaceutical Advertising and Youth, Coronado, California: Coronado Unified School District, 1970*.
4. ELLIOT RESEARCH CORPORATION LIMITED, *National Expenditures*, dans *Marketing*, 22 mars 1971, p. 41, et *Radio T.V. Expenditure*, dans *Marketing*, 1<sup>er</sup> mars 1971, p. 12.
5. Ibid.
6. *Benson and Hedges (Canada) et al c. le Procureur général de la Colombie-Britannique*. (1972) 5 W.W.R. 3 (B.C. Sup. Ct. Hinkson J.). La cour a reconnu la validité d'une disposition du *Government Liquor Act* de la Colombie-Britannique qui interdisait certaines formes de publicité en faveur de l'alcool, ainsi que du *Tobacco Advertising Restraint Act* de la même province, qui interdisait certaines formes de publicité en faveur du tabac. Ces dispositions ont depuis été remplacées par des mesures moins restrictives. Le jugement de la Cour suprême n'a pas été contesté en appel. On y trouvera une précieuse étude de la question et des autorités sur le sujet.
7. *Règlements sur les stupéfiants*, article 50.
8. *Règlement des aliments et drogues*, G. 01.007.
9. *Règlement des aliments et drogues*, C. 01.044. La publicité de ces produits auprès du grand public est permise à condition que le produit soit présenté sous une forme impropre à la consommation humaine et qu'il porte une indication claire en ce sens.
10. Article 3.
11. Article 9.
12. Article 25.
13. S.R.C. 1970, c. P-25.

14. Article 8.
15. *Règlements du Conseil de la Radio-Télévision canadienne*, article 11. Des règlements semblables s'appliquent à la publicité de ces produits à la radio, *La Gazette du Canada*, Partie II, vol. 98, pp. 163, 671 ; et vol. 93, p. 1253.
16. Depuis mai 1973, le Code de la publicité télévisée destinée aux enfants, établi par les radiodiffuseurs eux-mêmes, renferme la disposition suivante : « Est interdite toute publicité destinée aux enfants en ce qui concerne les produits pharmaceutiques, les remèdes dits « brevetés » et les vitamines présentées sous forme de liquide, de poudre ou de cachets ». Ce code, conçu comme complément du Code canadien des normes de la publicité également établi par l'Association canadienne des radiodiffuseurs, s'applique « aux annonces commerciales destinées spécialement aux enfants de moins de treize ans, qu'elles soient véhiculées par des programmes pour enfants ou pour adultes ».
17. MORRISON, Dr A. B., sous-ministre-adjoint, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Protection de la santé, communication personnelle à la Commission, 2 mai 1973.
18. *Règlements du Conseil de la Radio-Télévision canadienne*, article 10, *La Gazette du Canada*, Partie II, vol. 98, pp. 162, 670 ; vol. 93, p. 1253, modifié par D.O.R.S. 558, 24 septembre 1971.
19. L'approbation préalable est donnée par un comité de trois membres (appelé Comité des bières et vins), soit un représentant du Conseil de la Radio-Télévision canadienne (C.R.T.C.), un représentant de l'Ontario Liquor Control Board et un représentant de la Société des alcools du Québec. Le comité s'inspire des directives émises par le C.R.T.C. qui stipulent entre autres ce qui suit :
  1. C'est le bon goût qui est le critère base dans l'approbation des textes.
  2. La publicité ne doit pas
    - a) encourager la consommation en général d'un produit, ni inciter les non-buveurs à boire ;
    - b) être associée à la jeunesse ou à ses symboles ;
    - c) tenter de démontrer un produit comme signe d'une classe sociale, une nécessité pour jouir de la vie ou une fuite devant les problèmes de la vie ;
    - d) présenter des personnes dans des activités où la consommation de l'alcool est prohibée.
20. St. B.C. 1972 (2<sup>e</sup> session), c. 13.
21. *Règlements sur les tabacs*, adoptés le 2 novembre 1972, arrêté en conseil n° 3941, en date du 2 novembre 1972.
22. S.R.C. 1970, c. H-3.
23. BRECHER, E. M. et CONSUMER REPORTS, *Licit and Illicit Drugs : The Consumers Union Report on Narcotics, Stimulants, Depressants, Inhalants, Hallucinogens and Marijuana—Including Caffeine, Nicotine and Alcohol*, Little, Brown, Boston, 1972, p. 323.
24. DAVID, J., *The Role of Rock Music and the Underground Press in Relation to the Non-Medical Use of Drugs*, document inédit de la Commission, 1971.
25. Ibid.
26. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, article 630.
27. Voir *R. c. McLeod et Georgia Straight Publishing Ltd.*, 12 C.R.N.S. 193 (B.C.C.A.). Une revue « underground » est accusée d'incitation à la culture de la marijuana.

## Les services nouveaux

Depuis la parution de notre *Rapport provisoire*, le gouvernement fédéral a donné plusieurs preuves de son intérêt pour les services nouveaux. C'est ainsi que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a créé la direction de l'Usage non médical des drogues (D.U.N.M.D.) dont une section se consacre au contrôle et à la notation de ces services. La création des bureaux régionaux a permis d'établir une liaison entre les services locaux et la D.U.N.M.D. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être a progressivement élevé le montant de ses subventions à la création et au fonctionnement de ces services. Ajoutons que les programmes *Prespectives-Jeunesse* et *Initiatives locales* ont constitué un autre mode de financement.

En 1970, notre Commission a clairement exprimé son appui à ces services, recommandant une aide morale et financière. Des progrès sensibles ont été réalisés depuis.

Dans l'Appendice M, nous mettons à jour nos observations sur les services nouveaux, et exprimons certaines réserves. Étudiant leur fonctionnement et leur développement, nous avons constaté que certains d'entre eux se heurtent aux mêmes écueils que les organismes traditionnels : administration tatillonne, distance par rapport à la clientèle, oubli de leur but primitif, laisser-aller, routine administrative, négligence des véritables intérêts des clients, absence d'adaptation aux nouvelles formes que revêt l'usage de la drogue.

Par ailleurs, depuis la publication du *Rapport provisoire*, les services nouveaux ont connu d'importants changements. Beaucoup d'entre eux ont compris que leurs objectifs primitifs, par exemple l'intervention d'urgence en cas de crise, perdaient peu à peu leur importance et ils se sont tournés vers d'autres problèmes. S'intéressant moins aux cas individuels, ils ont choisi une orientation communautaire, abordant les causes de l'aliénation sociale qui provoque l'usage des stupéfiants. Il faut favoriser cette nouvelle orientation.

Comme l'indique l'Appendice M, il est temps que les services nouveaux élaborent eux-mêmes leurs critères de réussite et que ceux-ci leur servent

à une auto-appréciation méthodique. La Commission est d'avis que les organismes de financement doivent améliorer leurs critères d'appréciation. Ceux-ci doivent tenir compte de la raison d'être propre à chaque organisme : difficulté pour la population d'obtenir les services des organismes traditionnels, répugnance d'une certaine clientèle pour ces organismes, etc. D'autres critères sont la véritable participation des clients aux processus de décision et la croissance d'une autorité de type endogène dans les services nouveaux.

La Commission estime que le gouvernement fédéral pourrait mettre fin à sa contribution financière aux services nouveaux de façon moins brutale qu'actuellement. Il appartient aux provinces de décider de la poursuite de leur aide à un service nouveau après deux ou trois ans de subvention fédérale, mais on peut réduire cette dernière graduellement pour faciliter la transition. Dans l'intérêt général de tous ceux qui participent aux services nouveaux, il faut une étroite coopération entre le ministère fédéral de la Santé et les ministères provinciaux homologues. Les priorités, les critères d'appréciation et les modes de financement doivent faire l'objet d'une étude conjointe.

L'étude détaillée de la nature et de l'évolution des services nouveaux, celle de certains de leurs problèmes et de leurs sources de financement, ainsi que les recommandations de la Commission se trouvent à l'Appendice M.

## La famille et les facteurs spirituels

### LA FAMILLE

Nous avons parlé de l'influence de la famille, à la section III (*Les causes de la toxicomanie*), et notamment de l'étude de Richard Blum et ses collaborateurs, intitulée *Horatio Alger's Children*. On nous a reproché de ne pas avoir accordé suffisamment d'attention, dans le *Rapport provisoire*, au rôle de la famille ; l'importance de la famille était évidemment implicite dans bon nombre de nos observations sur les causes de la toxicomanie, mais la critique était sans doute fondée. Au cours de notre enquête, nous sommes sûrement devenus de plus en plus conscients du rôle de la famille dans tout ce phénomène ; c'est elle qui exerce l'influence la plus forte dans la formation des jeunes. C'est à l'époque où l'enfant, tout jeune, est le plus sensible aux influences familiales que peut se constituer chez lui le penchant pour la drogue. L'exemple des parents est primordial par l'usage qu'ils font eux-mêmes des médicaments et des drogues et par l'importance qu'ils leur attachent pour le soulagement des malaises qu'ils peuvent éprouver. L'aptitude à supporter les variations d'humeur, les frustrations et la tension doit beaucoup aux influences familiales. Les parents aussi influencent l'attitude à l'égard de la loi.

Les parents peuvent renseigner leurs enfants sur la drogue s'ils se donnent la peine de s'instruire eux-mêmes en ce domaine, mais ce qu'ils peuvent leur transmettre de plus précieux, c'est une attitude générale face à la vie. Ils donnent l'exemple par la façon dont ils usent des médicaments : analgésiques, tranquillisants, barbituriques et amphétamines pour soulager les malaises, la tension et la fatigue de la vie quotidienne. Leur conduite sous ce rapport influence leurs enfants. La consommation de tabac et d'alcool peut aussi intervenir, surtout si elle semble un élément d'équilibre indispensable.

Pour certains, la plupart de ces substances peuvent être bénéfiques si elles sont prises avec modération ; le mieux, pour les parents, est d'inculquer aux enfants non pas un idéal d'abstinence impossible, mais une saine attitude et l'aptitude à un usage judicieux. Voilà qui nous ramène à la question de notre objectif social en cette matière. Nous réaffirmons qu'il s'agit d'encourager les

gens à réduire leur consommation au minimum, mais dans la mesure où ils doivent user de ces substances, il faut les aider à le faire de façon à en éviter les méfaits le plus possible. C'est sans doute au sein de la famille que l'on peut le mieux jeter les bases de ce comportement.

Cette saine attitude à l'égard des médicaments et drogues, substances puissantes dont l'effet peut être bon ou mauvais et que l'on doit employer avec discernement, doit être inculquée dès le plus bas âge. Au fond, il s'agit de faire comprendre que l'on ne doit avoir recours à ces substances qu'en cas de nécessité. La mère peut exercer une influence profonde par sa modération, par exemple, dans l'usage de l'aspirine et des autres médicaments en vente libre. Mais il faut prendre garde d'éveiller une méfiance irraisonnée pour les médicaments et d'amener l'enfant à rejeter systématiquement le secours de la médecine moderne contre les maladies qui réduisent gravement la capacité d'agir de l'individu et son aptitude aux relations normales avec autrui. En exagérant les bienfaits des médicaments, on a provoqué une hausse de leur consommation, mais il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire et rejeter les effets bénéfiques que procure leur sage utilisation.

Il est difficile cependant pour la famille d'agir sur certaines causes de l'abus des médicaments qui tiennent à la nature même de la vie moderne : rapidité de l'évolution sociale et difficulté de s'y adapter ; bombardement du système nerveux par des stimuli de toutes sortes ; sensation déprimante engendrée par les grands problèmes de l'heure et l'apparente impossibilité de les résoudre : surpopulation, pollution, épuisement des richesses naturelles, conflits raciaux, guerres, et par l'incertitude qu'ils projettent sur l'avenir.

La famille, comme toutes les autres institutions, subit l'influence de l'hédonisme qui se fait jour partout. Cette recherche du plaisir immédiat vient du sentiment que tout passe, que rien n'est sûr et qu'il est inutile de planifier un avenir incertain et de lui sacrifier le présent. On craint de consacrer trop de temps au travail et de ne pas tirer suffisamment de satisfactions de l'existence. Autrefois, on avait l'impression d'avoir le temps de tout faire avant de mourir ; aujourd'hui, on est moins disposé à attendre. Tout cela pousse à la recherche de sensations nouvelles. C'est dans cette atmosphère de plaisir immédiat, à laquelle la famille n'échappe pas, que la drogue exerce son attrait.

Il n'est pas facile pour les parents d'aujourd'hui d'aider leurs enfants à s'adapter au changement. Autrefois, on pouvait préparer son avenir, car on savait assez bien de quoi il serait fait et on avait lieu de croire que ce qu'on apprenait de ses parents et de ses maîtres serait utile dans la vie, mais les jeunes d'aujourd'hui n'ont plus cette assurance. Ils ont l'impression que leurs aînés ont très peu à leur transmettre pour plus tard. L'expérience familiale des aînés, qui a été la plus forte influence de leur formation et leur plus grande source de satisfaction, devrait constituer un enseignement très utile. Or, la famille est fortement contestée et en voie de transformation profonde. Une révolution a en effet bouleversé les attitudes face au rôle de la femme et de l'autorité dans la société moderne. La famille peut encore tenter d'inculquer

un sentiment de sécurité aux enfants, mais ceux-ci sentent bien qu'ils s'acheminent vers un monde nouveau. Ils en saisissent les grandes lignes et les principes mais ils ne sont pas sûrs de pouvoir s'y adapter. Parents et enfants doivent résoudre ensemble les problèmes de l'adaptation, même si les enfants doivent faire plus de chemin. Les parents peuvent les aider en se montrant conscients de l'incertitude et de l'angoisse que suscite la vie et confiants devant l'avenir. Ils doivent également comprendre que leurs enfants doivent faire l'expérience du changement et développer leur faculté d'adaptation. Les parents n'en font pas moins valoir leurs idées, leurs attitudes et leurs espoirs, comme nous le mentionnons dans la section III (*Les causes de la toxicomanie*), en nous référant à Blum et à ses familles « présentant peu de risque ».

De plus, nous avons tout lieu d'espérer et même de croire que la confiance en soi et le sérieux que font naître de bonnes relations familiales continueront d'être utiles dans ce monde nouveau qu'abordent les jeunes. Au cours de nos enquêtes, on a constamment cité la compréhension, l'ouverture d'esprit et la confiance comme qualités favorables à la communication entre parents et enfants. Cette communication est l'un des moyens dont dispose la famille en tant qu'institution sociale pour exercer une influence positive.

La façon dont les parents réagissent lorsqu'ils découvrent que leurs enfants prennent de la drogue a aussi une grande importance et peut être une source de difficultés. Il faut d'abord conserver le sens des proportions et de la gravité de cette pratique, mais en tenant compte des circonstances ; choix du stupéfiant et nature de la consommation. En second lieu, il faut en discuter froidement afin d'en connaître toutes les causes et de comprendre la conduite à tenir. On doit éviter en outre de retirer sa confiance à l'enfant. Le reniement ou la fuite devant la réalité ne peuvent donner de résultats. On peut désapprouver une conduite donnée sans rejeter l'enfant.

Chose certaine, l'influence de la famille est minée de plus en plus par la difficulté qu'éprouvent les parents à se renseigner dans des domaines où leurs enfants ont plus de connaissances qu'eux. C'est pour cette raison que les parents ont autant besoin que leurs enfants d'être informés sur la drogue.

#### LES VALEURS MORALES

Sauf la United Church of Canada, les églises n'ont pas joué de rôle très important lors des audiences publiques de la Commission. Tous les groupements religieux avaient été invités à nous présenter des mémoires, mais quelques-uns seulement l'ont fait. Beaucoup de prêtres, de ministres et de laïcs nous ont toutefois parlé de la foi et de la pratique religieuse face à l'usage de la drogue. Par la suite, la Commission a fait une enquête auprès de la haute hiérarchie des diverses confessions religieuses. Il en est ressorti une inquiétude générale à l'égard de ce qu'ils considéraient comme une désaffection spirituelle au profit de l'hédonisme et du matérialisme. Ce sentiment a été exprimé notamment par le Bureau de la propagation de la foi et du

Service social de l'Église Unie du Canada dans les termes suivants : « Nous avons trop facilement accepté l'hédonisme de la société nord-américaine selon lequel chacun ne songe qu'à agir à sa guise ».

D'après notre enquête, les Églises et les organisations religieuses telles que l'Armée du salut sont venues en aide aux victimes de la drogue par divers moyens : conseils, orientation vers des établissements ou services locaux et collaboration avec ceux-ci, information et instruction, hébergement, initiatives spéciales pour les jeunes. Certaines Églises ont participé activement à la mise sur pied de divers services nouveaux.

La foi a indubitablement un rôle à jouer face au problème de la drogue. Elle peut, par la force qu'elle confère, aider l'individu à éviter ou à surmonter la toxicomanie, comme on l'a vu chez les Alcooliques Anonymes. En s'engageant dans des groupes ou des mouvements mystiques, philanthropiques ou religieux, bien des personnes ont pu résister à l'abus de certaines drogues, et un petit nombre de toxicomanes ont trouvé dans la discipline de certaines religions orientales l'inspiration qui les a aidés à s'abstenir de drogue ou du moins à en user avec modération.

La foi religieuse devrait aussi normalement inciter l'individu à se donner aux autres ; c'est un principe de base du travail des Alcooliques Anonymes, qui l'inscrivent dans le processus de relèvement. Souvent l'individu qui s'adonne à la drogue souffre d'un souci excessif de sa propre personne : de ses humeurs, de ses états d'esprit, de ses sensations, de ses malaises et de ses plaisirs, en même temps que d'égoïsme. Rendre service peut souvent prévenir son mal ou même le guérir.

Les jeunes d'aujourd'hui manifestent des préoccupations d'ordre spirituel. La remise en cause des principes de notre société dans laquelle ils ont joué le rôle de catalyseur a pour une part des fondements spirituels. Il s'agit de redécouvrir la vraie nature de l'être humain et de ses devoirs envers autrui. Beaucoup de jeunes ont puisé dans une certaine inspiration le désir de rendre service. Ils ne forment sans doute pas la majorité, mais ils constituent sûrement une minorité appréciable. Ils cherchent le moyen de s'épanouir tout en donnant un sens et une valeur à leur existence. Et ils sont de plus en plus nombreux à chercher cet épanouissement dans la fraternité humaine.

L'esprit qui les anime offre d'intéressantes possibilités en dehors de la voie de la drogue. Il y a beaucoup à faire auprès d'autrui dans notre société, notamment auprès des jeunes, des personnes âgées, des immigrants, des gens du pays, des handicapés, des pauvres et des défavorisés en général. De nombreuses initiatives en ce sens ont reçu l'appui de l'État ou du secteur privé. La toxicomanie crée également un vaste champ d'action. Nous avons besoin (voir section XI (*Réadaptation sociale*)) d'un grand nombre de personnes — de laïcs engagés par exemple — possédant le dévouement, la patience et la compétence pour travailler en tête-à-tête au relèvement et à la réadaptation sociale de ceux qui veulent échapper à la misère physique et morale de la drogue.

Cinquième partie

Conclusions  
et recommandations  
supplémentaires

# Conclusions et recommandations supplémentaires

par

*Marie-Andrée Bertrand*

## INTRODUCTION

Je tiens d'abord à souligner que je suis entièrement d'accord avec mes collègues pour limiter, contrôler et réduire le plus possible l'usage des drogues fortes au Canada. Je suis aussi soucieuse qu'eux de restreindre l'usage des stupéfiants et des hallucinogènes forts et d'en empêcher la diffusion dans des secteurs intouchés de la population. Non seulement suis-je d'accord avec eux quant à la fin, mais je serais plus sévère quant aux moyens, pour ce qui est de la fabrication et du trafic illicites des drogues fortes. Je proposerai aussi des peines plus sévères et d'autres mesures qui me paraissent mieux adaptées à la lutte contre l'importation et le trafic.

Je m'entends donc avec mes collègues sur le but à poursuivre : réduire l'usage des drogues fortes, mais je ne suis pas d'accord avec eux quant aux mesures à prendre pour y parvenir. Je ne crois pas que la meilleure façon de restreindre l'usage des drogues fortes soit de conserver les lois actuelles qui font un délit de la possession des stupéfiants et des hallucinogènes forts. Je ne puis non plus me rallier à la recommandation que les toxicomanes soient astreints à des traitements.

Bref, pour ce qui est des usagers des drogues fortes, ma position s'écarte de la leur sur deux points : le maintien du délit de simple possession de stupéfiants et d'hallucinogènes forts (en vertu de la *Loi sur les stupéfiants* et de la Partie IV de la *Loi des aliments et drogues*) ; l'internement des toxicomanes afin de leur faire subir des traitements, soit l'application à un individu contre son gré de mesures destinées à modifier ses habitudes et son mode de vie.

Je vais d'abord expliquer mon opposition au maintien du délit de simple possession de drogue, même s'il s'agit de drogues fortes ; je vais ensuite donner les motifs pour lesquels je regrette le recours à la procédure pénale pour soumettre les toxicomanes à des traitements.

Je proposerai ensuite des mesures, qui me paraissent plus indiquées que le recours au droit pénal, à l'égard des usagers. J'exposerai notamment certains programmes éducatifs et thérapeutiques qui, à mon avis, devraient rem-

placer les sanctions pénales. Je proposerai enfin des contrôles et d'autres mesures qui pourraient s'appliquer aux trafiquants et aux importateurs de drogues.

### LE DÉLIT DE SIMPLE POSSESSION EST UN MOYEN DE DISSUASION FUTILE EN MATIÈRE D'USAGE DE DROGUE

Il existe des objections de principe et d'ordre pratique à invoquer le droit pénal contre les auteurs de délits sans victimes ; la possession de drogue pour son usage personnel est un exemple classique de tel délit.

Invoquer le droit pénal pour régir le comportement des individus en ce qui a trait à leur mode de vie personnel, leurs habitudes ou leur vie privée, c'est outrepasser le domaine du droit et sa finalité, c'est abuser de ce puissant instrument de contrôle avec d'inévitables conséquences pratiques et morales. Lorsqu'un délit ne fait pas de victime et que par conséquent personne ne s'en plaint, toute saisie ou poursuite revêt un caractère très particulier et exige des mesures d'exception qui empiètent sur les libertés individuelles. Les perquisitions, les arrestations et les poursuites dans les affaires de simple possession sont précisément de cette nature. L'État a voulu dans ces cas faire fi des présomptions normales d'innocence et du droit inviolable d'être à l'abri de toute perquisition et de toute fouille sans mandat ; il semble considérer la possession de stupéfiants en soi comme un danger grave et croire que les personnes qui en sont soupçonnées doivent être appréhendées à tout prix. La répression de l'usage des hallucinogènes puissants comporte elle aussi des procédures exceptionnelles d'arrestation.

On n'a pas obtenu l'*effet de dissuasion* ni le *contrôle* que l'on escomptait pour justifier ces mesures spéciales. Le nombre de condamnations pour possession d'héroïne est passé de 243 en 1964 à 630 en 1972. Les condamnations pour possession d'hallucinogènes puissants sont loin d'avoir diminué (1 014 en 1970, 1 210 en 1972 pour le L.S.D. et la MDA). Faut-il rappeler que les condamnations pour possession de cannabis se sont multipliées de façon astronomique, passant de 25 en 1964 à 10 695 en 1972.

Enfin, le nombre des condamnations ou même des arrestations ne nous donne qu'une vague idée du nombre des usagers. Selon les seuls rapports de la police, le nombre des *toxicomanes connus* serait passé de 2 947 en 1964 à 8 958 en 1972, à l'exclusion de ceux appartenant aux professions médicales ou paramédicales et des personnes qui ont contracté la dépendance à la suite de traitements. Le rapport majoritaire souligne que les responsables de la répression ont tenté de « circonscrire » le phénomène en gardant les toxicomanes à vue. Jusqu'à ces dernières années, la police connaissait ou croyait connaître la plupart d'entre eux et pouvait repérer les nouveaux venus. Toutefois, les événements ont démontré que leurs méthodes de contrôle étaient pour le moins inefficaces. Et les sanctions prévues par la loi, si sévères fussent-elles, n'ont pas empêché un million de Canadiens de fu-

mer de la marijuana et du haschich au cours de l'année. Bien des gens s'imaginent que l'on n'emprisonne plus les fumeurs de cannabis et que c'est l'une des raisons de la popularité croissante de cette drogue ; pourtant, en 1972, 560 personnes ont été condamnées à la prison pour simple possession de cette substance.

Il faut se rendre à l'évidence, l'interdiction pénale de la simple possession, en dépit du coût élevé de son application aux opiacés et au cannabis, n'a pas empêché les condamnations pour ce délit, de tripler dans le cas des opiacés et de se multiplier par 425 dans le cas du cannabis, de 1964 à 1972. De plus, il nous faudrait probablement centupler ces chiffres pour nous représenter le nombre réel des *usagers*. Drogues fortes et drogues faibles sont maintenant utilisées dans de nouveaux secteurs de la population si hétérogènes et si dispersés que les méthodes de la police se trouvent périmées ainsi que le font observer les auteurs du rapport majoritaire.

Le recours au droit pénal en matière de possession et d'usage de drogue peut à la rigueur se justifier par la fonction pédagogique de la loi, ainsi que le mentionnent mes collègues. Toutefois, le législateur ne semble pas avoir très bien compris cet aspect du droit. Pour que cette fonction ait quelque effet, il faudrait qu'elle soit énoncée clairement et adaptée aux circonstances. Il faudrait notamment que les interdictions et les peines soient proportionnées au danger de chaque substance, ce qui est loin d'être le cas. Les lois relatives à la possession sont illogiques et sans rapport avec la gravité des conséquences de l'usage des diverses drogues pour l'usager lui-même et pour autrui. L'alcool, de loin le psychotrope le plus dangereux et le plus propre à pousser à la délinquance, se vend sous régie gouvernementale et jouit d'une grande vogue. Le tabac, dont la nocivité a été bien démontrée, se vend licitement et en toute liberté, sauf aux mineurs. Le droit pénal n'interdit pas la possession d'amphétamines, qui suivent l'alcool de près par leur nocivité et leur propriété d'engendrer la délinquance ; le rapport majoritaire ne recommande pas l'adoption de cette interdiction, vu son inefficacité bien démontrée et les difficultés de son application, c'est-à-dire la futilité qu'il y aurait à étendre le délit de simple possession. La possession des barbituriques, qui sont la principale cause de suicide, n'est aucunement interdite et les contrôles applicables à leur distribution sont inefficaces. Le contrôle des ordonnances n'empêche personne d'en abuser ; selon une enquête menée récemment à Toronto, les jeunes peuvent s'en procurer très facilement. On trouve très facilement aussi des tranquillisants mineurs ; le contrôle des ordonnances est sans effet là aussi. Par contre, le cannabis, dont la nocivité n'a pas été démontrée, est encore classé parmi les stupéfiants. Bien des tribunaux se montrent indulgents lorsqu'il s'agit de possession de marijuana et de haschich, mais la loi n'en fait pas moins un délit et plus de 500 personnes ont été envoyées en prison pour simple possession, pendant l'année écoulée. Les solvants, pourtant très dangereux, ne sont frappés d'aucune interdiction par la loi et le contrôle de leur distribution et de leur usage, si souhaitable soit-il, serait tout à fait impossible à cause des multiples usages courants auxquels ils se prêtent. La

possession des hallucinogènes puissants dont l'abus peut être très dangereux mais qui ne semblent pas pousser à la délinquance et ne produisent pas l'accoutumance, n'est interdite qu'en vertu de la *Loi des aliments et drogues*, dont l'autorité morale semble moindre que celle de la *Loi sur les stupéfiants*. Cette impression a été corroborée devant la Commission par un grand nombre de témoins qui ont demandé que le cannabis soit régi par la *Loi des aliments et drogues* plutôt que par la *Loi sur les stupéfiants*, parce qu'il n'est pas un stupéfiant en pharmacologie et qu'il ne devrait donc pas relever de la plus sévère des deux lois.

Comme on peut le voir la classification des drogues dans les lois est pleine de contradictions et d'illogisme, ce qui en affaiblit l'autorité morale. De ce fait, l'inscription d'une substance dans une catégorie de médicaments ou de drogues soumis à des contrôles rigoureux n'a plus aucun sens. Les principes implicites dans la loi ont été si souvent démentis par les données pharmacologiques ou par les effets que l'on éprouve soi-même à l'usage de certaines substances, qu'on a cessé il y a longtemps de croire qu'il y avait une relation entre la nocivité d'une substance et sa classification en droit pénal. Il faut dire qu'en ce domaine celui-ci est totalement désuet.

Il semble particulièrement illogique, inefficace et inhumain d'avoir recours au droit pénal contre les toxicomanes. Savants et profanes sont unanimes à reconnaître la très forte propriété qu'ont les stupéfiants opiacés à engendrer la toxicomanie. Et pourtant, contradiction flagrante, nous considérons les héroïnomanes et les autres toxicomanes comme des êtres faibles et vulnérables, souffrant d'un irrépressible besoin physique ou psychique de drogue, et nous les harcelons de perquisitions, d'arrestations, de détention, de procès au criminel, d'amendes et d'emprisonnement. Nous traitons en criminels des personnes que nous estimons atteintes de troubles physiques et psychiques; nous leur imposons des peines qui aggravent l'aliénation dont elles souffrent déjà trop. Ce dont les toxicomanes ont besoin, c'est de compassion, de soins médicaux et psychiatriques.

Les interdictions au droit pénal se sont non seulement avérées inefficaces pour empêcher l'usage des stupéfiants et des hallucinogènes puissants de se répandre, mais elles suscitent un marché illicite où le coût de ces drogues est très élevé et très variable, et le ravitaillement incertain. La plupart des toxicomanes souffrant d'un besoin irrépressible commettent des délits contre la propriété et se livrent même à la violence pour satisfaire leur habitude ou pour trouver l'argent nécessaire. Il est sûr que dans ce contexte de clandestinité et d'illégalité le marché noir profite de la demande.

Les déboursés de l'État pour le dépistage, l'arrestation et la condamnation des usagers des stupéfiants et des hallucinogènes puissants sont injustifiés, compte tenu des résultats. Jusqu'à ces derniers mois, la police prétendait connaître la plupart des héroïnomanes, et elle se faisait un devoir de les arrêter de temps à autre. Mais de nombreux toxicomanes s'accoutument de ce harcèlement qui, de toute façon, ne les soustrait pas à la dépendance. Les risques et les ennuis d'une arrestation sont plus que compensés par le plaisir

et la satisfaction que procure l'habitude des stupéfiants. De plus, nous avons vu qu'aujourd'hui il existe toute une nouvelle génération de toxicomanes inconnus de la police, et à peu de choses près, d'habitues des hallucinogènes forts.

### UNE ILLUSION : LE TRAITEMENT OBLIGATOIRE

Mes collègues proposent que les personnes arrêtées pour simple possession de stupéfiants et dont on aura prouvé la dépendance soient soumises à des traitements suivis et ils invoquent la procédure pénale comme justification et point de départ de leur intervention. Les mesures qu'ils proposent constituent une amélioration par rapport à la situation actuelle ; elles s'inspirent de sentiments plus humains que ne supposent l'arrestation et la détention ou la cure obligatoire d'entretien à la méthadone.

Cependant, les moyens envisagés et les principes sur lesquels ils reposent sont, à mon avis, *inconciliables avec les objectifs visés*.

Ce que mes collègues souhaitent, c'est que le toxicomane soit amené à renoncer à la dépendance, ou à en changer l'objet. Il faut se rappeler, cependant, que les facteurs de dépendance sont de deux ordres : physiques et psychiques.

Il n'y aurait que deux façons d'enrayer les premiers : au moyen d'un médicament ou d'une substance qui neutraliserait les effets du stupéfiant, notamment de l'héroïne. Cette substance, appelée antagoniste, serait une arme de plus dans l'arsenal de la chimiothérapie. L'autre façon serait une cure de substitution, ordinairement à la méthadone, mais à vrai dire, la substitution d'une drogue à une autre n'est pas un traitement.

Les facteurs psychiques de la dépendance ne posent pas moins de problèmes et varient beaucoup selon les individus.

Il est illusoire, à mon avis, de s'attendre à neutraliser tous ces facteurs sans la collaboration entière du malade. Les thérapeutes des établissements pénitentiaires le savent bien. Les meilleures cures individuelles et collectives ont échoué jusqu'ici à cause de leur cadre nécessairement autoritaire et de l'absence de choix pour le malade. La détention obligatoire à des fins de rééducation et peut-être de traitement que proposent mes collègues suppose l'arrestation du sujet et son emprisonnement ultérieur, évidemment, s'il n'accepte aucune des cures qui lui sont offertes pendant sa détention. Or, l'arrestation et la menace d'incarcération sont considérées comme de l'intimidation par les toxicomanes, ce qui n'est guère de nature à les faire vraiment changer d'attitude. Et c'est précisément un changement d'attitude que mes collègues espèrent obtenir pour en tirer un changement d'habitudes et soustraire le sujet à son impérieux besoin physique et psychique de drogue.

L'idée même de cure obligatoire me semble donc comporter une contradiction dans les termes. De plus, les résultats obtenus avec les cures les plus réputées ne sont guère impressionnants. Ainsi, selon la dernière évaluation

de la cure Corona (*California Rehabilitation Center*), à peine 20 p. 100 des malades détenus qui obtiennent le statut d'externes sous surveillance s'abstiennent de drogue pendant trois ans. On peut se demander si ce succès justifie la mise sur pied d'un appareil aussi complexe ou la coercition à laquelle il faut soumettre des milliers de toxicomanes pour l'obtenir, sans parler des désavantages sociaux, moraux et financiers.

Les internats thérapeutiques semblent mieux réussir en matière d'abstinence, mais leurs possibilités sont restreintes et ils n'attirent qu'un faible pourcentage des toxicomanes, surtout parce que la plupart imposent l'abstinence complète dès l'entrée. De plus, un bon nombre *n'acceptent que ceux qui s'y présentent de leur plein gré.*

La cure d'entretien à la méthadone (ce qui est une fausse appellation puisque la méthadone est un stupéfiant au moins aussi susceptible d'engendrer la dépendance que l'héroïne) peut empêcher un toxicomane d'augmenter sa dose d'autres drogues s'il est soumis à une surveillance suffisante. Certains délinquants en libération conditionnelle ou en probation qui suivent cette cure semblent capables de travailler et de vivre de façon normale. Mais il faut reconnaître que la méthadone n'est qu'une drogue d'État (celle qu'il tolère et même fournit) dont le principal avantage, semble-t-il, est de permettre à certains toxicomanes de vivre normalement et de tenir un emploi. Mais l'État a-t-il le droit d'imposer une drogue propre à produire la dépendance en remplacement d'une autre, surtout lorsqu'on sait que ce succédané fait l'objet d'un commerce et d'un usage illicites?

Nous devons examiner sans faux-fuyants ni préjugés les objectifs de la thérapeutique des habitués des opiacés. Pourquoi les soignons-nous ? Que recherchons-nous et pour quels motifs ? Voulons-nous en faire des abstinents, transférer leur dépendance d'une substance à une autre, ou la reporter sur quelque chose de tout à fait différent ? De quel droit l'État peut-il ordonner la substitution d'une dépendance à une autre ? Bref, qu'entendons-nous par « traitement » ?

Le principe même du traitement obligatoire est très contestable. L'ingérence de l'État dans la vie privée des citoyens sous prétexte de protéger leur santé soulève de graves problèmes moraux et socio-politiques. Il doit sûrement y avoir des limites à cette ingérence, sans quoi nous risquons de voir l'État s'abandonner à un moralisme légaliste aussi nocif et odieux que celui auquel se sont prêtés l'Église et les corporations professionnelles à certaines époques.

#### COMMENT CONTRÔLER ET LIMITER L'USAGE DES DROGUES FORTES SANS RECOURIR AU DROIT PÉNAL

Je crois nécessaire de contrôler et de limiter l'usage des drogues fortes, mais à l'encontre de mes collègues je ne crois pas que le meilleur moyen

d'y parvenir soit l'application de mesures pénales aux *usagers*. Je ne pense pas que leur infliger un casier judiciaire pour la vie les incite à rompre leur habitude ni ne détourne les autres de la même voie. Le moment me semble venu d'adopter une attitude plus humaine, plus réaliste et en fin de compte peut-être plus pratique à l'égard des usagers des drogues fortes, notamment des opiacés. Il faudrait remplacer les interdictions du droit pénal et autres mesures du genre par des contrôles d'une autre nature, inspirés d'une conception moins vindicative.

Tout d'abord, on devrait cesser de considérer comme délit la simple possession d'opiacés et d'hallucinogènes forts. Il ne devrait exister de délit de possession ou d'usage pour aucune drogue. Cela ne signifie pas que les drogues fortes devraient être soustraites à tout contrôle ; ce qu'il faut, c'est remplacer le régime actuel par des contrôles plus efficaces et plus humains.

Si l'on abolissait le délit de possession, comment l'État pourrait-il contrôler l'usage des drogues fortes ? Il disposerait, selon moi, de cinq moyens :

*Premièrement, il pourrait continger l'importation, la fabrication et la mise en marché des médicaments dont l'abus a créé un climat qui favorise l'usage des psychotropes en général.*

*Deuxièmement, il pourrait contrôler l'importation, la fabrication et la distribution des stupéfiants opiacés et des hallucinogènes forts, et prendre des précautions contre le détournement des médicaments fabriqués licitement vers le marché clandestin.*

Je reviendrai sur ces deux points.

*Troisièmement, il pourrait confisquer les stupéfiants et hallucinogènes forts trouvés en la possession de personnes arrêtées pour des motifs autres que la possession de drogue, ainsi que les fortes quantités de médicaments dont la possession ne peut être motivée (par une ordonnance, par exemple). Cela ne comporterait ni perquisition, ni fouille, ni arrestation sans mandat, ni poursuites contre des usagers. Néanmoins, tout comme un automobiliste peut être appelé, pour divers motifs, à produire l'immatriculation de son véhicule et son permis de conduire, et même être tenu de démontrer qu'il est en état de conduire, les personnes trouvées en possession de fortes quantités de substances nocives devraient être tenues de produire une ordonnance médicale ou une autre preuve d'un besoin reconnu et licite. La possession de ces substances sans autorisation, c'est-à-dire le fait qu'elles n'auraient pu être obtenues qu'illicitement, justifierait leur confiscation.*

*Quatrièmement, il pourrait avoir recours à l'information et à l'enseignement, qui sont les meilleurs moyens d'inculquer de bonnes habitudes et de saines attitudes. Des campagnes de publicité bien conçues, réalistes*

et convaincantes aideraient les citoyens à porter un jugement éclairé et intelligent sur l'usage des drogues. Au Canada et aux États-Unis, les usagers eux-mêmes ont réussi, en diffusant des slogans, à détourner bien des gens de l'usage des amphétamines par voie intraveineuse. En Suède, les dangers de ces substances ont fait l'objet d'une publicité fort efficace, au moyen de panneaux le long des routes. L'abus des barbituriques et des tranquillisants pourrait faire l'objet des mêmes mesures, de même que les souffrances de l'assuétude et l'avenir sombre qui attend l'héroïnomane

Cinquièmement, il pourrait *régir et contrôler la vente des stupéfiants*. Comme les stupéfiants opiacés produisent souvent la dépendance, on ne peut continuer de les interdire aussi rigoureusement qu'on l'a fait jusqu'ici. *Il faudrait établir des dispensaires provinciaux ou régionaux où l'on administrerait de l'opium, de l'héroïne, du démérol, de la méthadone et d'autres dérivés synthétiques à des acheteurs autorisés, à un prix modique*. Un toxicomane qui consentirait à faire analyser et reconnaître son état de dépendance et à se soumettre au contrôle (analyse d'urine ou dépistage de piqûres sur l'épiderme) serait autorisé à recevoir la drogue à laquelle il serait asservi, ou une autre, peut-être moins nocive. S'il avait de bonnes chances de se libérer de la dépendance, le personnel du dispensaire tenterait de le convaincre de le faire en lui proposant un sevrage graduel par réduction calculée de la dose ou par l'utilisation d'un succédané qu'il tenterait ensuite d'abandonner peu à peu, ou encore au moyen d'une thérapeutique individuelle ou collective. On pourrait également lui proposer d'échanger sa drogue préférée contre une autre, pourvu que la substitution soit profitable à la société et à l'usager. Toutefois, le dispensaire ne devrait disposer d'aucun pouvoir de coercition.

Le sujet serait tenu de prendre sa drogue au dispensaire pendant trois ou quatre mois au moins pour empêcher le trafic, mais on ne l'y obligerait pas à la prendre par voie orale plutôt qu'intraveineuse, car s'il s'en sentait incapable, il pourrait être tenté de retourner au marché clandestin.

Le personnel du dispensaire devrait être composé de psychiatres et d'autres membres de la profession médicale et, en outre, de jeunes, d'anciens toxicomanes, de psychologues et d'assistants sociaux qui feraient des recherches sur l'évolution de la dépendance chez le sujet. Ces recherches permettraient aux psychiatres, aux psychologues et aux ex-toxicomanes du personnel de proposer une cure qui aurait des chances d'atteindre la racine de la dépendance.

En proposant de dispenser la drogue à un prix modique, je ne vise pas à la rendre plus facile à obtenir, mais plutôt à abolir la discrimination à

l'égard des personnes défavorisées et à réduire l'attrait du marché illicite. On peut invoquer quatre arguments principaux pour contrôler l'offre de tous les opiacés :

- a) *l'interaction de deux facteurs : la propriété d'engendrer la dépendance caractéristique de ces drogues, qui pousse la victime à les rechercher à tout prix, et l'absence d'approvisionnements licites, qui explique de nombreux délits et la conduite antisociale des usagers. De plus, la mauvaise santé de nombreux héroïnomanes tient plus souvent à la vie déréglée qu'ils doivent mener pour satisfaire leur habitude qu'à la drogue elle-même.*

*Le nombre des délits qu'on commet pour se procurer de la drogue diminuerait considérablement s'il existait une source licite d'approvisionnement. Je ne crois pas que tous les toxicomanes accepteraient de se plier aux conditions des dispensaires pour obtenir leur drogue, mais selon les observateurs sérieux, plus de 60 p. 100 accepteraient ce régime et en respecteraient les contraintes.*

- b) *Les marchés illicites perdraient les deux tiers de leur clientèle avec les conséquences salutaires qu'on imagine.*
- c) *Les qualités quasi mystiques et les vertus exagérées que les usagers prêtent aux opiacés prendraient des couleurs plus réalistes dans un régime de distribution licite et contrôlée, et ces drogues perdraient une bonne part de l'exotisme qui en fait l'attrait.*
- d) *S'il est vrai, comme le prétendent certains observateurs, que celui qui prend de l'héroïne fait souvent du prosélytisme auprès de ses amis pour des motifs psychologiques et financiers (leur vendre de la drogue pour pouvoir s'en payer, notamment), le risque de cette «contagion» diminuerait beaucoup, s'il existait des approvisionnements licites.*

*Ces dispensaires devraient faire l'objet d'une surveillance et d'une appréciation constantes pendant leurs trois premières années d'exploitation au moins. À cette fin, une commission ou un bureau spécial devrait être chargé d'étudier notamment :*

- a) *le nombre et les particularités de ceux qui se donnent pour toxicomanes ;*
- b) *les frais d'exploitation de ces dispensaires comparativement aux frais de surveillance, d'arrestation, de poursuite et d'emprisonnement des toxicomanes dans un régime où ils doivent mener une existence anormale et délinquante ;*
- c) *les fluctuations annuelles parmi les clients du dispensaire ;*
- d) *la fréquence et la constance des relations avec le marché illicite chez les habitués du dispensaire.*

## MESURES POUR COMBATTRE L'IMPORTATION, LA FABRICATION ET LA VENTE ILLICITES DES DROGUES FORTES

### MIEUX UTILISER LES RESSOURCES POLICIÈRES

*L'État fait preuve de cynisme ou pour le moins d'incompétence en affectant des agents de police au dépistage et à l'arrestation d'usagers du cannabis, et même de stupéfiants et d'hallucinogènes puissants, alors que de fortes quantités de haschich, de marijuana, d'amphétamines, d'hallucinogènes et d'héroïne entrent au pays en contrebande chaque jour, et que de fortes quantités d'amphétamines fabriquées licitement sont volées ou détournées vers le marché illicite. On a peine à comprendre que la police persiste à croire utile de concentrer ses efforts sur l'arrestation d'héroïnomanes qu'elle connaît et qui ne causent pas nécessairement de tort grave, pendant que d'importants vols de médicaments et l'importation illicite des opiacés se poursuivent presque impunément. La façon dont les effectifs et les ressources de la police sont présentement utilisés laissent croire que l'État n'a pas de véritable politique de contrôle de l'importation, de la fabrication et du trafic de la drogue.*

*Le temps et l'argent affectés à la surveillance policière et à l'arrestation des usagers seraient beaucoup plus profitables s'ils servaient aux fins ci-après :*

- 1) constitution de formations policières plus nombreuses que les escouades des stupéfiants actuelles, composées d'agents plus spécialisés, possédant une connaissance sûre et à jour du marché illicite et du réseau de distribution de la drogue (voir Annexe B, Sources et distribution licites et illicites de la drogue) ;*
- 2) surveillance de la fabrication des produits pharmaceutiques, notamment l'analyse des surplus prévisibles de production et de leur écoulement ;*
- 3) dépistage des laboratoires clandestins.*

Les saisies isolées, spectaculaires (mais trop peu fréquentes) de vastes quantités d'héroïne et de cannabis\* ne sauraient faire oublier deux faits : *il n'y a pas de pénurie de ces substances au Canada et de l'aveu même de l'Interpol, la répression du trafic des stupéfiants n'en atteint que le dixième.*

Les importations et les laboratoires clandestins semblent suffire à la demande d'hallucinogènes.

Quant aux amphétamines utilisées à des fins non médicales, on peut voir à l'Appendice B qu'une forte part vient de fabricants canadiens et américains autorisés. *C'est dire que des maisons reconnues fabriquent sciemment d'importants surplus de stimulants.*

\* Pour 1972, le B.D.D. fait état de 2 condamnations pour importation d'héroïne et de 33 pour importation de cannabis; la même année, les tribunaux ont reconnu 11 431 personnes coupables de simple possession des diverses drogues interdites en vertu de la Loi sur les stupéfiants.

*Nous avons vu qu'aux États-Unis les responsables de l'application des lois ont été non seulement incapables de mettre fin à l'importation, à la fabrication et au trafic illicites des drogues mais que certains de leurs représentants ont pris part à cette activité et y ont réalisé d'énormes profits. Il y aurait lieu d'examiner de près si une situation semblable n'existe pas au Canada.*

#### **SANCTIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR IMPORTATION, FABRICATION ET DISTRIBUTION ILLICITES**

Les amendes et peines pour fraude fiscale devraient s'appliquer de droit aux personnes trouvées coupables d'importation, de fabrication ou de distribution illicites de drogues, et les sanctions frappant cette activité devraient être révisées en fonction de ce qui suit :

- 1) nocivité effective des diverses drogues ;
- 2) quantité de drogue illicitement importée, fabriquée ou distribuée ;
- 3) dans le cas des trafiquants, la jeunesse et la vulnérabilité des victimes.

La fabrication illicite d'amphétamines ou l'expédition d'amphétamines fabriquées licitement à des clients fictifs ou d'identité douteuse devraient être punissables de deux à cinq ans d'emprisonnement et de fortes amendes. Les fabricants qui ne peuvent expliquer le vol ou la disparition de leurs stocks devraient être passibles des mêmes peines que les importateurs non autorisés.

#### **LES DANGERS DE L'ABUS DES PSYCHOTROPES**

La diffusion de la drogue au Canada est dans une large mesure attribuable au relâchement que l'on y constate partout à l'égard des psychotropes en général.

1. La facilité avec laquelle les médecins, stimulés par l'industrie pharmaceutique et sa publicité, émettent des ordonnances, a favorisé l'habitude des médicaments.
2. Brasseries et distilleries se sont efforcées de faire croire aux gens que l'alcool soulage bien des maux.
3. Les fabricants de tabac ont rivalisé de publicité en vue de nous faire fumer pour le même motif.
4. Les gouvernements fédéral et provinciaux, soit directement par leur politique ou leur législation, soit par les décisions de leurs hauts fonctionnaires, ont parfois favorisé la création d'un climat où l'usage des drogues, des médicaments et des psychotropes de tous genres est devenu

*courant; ce qui pis est, ils autorisent couramment les responsables des pénitenciers, les gardiens de prison, les autorités médicales et administratives des hôpitaux, des services d'hygiène mentale et des foyers pour personnes âgées à faire usage de tranquillisants, de barbituriques et de sédatifs sous toutes formes : gaz, liquides, comprimés, capsules et injections, quotidiennement et avec excès, à un point inadmissible tant en médecine qu'en morale. Certains établissements ne se sentent même plus tenus de justifier le recours à des drogues multiples pour maîtriser, calmer ou endormir leurs sujets.*

5. L'État et la profession médicale semblent plus préoccupés par le contrôle des psychotropes que par le danger qu'ils représentent pour la santé et le bien-être des gens. L'offre et l'usage sont censés être contrôlés par les ordonnances, mais la pratique en ce domaine est pour le moins mal fondée ; ainsi, les jeunes et les pauvres se voient refuser des médicaments que les adultes à l'aise peuvent se faire prescrire à leur guise et prendre sans besoin ni précautions ni mesure, tandis qu'eux en sont privés et succombent à la tentation de les imiter lorsque l'occasion s'en présente.

## RECOMMANDATIONS

1. Après trois ans et demi d'étude, d'enquête et de réflexion, ma première recommandation est que l'on crée le plus tôt possible une Commission permanente de surveillance de l'usage des médicaments et drogues à des fins médicales, sous l'autorité du gouverneur général en conseil, et qu'on lui confie l'étude et l'amélioration des pratiques courantes chez les médecins en matière d'ordonnance. Il est aussi urgent que cette commission fasse enquête sur l'usage des médicaments dans les prisons, pénitenciers, hôpitaux psychiatriques et établissements pour personnes âgées, enfants atteints de troubles caractériels ou d'hyperactivité. Enfin, elle devrait exercer une surveillance étroite et constante sur l'importation et la fabrication des médicaments, notamment des amphétamines, des barbituriques et des tranquillisants.
2. a) La simple possession des stupéfiants opiacés et des hallucinogènes puissants ne devrait plus être un délit en vertu du droit pénal canadien.  
b) La possession ou l'usage de quelque médicament ou drogue que ce soit ne devrait plus être un délit ni être punissable de sanctions pénales.  
c) Les stupéfiants opiacés devraient être classés selon la loi parmi les « drogues contrôlées ».  
d) La police devrait être autorisée à confisquer les stupéfiants opiacés et hallucinogènes puissants qu'elle découvre au cours d'une enquête relative à un délit sauf sur production d'une ordonnance ou autre pièce justificative de la possession.

3. Il faudrait établir au Canada des dispensaires provinciaux ou régionaux, chargés de déterminer de façon clinique et scientifique le véritable état de dépendance de toute personne qui consentirait à se soumettre aux examens nécessaires.
4. Après avoir établi l'état de dépendance chez une personne, ces dispensaires devraient être chargés de leur fournir les substances dont elles ont besoin, à prix modique.
5. Les ministres fédéral et provinciaux de la Santé devraient créer des commissions ou bureaux chargés de surveiller étroitement le fonctionnement de ces dispensaires et d'en faire une appréciation continue pendant les trois premières années au moins.
6. Tous les pouvoirs publics, avec la collaboration de la profession médicale, des collègues des pharmaciens et des associations de parents et instituteurs, devraient sérieusement tenter de créer au pays un climat de modération, de retenue et de maîtrise de soi dans l'usage des médicaments, du tabac, de l'alcool et des autres drogues.

Les industries des produits pharmaceutiques et du tabac, les brasseries et les distilleries qui ont contribué à l'usage général actuel des produits pharmaceutiques et des psychotropes, devraient à l'avenir renseigner le public à fond en insistant en particulier sur l'importance de la modération dans l'usage de ces substances nocives.

*Une bonne campagne d'information doit remplir trois conditions : les renseignements donnés doivent être exacts ; l'autorité de ses auteurs doit être indiscutable ; les renseignements destinés aux toxicomanes doivent être formulés dans le langage du milieu et refléter une compréhension véritable exempte de tout paternalisme.*

## Conclusions et recommandations supplémentaires

par

*Ian L. Campbell*

### INTRODUCTION

La principale divergence d'opinions entre mes collègues et moi se rattache à l'attitude qu'il convient d'adopter à l'égard des usagers des stupéfiants opiacés.

Avant d'arrêter mes recommandations, j'ai longuement passé en revue les problèmes que posent la production et le trafic illicites des opiacés et la mauvaise influence du toxicomane sur les non-usagers. Les Appendices B, C et D traitent ces questions. En y revenant, je ne veux pas donner à entendre que mes collègues sont plus optimistes que moi quant à la possibilité d'éliminer la production et le trafic des stupéfiants opiacés, ni qu'ils se soucient moins du danger que représente le toxicomane pour la société. Nous sommes pleinement d'accord là-dessus, j'en suis persuadé. Je résume la situation simplement pour établir le contexte de mes recommandations et dégager les faits qui m'y ont amené.

### CADRE SOCIAL

#### LA DIFFUSION RAPIDE DES STUPÉFIANTS OPIACÉS

Les lacunes de nos statistiques n'empêchent pas de constater que les stupéfiants opiacés, en particulier l'héroïne et la méthadone, se sont répandus à un rythme alarmant ces dernières années. Le nombre des usagers a augmenté et l'augmentation semble se poursuivre à un rythme rapide. Le nombre des toxicomanes recensés par la Division des stupéfiants a accusé des augmentations de 123 en 1968, 275 en 1969, 918 en 1970, 1 728 en 1971 et de 2 460 en 1972. Sans doute le nombre des nouveaux adeptes était-il chaque année beaucoup plus considérable. Les données recueillies tant aux États-Unis qu'au Canada ne nous autorisent pas à croire que le phénomène a atteint son paroxysme. Au contraire, des groupes nombreux au Canada sont très exposés à faire usage d'opiacés.

Il est manifeste que l'héroïnomanie se propage par vagues. À Chicago, par exemple, on a enregistré une forte augmentation au lendemain de la

Deuxième Guerre mondiale. L'épidémie a atteint son paroxysme en 1949. Le nombre des nouveaux adeptes a diminué dans les années 50 et il s'est remis à augmenter à la fin des années 60. Le même phénomène a été observé dans d'autres villes. J'en parle ici pour éviter qu'une baisse momentanée du chiffre des nouveaux usagers ne soit interprétée comme un signe que le problème est en voie de se résorber.

Il convient également de noter que les statistiques nationales ou même provinciales peuvent être trompeuses. Une augmentation de 500 usagers en Colombie-Britannique, par exemple, peut aussi bien être concentrée dans un quartier de Vancouver que dispersée dans 15 villes que la drogue n'aurait pas encore touchées et où elle risquerait fort de s'introduire définitivement. La seconde hypothèse serait peut-être pire que la première parce que la présence du phénomène à l'état endémique constitue un foyer de contagion rapide et que les villes environnantes risqueraient d'être contaminées.

#### LES CAUSES PRINCIPALES DE LA DIFFUSION DES OPIACÉS

Il est évident que nous ne discernons pas très bien les causes de la toxicomanie opiacée, que les causes perçues dans une région n'existent pas forcément dans une autre et changent avec le temps. Toute généralisation en matière de toxicomanie pose la même difficulté. Le détail d'une évolution toxicomaniaque ne vaut que pour le lieu et le moment qu'il concerne.

Deux des conditions de la diffusion des opiacés, toutefois, prêtent nettement à généralisation. La drogue ne se répandra que si on peut s'en procurer et s'il se trouve des adeptes pour la propager. Une troisième généralisation est à peine moins certaine : le nouvel adepte est plus enclin que le toxicomane de vieille date à faire des prosélytes.

#### *L'offre de stupéfiants opiacés*

L'aptitude du gouvernement canadien à réprimer les importations de stupéfiants opiacés est fortement liée à celle du gouvernement américain à réprimer l'entrée des drogues en Amérique du Nord et à persuader les autres gouvernements d'empêcher la culture du pavot d'opium, la fabrication des dérivés naturels et synthétiques de l'opium et le mouvement de ces drogues en deçà et au delà de leurs frontières. C'est dans l'ordre des choses.

Les Américains ont remporté certains succès. Ils ont persuadé la Turquie de réduire sa production d'opium. En partie à cause de leur insistance, le gouvernement français a pris des mesures sévères contre la fabrication d'héroïne. Les États-Unis semblent s'être ménagé la collaboration de certains gouvernements d'Amérique du Sud pour éviter que la drogue ne passe par leur territoire et pour dissoudre certains réseaux de trafiquants.

Même l'abolition de la culture du pavot en Turquie, cependant, n'entraînerait pas une pénurie d'opium brut. L'opium en provenance de Turquie ces dernières années était en partie cultivé ailleurs. Il existe ailleurs des millions d'acres de terre propice à la culture du pavot. Ces terres sont en bonne partie

situées dans des pays qui échappent à l'influence américaine et quelquefois même à l'autorité de l'État. On pourrait intensifier la culture du pavot dans certaines parties du monde, comme dans le Sud-Est asiatique, et l'introduire dans d'autres, en Amérique du Sud par exemple. J'en déduis donc qu'au cours des prochaines années les efforts des États-Unis pour restreindre la culture du pavot ne feront guère que désorganiser la production d'opium brut.

Les opérations récentes de la police française contre les fabricants d'héroïne ont freiné le mouvement de la drogue d'Europe vers l'Amérique du Nord. Mais, d'après ce que nous savons, nous aurions tort de penser qu'elles constituent autre chose qu'une entrave temporaire à la production. On n'a pas de mal à imaginer des pays où les entreprises de fabrication pourraient se transporter en Europe comme en Afrique du Nord. Nombre d'États européens n'ont pas de dispositif efficace pour lutter contre la drogue et il en est, soupçonne-t-on, qui ne sont pas sensibles à la cause des Américains ni à leurs pressions. Il convient en outre de signaler que le résultat des efforts de la France a été atténué par une augmentation des importations d'héroïne d'autres sources, notamment du Sud-Est asiatique. En d'autres termes, les stocks d'héroïne dans le monde semblent plus que suffisants pour parer même à un grand coup porté à la production. Je prévois que la perte de la production française sera vite compensée ailleurs en Europe ou en Afrique du Nord.

La suppression du pavot n'arrêterait pas encore le ravitaillement en Amérique du Nord puisque des succédanés de l'opium et de ses dérivés sont ou peuvent être mis sur le marché. Des drogues comme la méthadone et la péthidine (Demerol) sont entièrement synthétiques. Les procédés de fabrication se trouvent dans les revues de chimie et de pharmacologie. Les substances qui y entrent sont faciles à trouver et exemptes de contrôles nationaux ou internationaux rigoureux. Des chimistes doivent naturellement veiller à la production, mais il y a lieu de croire que l'industrie des stupéfiants, qui est milliardaire, n'aurait pas de peine à se ménager leur concours.

Hélas ! on peut tirer des stupéfiants naturels ou de demi-synthèse d'autres pavots que le pavot d'opium (*papaver somniferum*). La thébaïne que contient le pavot d'opium se trouve dans une variété d'autres pavots qui ne renferment pas d'opium. Comme on l'a noté ailleurs dans ce rapport, certains dérivés de la thébaïne produisent des effets morphiniques et sont plus de 1 000 fois plus actifs que la morphine ou l'héroïne. Quelques-uns sont fabriqués pour le commerce. Avec le temps, il est fatal que surviennent des fuites. Mais le plus inquiétant est qu'on puisse exploiter d'autres sources de stupéfiants que le pavot d'opium.

Pour toutes ces raisons et d'autres encore, je ne crois pas qu'on puisse escompter à long terme une baisse des approvisionnements internationaux d'héroïne ou de drogues semblables. On pourrait soutenir, au contraire, qu'il faut prévoir une hausse de la production ou des capacités de production.

Le trafic international de l'héroïne s'est développé rapidement. Les routes, les réseaux et les techniques de contrebande ont proliféré si bien que l'effet des arrestations s'en trouve diminué. Les profits sont certes assez élevés

pour qu'il n'y ait pas de problèmes de recrutement. Le système n'est pas monolithique, mais il possède assez de force et de souplesse pour se remettre rapidement des coups qu'on lui porte, comme il l'a montré. Rien ne nous autorise à croire que cela va changer. Les autorités chargées du contrôle international des stupéfiants reconnaissent qu'on ne peut intercepter qu'une très faible proportion des stupéfiants en transit.

À regret, je dois conclure que nos plus grands efforts pour réprimer la production et le trafic international des stupéfiants opiacés ne peuvent entraîner que des tracasseries coûteuses pour le marché clandestin. Je n'en déduis pas qu'il faut relâcher nos efforts, mais simplement qu'il serait naïf de compter réduire à long terme les approvisionnements de stupéfiants illicites en Amérique du Nord.

Sur le plan national, nous avons encore plus de raisons de douter de notre capacité de lutter contre le commerce des stupéfiants opiacés. Le système de distribution de l'héroïne et des autres drogues s'est développé considérablement et nous avons déjà la preuve que des trafiquants offrent maintenant de l'héroïne. De même, aux États-Unis, il semble que le nombre des trafiquants d'héroïne a augmenté. Le marché clandestin est organisé aussi dans un bien plus grand nombre de centres que jamais auparavant et peut ravitailler en héroïne à peu près n'importe quelle ville ou village du Canada.

Il semblerait que l'une des deux conditions à la diffusion des opiacés est présente et appelée à durer, qu'elle menace de contaminer toutes les régions du Canada.

Pour qu'il y ait augmentation notable de l'usage des opiacés, il faut d'ordinaire que s'ajoute à l'offre de stupéfiants le concours d'usagers. Il est toutefois des exceptions. Les principales sont le fait de trafiquants qui poussent la vente de la drogue en faisant de la propagande auprès des non-usagers ou de non-usagers que l'héroïne attire et qui sont curieux d'en faire l'essai. Dans l'ensemble, le revendeur aurait joué un rôle moins important qu'on ne croit, étant gêné par le risque de se faire repérer et arrêter s'il aborde quelqu'un d'autre qu'un usager connu. Le risque est moindre parmi les usagers connus de drogues illicites et il est arrivé que des trafiquants introduisent l'usage de l'héroïne dans ces milieux. En outre, une curiosité croissante pour l'héroïne, notamment chez certains groupes d'adolescents polytoxicomanes, contribue à créer une demande. Il suffit donc d'approvisionnements constants d'héroïne dans un nombre de plus en plus grand de centres pour entraîner une augmentation de la consommation. Il est évidemment difficile de prévoir l'étendue de l'augmentation.

### *La présence d'usagers*

Selon nos informations, la plupart des usagers de l'héroïne ont commencé à en prendre après avoir rencontré d'autres usagers. Que nous appelions le phénomène infection, contagion ou influence malsaine, peu importe dans les circonstances. Le fait est que la présence d'usagers exerce un effet d'entraînement.

Le rôle des usagers dans la diffusion des stupéfiants est traité aux Appendices C et D. On y voit que l'initiation intervient presque infailliblement à la faveur d'une réunion d'amis. Le sujet s'y trouve souvent par hasard, mais il faut d'ordinaire qu'il soit curieux de la drogue et qu'il ait envie d'en tâter. Souvent, semble-t-il, le débutant éprouve de l'admiration pour l'usager ou son mode de vie. Il arrive parfois que les usagers, en particulier les nouveaux, fassent peser la pression du groupe pour inciter les non-usagers à tâter de la drogue.

Il semble qu'en général l'usage de l'héroïne est provoqué dans une collectivité ou un quartier par le retour d'une ou de deux personnes initiées ailleurs. Elles éveillent l'intérêt pour la drogue et y amènent quelques amis qui en initient d'autres ou, tout au moins, contribuent par leur exemple, et souvent en rendant la drogue plus accessible, à soutenir l'intérêt. L'usage, qui paraît d'abord se propager lentement, peut se répandre comme une traînée de poudre avec la multiplication des usagers. Les modalités d'initiation à l'héroïne illustrées par la figure 1 ci-dessous ont été établies à partir d'études effectuées d'abord au Royaume-Uni puis reprises aux États-Unis.

Des témoignages abondants confirment l'hypothèse de la contagion. La preuve est même assez nette pour nous permettre d'affirmer que, de façon générale, la montée des opiacés dépend de la présence d'usagers.

Il est clair, d'autre part, que de tous les usagers l'initié de fraîche date est l'agent de contagion le plus fréquent. Le sujet qui n'a pas encore contracté l'habitude de l'héroïne ou qui ne reconnaît pas sa dépendance paraît plus enclin à en recommander l'usage, se donnant comme preuve vivante que la drogue est inoffensive si elle est consommée « judicieusement ». Encore une fois, les recherches en témoignent abondamment. À la suite d'une enquête effectuée à Chicago, par exemple, Hughes et Crawford ont écrit ce qui suit :

... c'est dans ses premières phases que le phénomène est le plus contagieux, c'est-à-dire lorsqu'il est propagé par les nouveaux initiés et les nouveaux habitués. Il importe donc de repérer tôt toute nouvelle manifestation du phénomène.

#### ACCROISSEMENT DES EFFECTIFS EXPOSÉS À L'USAGE DES OPIACÉS

La brusque diffusion de l'usage des opiacés fournit déjà un indice de la multiplication des gens qui y sont exposés. Il n'y a pas lieu de penser que l'usage des opiacés ne continuera pas de se répandre au Canada quelque temps encore. L'héroïnomanie est en voie de plafonner aux États-Unis, mais elle touche là-bas une proportion de la population beaucoup plus forte. Il est vrai qu'aux États-Unis l'héroïnomanie affecte en bonne partie la population des ghettos et que cette population n'existe pas en aussi grande proportion au Canada, mais même hors des ghettos le phénomène est beaucoup plus répandu là-bas que chez nous. Avec le temps, le taux de consommation au Canada tend à se rapprocher de celui des États-Unis. Il ne serait donc pas prudent d'escompter le plafonnement de l'héroïnomanie au Canada.



Certains groupes semblent particulièrement exposés à l'usage des opiacés. Les amphétaminomanes qui s'administrent la drogue par voie intraveineuse sont probablement les plus vulnérables. Comme on l'a fait observer ailleurs dans ce rapport, ils sont à peine moins nombreux qu'à l'été 1970, même s'ils sont aujourd'hui plus éparpillés et plus discrets. Le groupe se renouvelle environ tous les deux-ans puisque la plupart ne peuvent pas résister plus longtemps. Beaucoup, semble-t-il, passent à l'héroïne.

On nous a souvent signalé la curiosité pour l'héroïne chez les jeunes polytoxicomanes. Même si leur nombre tend à diminuer, il reste important et de nouvelles recrues comblent sans cesse les rangs. L'épidémiologie de la drogue est trop rudimentaire pour qu'il nous soit possible d'affirmer qu'une pratique ne resurgira pas ou se maintiendra plus ou moins dans ses limites actuelles. Les jeunes polytoxicomanes, par leur naïveté et leur insouciance à l'égard des méfaits de la drogue, sont fort exposés à l'usage de l'héroïne.

Depuis deux ans, on nous informe que l'héroïne a gagné des groupes qui n'avaient pas la réputation de faire usage de drogues. Le phénomène a été observé en particulier chez les enfants des immigrants italiens de Toronto. Cette population était déjà portée à la délinquance et à d'autres formes de dépravation. On ne saurait envisager calmement que l'usage des opiacés s'y propage d'autant qu'elle est chez nous de plus en plus nombreuse.

En résumé, au Canada certains groupes sont particulièrement exposés à l'usage de l'héroïne.

#### LA NATURE DES STUPÉFIANTS OPIACÉS

Les effets physiques et psychiques des stupéfiants opiacés et les risques et conséquences qu'entraîne leur usage sont exposés à l'Appendice A. Il suffira ici de noter, parmi les propriétés de ces substances, celles qui m'amènent à croire que la loi devrait traiter plus sévèrement l'usage des opiacés que celui des autres drogues.

On a souvent tenté de classer les drogues en fonction de leur nocivité. Si on ne tenait compte que d'un critère, on n'aurait sans doute pas de mal à établir tel classement. Si nous considérons la drogue, par exemple, du point de vue de ses effets physiques permanents et directs, il faudrait ranger l'alcool et le tabac parmi les substances les plus nocives, l'héroïne et les autres opiacés parmi les plus bénignes. Si nous tenions compte de l'altération physique permanente, mais indirecte, les opiacés compteraient avec l'alcool parmi les substances les plus nocives. Si les effets physiques directs et indirects, mais provisoires, nous servaient de critère, les amphétamines occuperaient probablement la première place parmi les substances nocives, suivies de loin par les opiacés et l'alcool, puis par le tabac. Si nous envisageons la drogue en tant qu'instrument de suicide, les barbituriques apparaissent probablement comme les plus dangereuses de toutes les substances,

les opiacés et l'alcool comme relativement sûrs. Si le risque d'accident mortel ou de dépendance à peu près incurable, même à bref délai, tient lieu de critère, les opiacés sont au nombre des substances les plus malignes, sinon les pires. Si nous pensons à la propriété d'engendrer des actes ou des comportements sociaux indésirables, tels le vol ou la prostitution, les opiacés viendraient en tête en Amérique du Nord. Les amphétamines et l'alcool, d'autre part, sont beaucoup plus de nature à entraîner la violence. Si nous considérons la possibilité d'une modification du caractère et de la personnalité, ainsi que ses répercussions chez l'utilisateur et ses proches, les opiacés compteraient encore une fois parmi les substances les plus néfastes. Bref, je doute qu'il soit possible d'établir une classification judicieuse. Il est peut-être plus utile de signaler les dangers de chaque drogue ou famille de drogues.

En élaborant mes recommandations relatives aux stupéfiants opiacés, j'ai tenu compte des faits suivants.

Les opiacés engendrent la dépendance plus rapidement et plus insidieusement que toute autre substance, d'une manière générale. Une fois contractée, l'habitude peut être contenue, mais elle est à peu près indéracifiable, du moins à l'heure actuelle.

Il n'est que trop vrai que l'usage intermittent ou les essais occasionnels n'entraînent pas forcément la dépendance. De rares sujets ont consommé des opiacés pendant des années sans contracter la dépendance. La plupart des toxicomanes pensaient pouvoir y échapper lorsqu'ils ont commencé à prendre des opiacés. À peu près tous croyaient dominer la drogue alors qu'elle les dominait déjà. Bien que nos renseignements ne nous permettent pas d'établir la proportion des personnes qui, ayant usé d'une façon illicite des opiacés, en ont éventuellement contracté l'habitude, nous savons que cette proportion est élevée. Quiconque en prend à plaisir risque fort de contracter la dépendance.

Les habitués des opiacés sont plus exposés à l'asservissement que les autres toxicomanes. Leur liberté est surtout infirmée par l'impératif du ravitaillement qui les force à passer la plus grande partie de leur temps en quête d'argent (le plus souvent, par des voies illicites). Ainsi, l'éventail de leurs options, aussi bien sur les plans professionnel, intellectuel et social que géographique, est-il singulièrement limité. Cette perte d'autonomie en fait certes des êtres diminués.

Quel que soit le milieu social, presque toujours le toxicomane contractera des habitudes délictueuses ou aggravera celles d'avant sa toxicomanie. Comme la plupart des sujets étaient délinquants avant de contracter l'habitude des opiacés, on a tort d'affirmer que chez eux la délinquance est entièrement attribuable à la toxicomanie et doit être portée au compte de la drogue. Il ne fait cependant pas de doute que leurs habitudes de pillage sont renforcées par la toxicomanie. Les peines qu'ils encourent pour leurs délits entraînent encore une perte de liberté.

La délinquance, qui consiste d'ordinaire en trafic de drogue, cambriolage, vol à l'étalage, vol à la tire et, chez les femmes, en prostitution, est une lourde charge pour la société. Si on considère enfin qu'environ la moitié des revenus illicites des toxicomanes provient du trafic des stupéfiants, on voit dans quelle mesure ils peuvent contribuer à répandre l'usage des opiacés.

S'il est vrai que l'ensemble des crimes attribuables à l'alcool coûte plus cher à la société que les crimes occasionnés par les opiacés, il n'est pas moins vrai que l'adepte des opiacés est bien plus exposé à dépendre de la délinquance pour subsister que n'importe quel autre toxicomane, y compris l'alcoolique.

La toxicomanie opiacée s'accompagne presque toujours d'un mode de vie qui engage d'autres coûts. La plupart des sujets souffrent de malnutrition et sont particulièrement sensibles aux maladies causées par la carence alimentaire et le manque d'hygiène. Cette fragilité découle surtout de leur mode de vie, mais aussi des effets psychiques de la drogue.

Je me préoccupe aussi des répercussions du mode de vie des toxicomanes sur leurs parents et leurs amis. J'ai peine à concevoir de choc plus terrible que celui des parents apprenant que leur fils a contracté l'habitude des opiacés. J'incline à croire qu'inconsciemment notre terreur des opiacés nous est largement inspirée par le fait que ces substances transforment irrémédiablement et profondément quiconque en devient esclave : non seulement le mode de vie, mais aussi la personnalité et la mentalité du toxicomane changent ; ses intimes ne prévoient plus ses réactions, les espoirs qu'ils fondaient sur lui s'effondrent et son avenir apparaît, pour le moins, fort sombre.

Certaines conséquences détestables de la toxicomanie seraient sans doute évitées si l'usager pouvait se procurer la drogue à bon marché et sans trop de restrictions. Mais comme il en résulterait assurément une diffusion considérable de la consommation, les inconvénients dépasseraient nettement les avantages.

Les opiacés occasionnent plus souvent que les autres drogues des accidents mortels. C'est à tort qu'on attribue à de simples surdoses la plupart des décès causés par l'héroïne, mais il n'en reste pas moins vrai qu'un grand nombre d'héroïnomanes meurent subitement en se donnant une injection.

## OBJECTIFS

### PRIORITÉS SOCIALES

À mon avis, la lutte contre les opiacés doit tendre, dans l'ordre, vers les buts suivants :

- 1) la prévention de la toxicomanie ;
- 2) la protection de la société contre le toxicomane ;
- 3) le retour du toxicomane à une vie meilleure et à une fonction utile dans la société.

Comme les opiacés se propagent en général par l'entreprise des usagers, la première et peut-être la plus importante des mesures préventives à prendre dans un pays comme le Canada est d'isoler les usagers ou, en tout cas, de restreindre leur influence.

À moins de les mettre tous en quarantaine, on ne saurait évidemment faire en sorte qu'ils soient inoffensifs. Mais si nous pouvions les repérer et faire cesser ou diriger chez eux la consommation de drogue de manière qu'ils n'aient plus valeur d'exemple, n'assurent plus l'approvisionnement, ni ne témoignent en faveur de l'innocuité des opiacés; nous réduirions le danger qu'ils présentent.

Ces buts ne seront atteints que s'il devient extrêmement difficile pour l'usager d'échapper d'abord à l'attention, puis à la surveillance des autorités.

Je crois que nous pouvons y arriver sans instituer de régime policier, et d'une manière qui protège l'innocent et favorise à long terme les intérêts du toxicomane.

À moins qu'elles ne soient bientôt mises en œuvre cependant, je doute que ces mesures soient suffisantes. Les usagers d'héroïne et de méthadone sont encore assez peu nombreux et assez groupés pour qu'il soit possible de les surveiller efficacement, fût-ce à grand prix. Mais si leur effectif continue d'augmenter au rythme actuel, voire plus lentement, si le fléau atteint les mêmes dimensions qu'aux États-Unis ou si les usagers se dispersent, nos chances de succès seront beaucoup moindres et nos frais bien supérieurs.

#### LES LOIS ACTUELLES

Les lois actuelles touchant le délit de possession ne me semblent pas permettre de dépister promptement l'usage des opiacés ni d'exercer un contrôle suffisant sur les usagers et les toxicomanes. L'obligation pour la police de démontrer la possession de stupéfiants l'empêche presque de traduire en justice les usagers. Comme on l'a dit ailleurs dans ce rapport, beaucoup d'usagers ne gardent la drogue en leur possession que très peu de temps, souvent à peine quelques instants dans le cours de la journée. À moins de les prendre sur le fait, la police ne peut rien contre eux. En outre, quand l'usager a la drogue en sa possession, très souvent il la cache dans sa bouche et l'avale au moindre signe d'intervention de la police. C'est ce qui explique la brutalité des agents à l'égard des suspects et ajoute encore à la difficulté de réunir des preuves.

En regard de l'estimation du nombre des usagers, le chiffre des arrestations et des condamnations donné dans ce rapport témoigne avec éloquence de la faiblesse des lois actuelles pour le dépistage et le contrôle. Moins de 4 p. 100 des toxicomanes au Canada, semble-t-il, encourent chaque année les sanctions de la loi et il se peut que ce chiffre n'atteigne pas 1 p. 100 des personnes faisant usage des opiacés.

## RECOMMANDATIONS

Je ne vois pas comment la loi, tant qu'elle se bornera à interdire la possession de stupéfiants opiacés, pourrait servir à exercer un contrôle sur l'usager et, par conséquent, à prévenir la diffusion de la drogue. Même le renforcement de la police n'y changerait rien. L'efficacité de la police, d'ailleurs, risque fort de décliner à mesure que la drogue se répand.

Je recommande donc que la loi soit amendée de manière à prohiber aussi bien l'usage que la possession de stupéfiants opiacés. La possession du toxique ou sa présence dans l'urine, le sang ou tout autre liquide de l'organisme devrait suffire à prouver l'usage. Dans la pratique, il faudrait que la police soit autorisée à réclamer de tout suspect, sur la foi de doutes légitimes et raisonnables, un échantillon d'urine, de sang ou de tout autre liquide de l'organisme à des fins d'analyse\*. Fréquenter des usagers connus, donner l'impression d'être sous l'influence des stupéfiants ou avoir des marques d'injections sur le corps constituent certes des motifs légitimes et raisonnables de soupçons.

Il va de soi que la loi modifiée devrait comporter des sauvegardes. Je recommande, tout au moins, celles qui suivent :

- a) une partie de tout échantillon serait rendue au suspect dans un contenant scellé pour l'usage de la défense au cas où une accusation serait portée et où le résultat de l'analyse serait déposé comme élément de preuve ;
- b) les doutes sur lesquels la police se fonderait pour réclamer un échantillon seraient, sur demande, communiqués au suspect par écrit, avant le prélèvement de l'échantillon ;
- c) la police serait tenue de communiquer au parquet, pour révision publique, toutes les indications relatives à l'exercice de ce pouvoir, y compris les motifs sur lesquels elle se serait fondée.

\* Il est évident que la chromatographie sur couche mince généralement employée au Canada n'est pas assez sûre pour servir de fondement au jugement du tribunal. La méthode reste pratique, mais elle comporte un risque d'erreur trop grand. Jusqu'à ce qu'on mette au point de meilleures méthodes, il conviendra d'y recourir, mais en faisant confirmer ses résultats par d'autres tests. Deux tests à résultat positif seraient nécessaires pour motiver une condamnation. Il faudrait veiller, par conséquent, à prélever des échantillons suffisants. Nous avons tout lieu de croire que, d'ici peu, la méthode radioimmunologique, la méthode des radicaux libres et les méthodes connexes satisferront aux conditions de sécurité, d'économie et de rapidité. Il suffira alors des résultats d'une analyse pour motiver un jugement.

Les méthodes immunologiques, extrêmement sensibles, comportent d'autres avantages. Elles permettent de détecter la présence de toxiques opiacés dans l'organisme pendant quelques jours après leur absorption, à partir d'échantillons d'urine, de sang, de salive ou de sueur. Elles ne permettent pas toujours de distinguer la codéine de la morphine, mais cette difficulté, prévoit-on, sera bientôt surmontée.

Puisque l'héroïne se transforme en morphine et en d'autres métabolites dans l'organisme, il est souvent difficile de déterminer à quel toxique on a affaire. Mais cela ne m'inquiète guère puisque l'usage de morphine m'apparaît comme aussi grave que l'usage d'héroïne, de méthadone ou d'autres stupéfiants, à l'exception de faibles doses de codéine.

Si on constatait la présence de ce toxique dans l'urine, le sang ou quelque autre liquide de l'organisme, le suspect serait inculpé d'usage illicite de la drogue et gardé en prison une semaine afin qu'on puisse déterminer s'il est asservi à la drogue.

S'il était reconnu coupable d'usage illicite, mais n'avait pas l'habitude de la drogue, il serait passible, à la première et à la deuxième offense, d'une peine de 1 à 3 ans. À la discrétion du tribunal, après consultation avec la Commission des libérations conditionnelles, il pourrait être libéré aussitôt sur parole, aux conditions suivantes notamment\* :

- 1) qu'il s'abstienne, sauf autorisation, de stupéfiants opiacés, de cocaïne et d'amphétamines ;
- 2) qu'il présente, pour analyse, des échantillons d'urine, de sang ou de quelque autre liquide de l'organisme aussi souvent qu'il le faudrait pour contrôler l'abstention de stupéfiants opiacés, durant 6 mois et, par la suite, aussi souvent qu'on l'exigerait durant la période de liberté surveillée† ;
- 3) qu'il s'abstienne de fréquenter des usagers de stupéfiants opiacés et toute autre personne qu'on lui désignerait ;
- 4) qu'il se laisse conseiller et se plie à tout soin qu'on lui prescrirait.

À moins qu'il ne veuille s'engager par écrit à observer ces conditions, le prévenu ne serait pas libéré.

Les délégués à la liberté surveillée auraient autorité pour tolérer certains manquements. Quiconque comparaitrait devant la Commission des libérations conditionnelles pour violation de parole, cependant, serait sujet à purger le reste de sa peine.

À compter de la troisième condamnation, la peine imposable serait de 2 à 5 ans. Et une nouvelle libération sur parole serait assortie de conditions semblables à celles qui précèdent.

Quiconque serait déclaré coupable d'usage illicite de stupéfiants opiacés et se révélerait atteint de la dépendance‡ à l'égard de la drogue serait passible

\* Je propose une peine de 1 à 3 ans avec libération immédiate de manière à permettre la surveillance sur une longue période. Je ne m'oppose pas en principe à la suspension du jugement, mais la loi actuelle n'autorise cette procédure que si le délit ne comporte pas de peine minimum. Même si l'indulgence des juges à l'égard des personnes trouvées coupables de possession de stupéfiants opiacés ne laisse pas de m'inquiéter, il m'apparaît sage de donner aux tribunaux beaucoup de latitude. Nos renseignements, cependant, montrent bien que la réadaptation des toxicomanes exige de longues périodes d'étroite surveillance.

† En attendant le perfectionnement des méthodes d'analyse, il faudrait exiger des échantillons tous les jours ou au moins tous les deux jours. Bientôt, espérons-le, les méthodes d'analyse permettront de déceler les toxiques opiacés dans l'organisme quelques jours après leur absorption. Il ne sera plus nécessaire alors d'exiger des échantillons aussi fréquemment.

‡ La détermination de l'état de dépendance doit reposer sur des preuves cliniques. Il appartiendrait au tribunal de trancher la question sur la foi de témoignages de médecins compétents en la matière et d'autres personnes qualifiées.

d'une peine de 3 à 10 ans de prison, à la première et à la deuxième infraction. Il pourrait aussi être immédiatement libéré sur parole, à la discrétion du tribunal et après consultation avec la Commission des libérations conditionnelles, aux conditions suivantes§ :

- 1) qu'il s'abstienne de stupéfiants opiacés, de cocaïne et d'amphétamine, sauf autorisation ;
- 2) qu'il présente des échantillons d'urine, de sang ou de quelque autre liquide de l'organisme, pour analyse, aussi souvent qu'il le faudrait pour contrôler l'abstention de stupéfiants opiacés, durant 2 ans et, par la suite, aussi souvent qu'on l'exigerait durant la période de liberté surveillée\* ;
- 3) qu'il se laisse conseiller et se plie à tout traitement que lui prescriraient ses surveillants ;
- 4) qu'il consente à l'entretien à la méthadone, si les autres modes de traitement avaient échoué au cours d'une période d'essai raisonnable.

La fréquentation des usagers d'opiacés, on l'a souvent vu, est un obstacle majeur sur la voie de la guérison. En conséquence, les tribunaux et les surveillants du délinquant doivent être habilités à exiger le changement de domicile.

Dans le cas de toxicomanes invétérés, le tribunal pourrait imposer l'entretien à la méthadone comme condition première de la libération sous surveillance. Celui qui refuserait de se plier aux conditions de mise en liberté ou violerait l'une des conditions, au su de la Commission des libérations conditionnelles, serait tenu de purger le reste de sa peine.

À compter de la troisième infraction, les toxicomanes seraient condamnés à la prison pour une période indéfinie, avec encore une fois la possibilité d'être libérés sur parole à des conditions voisines des précédentes.

Si possible, le personnel délégué à la liberté surveillée serait distinct de celui affecté au traitement des délinquants. Les deux groupes devraient cependant *relever de la même autorité*, se consulter et travailler en collaboration. Si le personnel traitant était chargé de prélever et d'analyser les échantillons d'urine ou de sang, il devrait transmettre automatiquement à la Commission des libérations conditionnelles tout résultat indiquant la présence d'un toxique interdit. La surveillance des usagers d'opiacés exigerait une expérience et des connaissances particulières. Le personnel serait donc trié sur le volet et soumis à une préparation spéciale.

---

§ Selon tous nos renseignements, le traitement des usagers d'opiacés ne peut réussir qu'au prix de longues périodes de surveillance (voir l'Appendice K). Le peu de succès enregistré chez les toxicomanes en liberté surveillée au Canada (voir les Appendices J et K) en témoigne abondamment.

\* En attendant le perfectionnement des méthodes d'analyse, il faudrait exiger des échantillons tous les jours ou au moins tous les deux jours. Bientôt, espérons-le, les méthodes d'analyse permettront de déceler les toxiques opiacés dans l'organisme quelques jours après leur absorption. Il ne sera plus nécessaire alors d'exiger des échantillons aussi fréquemment.

Les personnes condamnées pour usage ou possession de stupéfiants opiacés seraient, autant que possible, internées à part, de préférence dans des maisons qu'on leur réserverait. Elles seraient en outre séparées en fonction de leurs rapports avec le monde de la drogue. Certes, l'un des buts premiers de la détention devrait-il être l'isolement.

Sur demande de l'inculpé et à la discrétion du tribunal, les procès pour usage illicite d'opiacés, en particulier à titre d'essai, se dérouleraient à huis clos. Ainsi, l'identité des prévenus resterait secrète, ce qui faciliterait leur réadaptation.

On épargnerait aux condamnés, qui se seraient abstenus de drogue en liberté surveillée ou pendant une période égale à la durée de leur peine, l'obligation de mentionner leur arrestation et leur condamnation en postulant un emploi. S'il arrivait de déceler la présence d'un opiacé ou d'un autre toxique interdit dans un échantillon d'urine ou d'un autre liquide organique d'un condamné en liberté surveillée, on lui permettrait de continuer à donner des échantillons d'urine ou de sang après l'expiration de sa sentence de manière qu'il puisse accomplir une période d'abstinence égale à la durée de sa peine et profiter ainsi de cette disposition de la loi.

Mes recommandations entraîneraient l'institution d'un régime spécial de liberté surveillée pour le type de délinquant qui nous occupe. Les tribunaux au Canada n'ont aujourd'hui rien à voir à la libération conditionnelle des détenus. Sauf en cas de meurtre, ces décisions sont du ressort exclusif de la Commission des libérations conditionnelles. La Commission peut libérer les détenus à n'importe quel moment, mais il est extrêmement rare qu'elle le fasse avant qu'ils aient purgé une bonne partie de leur peine. Je ne vois rien qui commande l'emprisonnement de quiconque se rend coupable d'usage de stupéfiants opiacés. D'autre part, je crois fermement à la nécessité d'une longue période de surveillance et de contrôle. Je propose donc que les tribunaux soient investis de l'autorité de libérer les prévenus au moment de leur condamnation. La suspension du jugement et la mise en liberté surveillée donneraient le même résultat, mais j'ai rejeté cette option pour plusieurs raisons. La sentence ne peut être suspendue, notamment, que si le délit ne comporte pas de peine minimum. Or, à mon avis, une peine minimum s'impose dans le cas des usagers d'opiacés.

La valeur de mes recommandations dépend nettement de l'aptitude de la police à dépister les usagers et à établir leur culpabilité. Les techniques nouvelles d'analyse des liquides de l'organisme, permettant de déceler la présence de toxiques plusieurs heures et même quelques jours après leur absorption, m'inspirent confiance quant au second point. Le dépistage des usagers est autre chose. Il y a six ou sept ans, la police connaissait la plupart des héroïnomanes. Elle avait la tâche assez facile du fait qu'ils étaient concentrés dans certains quartiers d'un tout petit nombre de villes. Aujourd'hui, non seulement leur nombre a-t-il augmenté, mais ils sont dispersés, notamment en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario. Les ren-

seignements recueillis aux États-Unis et au Canada indiquent cependant que, dans chaque centre, les usagers d'opiacés tendent à se regrouper dans les quartiers où la drogue se vend et ces quartiers sont faciles à repérer. Les usagers d'opiacés ne sont pas aussi voyants que l'étaient les amphétaminomanes en 1970, mais ils le sont bien plus que la plupart des usagers d'autres drogues illicites. L'obligation de s'approvisionner fréquemment et régulièrement force les toxicomanes à se découvrir. Les gens qui font l'essai de la drogue ou qui en prennent à l'occasion, étant pour la plupart amphétaminomanes ou polytoxicomanes, ne devraient pas non plus être très difficiles à dépister pourvu que la police ait un personnel suffisant et procède à des manœuvres d'infiltration.

On objectera sans doute que mes recommandations sont sévères. Je ne le nie pas, mais je considère que les usagers d'opiacés sont dangereux pour la société. C'est par leur entremise souvent que les opiacés se répandent. Les initiés de fraîche date sont encore plus dangereux, étant plus enclins à faire du prosélytisme et à minimiser le danger des opiacés. Ils constituent nettement un risque pour la santé, le bien-être et la liberté de la population. À moins qu'un très grand nombre d'entre eux ne soient dépistés et que leur consommation de drogue ne soit rigoureusement contrôlée, une autre vague de toxicomanie opiacée est à prévoir.

Je crois que mes recommandations offrent aux coupables la possibilité de limiter considérablement l'effet de leur condamnation. En s'absentant d'opiacés, de cocaïne et d'amphétamines, ils peuvent mener une vie normale. L'obligation de remettre périodiquement des échantillons d'urine, de sang ou d'autres liquides de l'organisme constitue certes une contrainte, mais celle-ci n'est ni trop sévère ni trop pénible et, du reste, elle est de leur intérêt. Pour être valable, l'échantillon doit être prélevé devant témoin. Il devrait être facile, toutefois, de prendre des dispositions pour que cette formalité soit remplie près du domicile ou du lieu de travail du délinquant, dans un hôpital, une pharmacie, le bureau d'un médecin ou tout autre endroit approprié.

On objectera peut-être que réclamer un échantillon d'urine, de sang ou de quelque autre liquide de l'organisme à un suspect porte atteinte à la liberté individuelle et force le sujet à déposer contre lui-même. Nous avons cependant établi un précédent avec l'alcotest obligatoire. Dans le premier cas, il est au moins possible de rendre au suspect une partie de l'échantillon dans un contenant scellé, permettant une analyse indépendante et prévenant tout risque de preuve contournée. L'alcotest n'offre pas cette sauvegarde.

L'application de mes recommandations entraînerait évidemment de fortes dépenses. Il faudrait renforcer la police et le personnel de surveillance des délinquants en liberté conditionnelle. Le coût à long terme serait bien moindre, de toute façon, que les frais directs et indirects d'une extension de la toxicomanie, j'en suis persuadé.

J'ajouterai que si mes recommandations étaient mises en pratique le contrôle qu'on exercerait sur les usagers, en réduisant sensiblement la demande, porterait un coup dur au marché noir des opiacés. Il en résulterait vraisemblablement une baisse des approvisionnements en héroïne qui contribuerait à empêcher la diffusion de la drogue.

On a fait observer dans le présent rapport et dans le *Rapport provisoire* que les lois actuelles poussent la police à certaines brutalités, notamment à enfoncer les portes et à prendre les suspects à la gorge pour éviter l'escamotage de pièces à conviction. Pour être nécessaires, ces actes de violence n'en sont pas moins regrettables. Si la loi faisait de l'usage un acte aussi répréhensible que la possession, rien ne justifierait plus ces brutalités puisque la police n'aurait plus à compter sur la surprise pour arrêter les supects, sauf les trafiquants.

Dans l'immédiat, mes recommandations auraient un effet de dissuasion sur les non-toxicomanes et les amèneraient à réduire leur consommation d'opiacés de manière assez sensible pour qu'il faille en tenir compte dans le calcul des coûts qu'entraînerait leur application. Je doute peu du succès des mesures que je propose en égard au nombre actuel et à la répartition géographique des usagers. Je serais bien moins optimiste si les usagers se multipliaient et se dispersaient. Si l'épidémie atteignait les mêmes proportions qu'aux États-Unis, il serait beaucoup plus difficile d'imaginer des formes de contrôle qui soient à la fois efficaces et tolérables dans une société libre.

Mes propositions reposent sur l'hypothèse qu'avec des renforts la police serait en mesure de dépister les usagers et de les soumettre à des analyses d'urine, de sang ou d'autres liquides de l'organisme. Si les usagers étaient dispersés un peu partout, la police ne suffirait plus à la tâche.

## LE TRAITEMENT DES USAGERS

Je partage quant au fond l'opinion de la majorité de mes collègues sur le traitement des usagers. Je reconnais avec eux qu'il est du ressort provincial, mais quatre fonctions, à mon avis, incombent au gouvernement fédéral.

En premier lieu, l'emploi d'opiacés dans un traitement devrait être assujéti à la réglementation fédérale. L'uniformisation est évidemment souhaitable, mais je me préoccupe surtout d'assurer un contrôle rigoureux sur l'utilisation de ces drogues. Même si récemment le gouvernement fédéral s'est montré d'une négligence déconcertante en ce qui concerne les ordonnances de méthadone, je le crois plus apte que dix pouvoirs autonomes à veiller au contrôle des opiacés. Nous savons qu'il suffit d'un tout petit nombre de médecins prescrivant à tort et à travers pour engendrer une épidémie. Nous l'avons vu au Royaume-Uni où quatre ou cinq médecins, par naïveté ou

malhonnêteté, ont contribué sensiblement à la diffusion de l'héroïne et des amphétamines. Si une province relâchait sa surveillance, le mal ne pourrait sans doute pas être contenu dans ses frontières et se propagerait vite au dehors. La récente vague d'opiacés enregistrée à Windsor, par exemple, provenait de l'ordonnance et de la délivrance inconsidérées de méthadone à Détroit. Si la frontière nationale, avec toutes les vérifications qu'elle comporte, n'a pu y faire obstacle, les frontières provinciales n'y pourraient rien du tout.

En deuxième lieu, le gouvernement fédéral mettrait sur pied des services complets de traitement, sur la demande d'une province.

En troisième lieu, le gouvernement fédéral se chargerait du traitement des délinquants en liberté surveillée dans les provinces ne disposant pas des services nécessaires. La constitution ne l'interdirait pas d'autant que, dans le cadre de mes recommandations, les délinquants tomberaient sous l'autorité du fédéral en vertu de la longueur de leur peine.

Enfin, le gouvernement fédéral veillerait à la formation du personnel affecté au traitement des usagers dans les provinces.

Ni le gouvernement ni les corporations de médecins et de chirurgiens n'ont réussi à contrôler les ordonnances d'opiacés par les médecins. Ils arrivent un peu mieux à réprimer l'incurie chez les médecins de peu de probité que chez les étourdis et les ignorants. Je souhaite que la prescription d'opiacés fasse l'objet d'une très grande vigilance et que la légèreté en cette matière soit sévèrement punie. L'expérience du Canada, de la Grande-Bretagne et des États-Unis nous enseigne qu'il suffit de trois ou quatre médecins peu sérieux pour déclencher une épidémie d'opiacés et d'amphétamines. Nous aurions tort de nous fier aux mécanismes actuels de contrôle de la profession médicale.

## AUTRES RECOMMANDATIONS

### LA THÉBAÏNE

Les composés Bentley, dérivés de la thébaïne, alcaloïde de l'opium, ne sont pas encore très répandus. Mille fois plus actifs que la morphine ou l'héroïne, ils pourraient cependant poser un problème grave. Je propose donc que le gouvernement les traite désormais aussi sévèrement que l'héroïne et encourage les autres gouvernements à faire de même.

### LA COCAÏNE

Au cours de notre enquête, on a souvent reproché à la loi actuelle son imprécision. On a déploré notamment que la *Loi sur les stupéfiants* embrasse le cannabis qui n'est pas un stupéfiant. La loi s'applique aussi à la cocaïne qui elle non plus n'est pas un stupéfiant. La cocaïne, en fait, tient beaucoup plus des amphétamines que des opiacés.

La cocaïne n'est pas très répandue au Canada bien qu'elle le soit davantage qu'il y a quelques années et qu'il soit plus facile de s'en procurer. L'intérêt pour cette drogue s'est considérablement avivé en même temps que la demande. Les approvisionnements ont augmenté et il n'y a pas lieu de penser qu'on puisse y faire échec.

La cocaïne est hélas devenue un objet de snobisme. Les adeptes de drogues fortes non opiacées parmi l'élite l'ont adoptée et elle paraît destinée à se répandre de plus en plus.

**Par simple souci d'exactitude, je recommande que la substance soit retranchée de la Loi sur les stupéfiants avant qu'elle ne se répande davantage.**

À beaucoup d'égards, il serait plus logique de la ranger avec les amphétamines. Nous aurions tort cependant de supprimer pour cette substance le délit de possession. **Je propose donc que la cocaïne soit traitée à part dans la Loi des aliments et drogues et que le délit de possession soit assorti de sanctions comparables à celles que prévoit la Loi sur les stupéfiants.** Si l'usage de la substance atteignait des proportions alarmantes, il faudrait envisager sérieusement d'en faire un délit sujet aux prescriptions d'analyse des liquides de l'organisme.