

## Moyens et effectifs de traitement dans les provinces

### INTRODUCTION

En ce qui concerne les opiacés, ce sont les établissements de traitement de la Colombie-Britannique qui retiendront d'abord notre attention, puisque c'est dans cette province que le problème de l'usage des opiacés et de l'opiomanie se pose avec le plus d'acuité. Les moyens de traitement dont dispose la province sont à peine satisfaisants pour le nombre des opiomanes, soit quelque 10 000.

### COLOMBIE-BRITANNIQUE

*Entretien à la méthadone.* — À la fin de novembre 1972, il y avait onze centres autorisés de cure d'entretien à la méthadone en Colombie-Britannique. Six étaient dirigés par la *Narcotic Addiction Foundation*. La principale clinique de la Fondation est établie à Vancouver. Des cliniques régionales sont situées à Trail, à Prince George, à Coquitlam, à Victoria et à Nanaïmo. Le *Lower Mainland Regional Correctional Centre* à Burnaby, le *South Okanagan Methadone Program*, à Kelowna, la *Penticton Methadone Maintenance Clinic*, à Penticton, le *Power River General Hospital* et le *Riverview Hospital*, à Essondale, sont aussi autorisés à dispenser des traitements dans la province.

En novembre 1972, 115 médecins de la Colombie-Britannique étaient autorisés à administrer ou à prescrire de la méthadone aux opiomanes. Trente-quatre de ces médecins étaient affiliés à un centre de cure autorisé, les autres (81) étaient indépendants. De ce dernier groupe, 63 étaient autorisés à employer la méthadone pour l'entretien des opiomanes aussi bien que pour le sevrage et 18 ne pouvaient s'en servir qu'à des fins de sevrage. Dans le protocole qu'elle a soumis au Bureau de consultation sur la drogue (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social) durant l'été 1972, la *Narcotic Addiction Foundation* évaluait à 400 le nombre des patients de sa clinique de Vancouver et à 50 chacune celui de trois de ses cliniques régionales. Elle ne donnait pas d'estimation pour la quatrième. Les autres centres autorisés ne comptaient qu'un tout petit nombre de sujets.

D'après les dossiers du Bureau des drogues dangereuses, 454 personnes recevaient de la méthadone de la *Narcotic Addiction Foundation* en juin 1972 et 493 en juillet. Durant ces deux mois, 346 personnes ont reçu de la méthadone d'autres sources en Colombie-Britannique. La clinique de la Fondation, à Vancouver, traite environ 1 000 sujets par an, mais elle n'en accueille que de 350 à 400 par jour en moyenne. Sur la foi des renseignements que nous avons pu recueillir, nous estimons qu'au plus 650 à 800 personnes suivent de façon régulière des cures d'entretien à la méthadone dans la province. Il est raisonnable de supposer que le nombre des sujets en cure ne dépasse pas 10 p. 100 du total des opiomanes en Colombie-Britannique. Si nous admettons l'hypothèse, avancée aux États-Unis, selon laquelle l'entretien à la méthadone devrait atteindre au moins 40 p. 100 des opiomanes<sup>1</sup>, il nous faut conclure que les possibilités actuelles de cure sont loin d'être pleinement exploitées. Il se peut évidemment que cela tienne autant à l'ignorance de la clientèle qu'à la carence des services de traitement.

Les résultats du programme d'entretien à la méthadone sont encore moindres, car le personnel de la Fondation estime que seulement 20 ou 25 p. 100 des malades qui entreprennent la cure persèverent et que seulement 10 p. 100 de ceux-ci en bénéficient à long terme<sup>2</sup>.

Ce qui manque au programme d'entretien à la méthadone, c'est un personnel formé qui puisse assurer une post-cure satisfaisante et faciliter la réinsertion sociale des sujets. Nous observons la même carence dans le programme de liberté surveillée et de liberté conditionnelle. Il n'y a pas assez de personnel pour prodiguer aux opiomanes l'attention étroite dont ils ont besoin. En outre, il faudrait que chaque service ait moins de sujets à traiter.

Le centre de traitement à la méthadone de la Fondation, à Vancouver, mobilise à temps plein deux médecins, deux pharmaciens, deux techniciens de laboratoire, deux techniciens en pharmacie et quatre assistants sociaux qui s'occupent chacun de 80 à 90 malades. Les cliniques régionales de Victoria, Nanaïmo, Prince George, Trail et Coquitlam comptent chacune sur les services d'un médecin à mi-temps, de deux conseillers et d'une réceptionniste. Toutes les analyses de laboratoire sont effectuées à Vancouver. Les échantillons sont expédiés des cliniques régionales.

Le programme de traitement de la Fondation est incomplet et n'a pas de service efficace de recherche et de diagnostic. Il repose presque entièrement sur des méthodes pharmacologiques. La Fondation est subventionnée par sept organismes fédéraux ou provinciaux, et le modèle médical sert de référence pour fins de subventions. Il faudrait une conception du traitement qui comprenne, outre l'entretien à la méthadone, la cure dans des internats thérapeutiques, la désintoxication en milieu fortement protégé, une grande variété de services de soutien — ateliers, loisirs, etc. — et un service de recherche et de diagnostic. Le personnel de la Fondation voit là la grande

lacune du programme à l'heure actuelle. Sans service de recherche et de diagnostic, on peut difficilement créer une méthode efficace de traitement.

La Fondation dirige d'autres centres de cure ou de rééducation. *The House* voulait être un foyer pour les adeptes des stupéfiants non atteints d'opiomane. Lorsqu'il est apparu qu'on ne pouvait ainsi faire de distinctions entre les toxicomanies, l'établissement est devenu un centre d'intervention d'urgence pour tous genres de drogues. Il disposait de trois lits pour ces cas, mais non d'un service d'internat. Comme on ne suit pas les sujets après leur départ, ils peuvent perdre tout contact avec l'établissement.

*In Touch*, point de contact de *The House* et de la clinique avec l'extérieur, a duré un an grâce aux contributions d'un philanthrope, du gouvernement provincial et du gouvernement fédéral. Le centre a été fermé, faute de fonds, vers la fin de 1972.

*Matériel d'analyse d'urine.* — La Fondation a le personnel et le matériel nécessaires pour les analyses d'urine. Elle en effectue environ 6 000 par mois. Elle emploie la chromatographie sur couches minces, méthode qui se prête aux analyses qualitatives seulement. À l'automne 1972, elle a reçu du gouvernement provincial une subvention qui lui a permis de monter un laboratoire pourvu du matériel de chromatographie en phase gazeuse pour les analyses (quantitatives) des drogues usuelles.

Le matériel de chromatographie sur couche mince coûte de trois à quatre cents dollars environ. Divers établissements en sont pourvus : Royal Jubilee Hospital, Victoria ; Royal Columbia Hospital, New Westminster ; laboratoire biomédical, Vancouver ; laboratoire médical de la province ; Vancouver General Hospital, Children's Hospital, laboratoire fédéral des aliments et drogues et centre de traitement de la *Narcotic Addiction Foundation*. Celui de chromatographie en phase gazeuse coûte environ \$10 000. Le Royal Jubilee Hospital, de Victoria, le Royal Columbia Hospital, de New Westminster, le Vancouver General Hospital et l'Université de la Colombie-Britannique en sont munis, outre la Fondation.

Les intéressés, en Colombie-Britannique, estiment généralement que la province dispose de moyens suffisants pour assurer l'analyse qualitative nécessaire à ses opiomanes et qu'avec l'agrandissement du laboratoire de la Fondation, on sera en mesure de faire également pour eux l'analyse quantitative.

*Internats thérapeutiques et autres centres de séjour.* — La capacité des centres de traitement en Colombie-Britannique est relativement faible. X-Kalay, l'un des plus anciens et des plus grands internats thérapeutiques au Canada, peut accueillir environ 65 malades dans ses divers locaux de la Colombie-Britannique. Les services de X-Kalay ne sont pas destinés exclusivement aux opiomanes. La capacité de logement de X-Kalay pourrait être portée à 125 avec la réalisation d'un projet d'agrandissement en milieu rural à Langley, en Colombie-Britannique. (Une enquête menée par la Commission

sur la capacité de logement des internats thérapeutiques au Canada est exposée, avec ses résultats présentés sous forme de tableau, à l'annexe 1 du présent appendice, pages 988 et 989.)

À Vancouver, X-Kalay tient divers locaux : un centre de séjour qui était autrefois un hôpital privé et qui peut accueillir 40 personnes, un bureau et deux maisons particulières. À l'automne 1972, une trentaine de personnes logeaient au centre de X-Kalay, à Vancouver. Les frais d'exploitation s'élevaient à \$10 000 par mois environ, ou à quelque \$4 000 annuellement par pensionnaire.

X-Kalay loue un petit hôtel et cinq pavillons où peuvent loger environ 25 personnes dans l'île Salt Spring. La Fondation exploite une salle à manger et un café dans l'hôtel. Ces locaux servent d'abord aux groupes de thérapie de X-Kalay et sont occasionnellement prêtés ou loués à d'autres groupements ou associations communautaires. L'hiver, il n'y a plus que trois ou quatre personnes pour assurer l'administration. Le centre est plus fréquenté l'été.

À l'automne 1972, on a modifié les plans du mini-village de X-Kalay de manière à installer l'établissement sur une terre de six acres près de Langley, où il pourrait recevoir environ 60 personnes. Le coût du projet était estimé à \$700 000 et des pourparlers étaient en cours avec les deux gouvernements en vue d'obtenir de l'aide financière. Le nouvel immeuble réduirait les frais d'exploitation à \$9 000 par mois environ, ou quelque \$1 800 annuellement par pensionnaire, si le centre fonctionnait à plein rendement.

Les trois entreprises commerciales qu'exploitait X-Kalay (station-service, institut de beauté et maison de publicité) ont été fermées au printemps 1972, principalement parce que leur exploitation venait en conflit avec les services de traitement. Le directeur exécutif de X-Kalay, M. David M. Berner, est maintenant d'avis qu'il ne convient pas d'exploiter une entreprise commerciale à des fins thérapeutiques et qu'il serait préférable d'établir une sorte d'industrie protégée.

Le directeur a donné à la Commission, relativement aux sujets traités au centre X-Kalay pour diverses toxicomanies, de janvier 1969 à janvier 1972, les pourcentages des abstinents occupant un emploi rémunérateur, critères essentiels de « succès » du programme :

<i>Toxicomanie</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Moyenne</i>
	(%)	(%)	(%)
Drogue	42,1	36,8	39,3
Alcool	46,8	33,3	43,6
Autres	11,1	29,9	20,5

Le nombre de pensionnaires du centre X-Kalay, à Vancouver, oscille presque toujours autour de la trentaine, mais les pensionnaires changent constamment. Le directeur estime que trois personnes environ entrent à

l'internat ou le quittent chaque semaine. Des 30 pensionnaires à l'automne 1972, la moitié environ y étaient depuis longtemps et huit à dix depuis quelques mois. Dans ses entretiens avec la Commission, le Directeur a noté un phénomène déjà observé par les auteurs américains qui ont écrit sur l'expérience des internats thérapeutiques : la plupart des sujets quittent l'établissement dès le premier jour ; le plus gros départ se produit ensuite au bout de trois semaines ; ceux qui restent plus longtemps persévèrent en général de trois à six mois et, s'ils y sont encore au bout de cette période, ils y resteront vraisemblablement durant un an ou un an et demi, période que le directeur juge être la durée optimum du traitement. Dans *Le traitement*, nous notons que la cure de X-Kalay n'avait pas pour but de rendre les sujets à la société (p. 89). Le directeur soutient, au contraire, que les sujets réintègrent la société au terme de leur cure à X-Kalay et que l'institution les y encourage.

Le directeur s'est dit d'avis qu'un internat thérapeutique comme X-Kalay ne devrait pas héberger plus de 200 à 300 sujets et que d'autres établissements du genre pourraient être créés pourvu que des fonds soient mis à leur disposition, que le personnel administratif leur soit fourni et qu'un organisme subventionne un programme de formation d'environ six mois à l'intention des dirigeants de tels établissements.

Il existe en Colombie-Britannique un autre internat thérapeutique qui est dirigé par *Teen Challenge* (mouvement d'inspiration chrétienne), à Richmond. Le nombre des opiomanes y est plutôt faible.

#### ALBERTA

Au début de 1972, on a fait l'essai d'un programme de sevrage des opiomanes, à Calgary. L'expérience a été négative. Un petit nombre de sujets se sont présentés et, parmi eux, pas beaucoup ont persévéré jusqu'à la fin de la cure de cinq jours. Plus tard durant l'année, des médecins s'intéressant à la question ont recommandé l'établissement d'une clinique d'entretien à la méthadone et le projet a été examiné par le *Methadone Evaluation Committee (Alcoholism and Drug Abuse Commission)*. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a autorisé le *Foothills Hospital*, de Calgary, à dispenser un service restreint de sevrage et d'entretien à la méthadone. Au moment de l'autorisation, le programme était encore embryonnaire et on cherchait un appui financier.

Une clinique d'entretien à la méthadone a été ouverte à Edmonton, en janvier 1972, sous la direction d'un comité formé de l'*Alberta Medical Association* et de l'*Alcoholism and Drug Abuse Commission*. Au 30 juin, la clinique avait traité environ 190 sujets. En octobre 79 suivaient une cure d'entretien à la méthadone. Parmi ces derniers, 52 recevaient de la méthadone de la clinique et 27 se la procuraient sur ordonnance dans des pharmacies d'Edmonton<sup>3</sup>. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a approuvé le protocole de l'*Edmonton Methadone Clinic*.

## Appendice H

En novembre 1972, 13 médecins affiliés à des centres de traitements reconnus et 16 non affiliés étaient autorisés à utiliser la méthadone pour le traitement de l'opiomanie, en Alberta. Sur les seize médecins non affiliés, six étaient autorisés à employer la méthadone pour l'entretien et pour le sevrage et dix pour le sevrage seulement.

À l'automne de 1972, l'Alberta comptait environ 750 opiomanes, dont 120 suivaient une cure à la méthadone.

La province compte trois internats thérapeutiques disposant, au total, de 50 lits. Comme l'un d'eux vient tout juste d'ouvrir, on peut prévoir que la capacité d'hébergement des internats aura tendance à augmenter dans un avenir prochain.

### SASKATCHEWAN

Le 20 octobre 1972, les personnes en cure d'entretien à la méthadone à l'*Alcoholism Rehabilitation Centre* de Regina étaient au nombre de 12. La moyenne avait été de 18 à 20 au cours des deux mois précédents. Les médecins du centre employaient la méthadone selon les méthodes ci-après : 1) administration d'une forte dose (85 à 120 mg), puis diminution progressive après 6 à 8 semaines ; 2) entretien par une dose moyenne (80 mg) durant une période de temps indéterminée, en particulier pour les sujets de 25 à 30 ans ; 3) entretien par une dose forte (85 à 120 mg) pour les sujets de 40 ans et plus<sup>4</sup>.

En novembre 1972, aucun centre de traitement à la méthadone en Saskatchewan n'avait reçu l'agrément officiel du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ; ainsi aucun médecin n'était autorisé par affiliation à un centre reconnu à faire usage de la méthadone. Toutefois, cinq médecins non affiliés pouvaient, en vertu d'une autorisation du ministère, se servir de la méthadone pour le sevrage et la cure d'entretien.

Le Bureau des drogues dangereuses, se fondant sur un relevé des ordonnances de méthadone, a consigné dans un registre les noms de 53 personnes qui avaient reçu de la méthadone, dans la province, entre le 1<sup>er</sup> mai et le 31 juillet 1972. Le nombre des opiomanes en Saskatchewan était estimé à 125, à l'automne 1972.

### MANITOBA

Au Manitoba, il existe deux centres autorisés de traitement à la méthadone : le *St. Boniface Hospital Drug Rehabilitation Program* et celui du *Brandon Hospital for Mental Diseases*. En octobre 1972, l'hôpital de Saint-Boniface traitait 60 opiomanes. Cinq étaient issus des milieux médicaux et les 55 autres étaient des usagers ordinaires d'héroïne. Trente-trois de ceux-ci suivaient une cure d'entretien à la méthadone, d'autres suivaient une cure de désintoxication à la méthadone et d'autres encore se faisaient traiter sans

drogue. Six des sujets en cure d'entretien étaient autorisés à apporter chez eux leur dose quotidienne de méthadone. Les autres devaient prendre le médicament à la clinique et fournir chaque jour un échantillon d'urine. Les cinq toxicomanes des milieux médicaux recevaient une provision hebdomadaire de méthadone. Sur les 60 sujets de la clinique, 40 avaient un emploi, fréquentaient l'école ou étaient mères de famille<sup>5</sup>.

En novembre 1972, seize médecins affiliés à un centre de traitement reconnu et trois non affiliés étaient autorisés à utiliser la méthadone. Ces trois derniers ne pouvaient cependant l'utiliser qu'à des fins de sevrage.

Il y avait environ 450 opiomanes au Manitoba à l'automne 1972, dont 70 suivaient une cure à la méthadone.

La fondation X-Kalay dirige un internat thérapeutique à Saint-Norbert, et y compte 51 toxicomanes en cure. L'internat, établi dans une exploitation agricole, peut accueillir 80 pensionnaires. À Winnipeg, un groupe urbain appelé Kiazam dirige un internat qui peut recevoir 10 personnes.

#### ONTARIO

En novembre 1972, l'Ontario comptait cinq centres autorisés de traitement à la méthadone : le *Narcotic Dependence Program Clinical Institute* de l'*Addiction Research Foundation*, à Toronto ; le *Charlton Project*, à Hamilton ; l'*IDOE Hospital Methadone Clinic*, à Windsor ; le *St. Catherines Methadone Clinic* et le centre de l'*Ottawa General Hospital*. Vingt-sept médecins affiliés et 66 non affiliés étaient autorisés à dispenser de la méthadone. Parmi ces derniers, 39 pouvaient employer la méthadone pour l'entretien et le sevrage et 27 pour le sevrage.

Les registres d'ordonnance du Bureau des drogues dangereuses révèlent que 230 personnes recevaient de la méthadone en Ontario en juin et en juillet 1972. Le nombre des sujets en cure à la méthadone à l'*Addiction Research Foundation* oscille entre 100 et 110. Le directeur du programme de traitement de la Fondation a confié à la Commission qu'au cours des trois dernières années, on a compté près de 500 demandes d'admission aux cures d'entretien à la méthadone. Quelque 260 ont été acceptées<sup>6</sup>. On ne sait combien parmi ceux qui ont été refusés satisfaisaient aux conditions d'admission mais n'ont pu être accueillis faute de moyens de traitement. Il est clair, toutefois, que la Fondation a délibérément limité à 100 le nombre de ses sujets. C'est le maximum qu'elle estime pouvoir traiter efficacement avec son personnel réduit, compte tenu des services de post-cure nécessaires. Ainsi, la Fondation dispose de bien faibles moyens en égard aux besoins de la région de Toronto.

La Fondation dirige une clinique externe, rue Yonge, et un institut clinique de 100 lits, rue Russell, à Toronto. Elle dispense trois types de traitement à la méthadone : cure de sevrage rapide, cure de sevrage prolongé et cure d'entretien. Le protocole soumis par la Fondation au Bureau

de consultation sur la drogue (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social) précise que le sevrage rapide est utilisé en dernier ressort pour les toxicomanes invétérés à qui les autres méthodes ne réussissent pas. C'est aussi la méthode employée, en premier lieu, pour les néophytes et les sujets de moins de 18 ans. La cure dure environ 18 jours. La cure de sevrage prolongé intervient dans les circonstances ci-après : une thérapeutique plus longue est indiquée ; les sujets ne montrent pas d'intérêt pour l'entretien à la méthadone mais une certaine détermination à se libérer de la drogue ; leurs antécédents de toxicomane ne comportent pas de long usage d'héroïne ; des tentatives infructueuses de sevrage ont déjà eu lieu. La cure vise à libérer complètement le sujet en quatre à six mois.

Le programme d'entretien à la méthadone de la Fondation accuse un taux d'abandon de 56,7 p. 100 (51 sur 90) et un an<sup>1</sup>.

L'Ontario compte le plus grand nombre d'internats thérapeutiques pour toxicomanes au Canada, mais leur capacité d'hébergement est relativement faible. Un total de 136 sujets étaient en cure dans 13 internats pouvant accueillir au plus 200 personnes, en février 1973. Quelques-uns seulement étaient réservés aux cures contre la dépendance à l'égard des opiacés et des amphétamines. La direction du programme de Twin Valley, à London (Ontario), envisage d'établir un internat qui pourrait recevoir quelques centaines de toxicomanes sur un emplacement de 800 acres à la campagne.

#### QUÉBEC

Le Québec compte six centres autorisés de traitement à la méthadone : hôpital Royal Victoria et hôpital Jewish General, à Montréal ; Département de réadaptation pour alcooliques et autres toxicomanes de l'Hôpital Saint-Charles de Joliette ; Programme d'entretien à la méthadone (Deuxième Ligne) de Montréal ; Unité d'alcoolisme et de toxicomanie de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, à Mastai ; Clinique de réadaptation pour toxicomanes au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

En novembre 1972, 23 médecins affiliés et 36 non affiliés étaient autorisés à utiliser la méthadone pour le traitement des toxicomanes. Parmi ces derniers, 31 étaient autorisés à utiliser la méthadone pour l'entretien et le sevrage et cinq pour le sevrage.

À l'automne 1972, l'hôpital Royal Victoria comptait environ 25 sujets en cure à la méthadone. Selon le protocole qu'il a soumis au gouvernement fédéral, il en admettrait 150 au maximum.

Six personnes suivaient une cure d'entretien à la méthadone à l'hôpital *Jewish General* à l'automne 1972. La Commission a été informée que faute de personnel et de fonds, le centre n'admettrait pas plus de 12 candidats<sup>2</sup>. D'après son protocole soumis au gouvernement fédéral, 53 personnes avaient postulé le traitement de juin à septembre 1972, et il était probable qu'avec l'expansion du programme, le nombre des postulants augmenterait sensiblement.

Toujours à l'automne 1972, le programme *Deuxième Ligne*, de Montréal, dispensait un traitement à la méthadone à 15 sujets. La direction a réclamé l'aide financière du gouvernement fédéral en vue de s'installer pour héberger 150 sujets<sup>9</sup>.

En février 1973, trois internats thérapeutiques donnaient refuge à 65 toxicomanes au Québec. Au moment de notre étude (voir l'annexe, page 987), deux autres internats thérapeutiques en étaient à un stade avancé des préparatifs. La capacité de logement des internats thérapeutiques du Québec devrait encore augmenter avec la réalisation du projet *Portage* qui pourra satisfaire jusqu'à 100 toxicomanes.

#### PROVINCES MARITIMES

Deux programmes de traitement à la méthadone ont été autorisés en Nouvelle-Écosse, l'un au *Nova Scotia Hospital* de Dartmouth et l'autre au *Victoria General Hospital* de Halifax. En novembre 1972, cinq médecins affiliés et treize non affiliés étaient autorisés à utiliser la méthadone. Parmi ces derniers, onze pouvaient utiliser la méthadone pour l'entretien et le sevrage et deux pour le sevrage. Le *Nova Scotia Hospital* de Dartmouth n'emploie la méthadone que pour le sevrage des toxicomanes. En novembre 1972, un seul sujet y était en cure.

Les internats thérapeutiques des provinces maritimes peuvent accueillir une cinquantaine de sujets. Il y en a deux à Halifax (Nouvelle-Écosse) qui s'occupent surtout d'amphétaminomanie et de polytoxicomanie, un près de Saint-Jean (Nouveau-Brunswick), et un à Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard).

#### INSTALLATIONS HOSPITALIÈRES AU CANADA

Conseillé par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et par la *Canadian Hospital Association*, Statistique Canada a inséré un questionnaire dans son *Quarterly Hospital Information System* pour le quatrième trimestre de 1971. Il s'agissait d'établir quels hôpitaux estimaient avoir pris des mesures pour s'occuper des cas d'abus d'alcool ou de drogues, en service interne ou de dispensaire<sup>10</sup>. Comme les termes *traitement* et autres n'avaient pas été définis dans le questionnaire, les réponses ont permis seulement de déterminer quels hôpitaux « généraux » ou spécialisés de même type estimaient offrir un service interne ou de dispensaire. Bien sûr, les services fournis par les hôpitaux qui ont répondu devaient varier considérablement en importance et en qualité<sup>11</sup>.

Au 31 décembre 1971, le Canada comptait 1 234 hôpitaux généraux ou spécialisés de même type. Le questionnaire ci-dessus a été expédié à chacun. Statistique Canada a reçu des réponses de 1 045 (près de 85 p. 100).

Analysant les données que renfermaient ces questionnaires dûment remplis, la direction des Programmes de la santé, Économie et statistique

sanitaires, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, a formulé une autre réserve quant aux résultats du sondage :

... comme les catégories «alcool» et «drogues» ne s'excluent pas entre elles nécessairement, les réponses des hôpitaux comportent sans doute des chevauchements. En outre, la polytoxicomanie étant prédominante, les traitements devraient être intégrés dans un seul programme<sup>12</sup>.

D'après l'enquête de Statistique Canada, les traitements dispensés dans les hôpitaux aux victimes de la drogue sont moins répandus que ceux dont bénéficient les sujets touchés par l'abus de l'alcool (voir le tableau H. 1 plus bas). Sur les 1 045 hôpitaux qui ont répondu, 309 (29,6 p. 100) assureraient des traitements internes et 313 (29,9 p. 100) des traitements de dispensaire aux victimes de la drogue, au 31 décembre 1971.

TABLEAU H. 1

HÔPITAUX DÉCLARANT DISPENSER DES TRAITEMENTS AUX VICTIMES DE LA DROGUE ET DE L'ALCOOL, SELON LE TYPE DE SERVICE ET LA PROVINCE, AU 31 DÉCEMBRE 1971

Province	Hôpitaux compris dans l'enquête	Hôpitaux qui ont répondu	Drogue				Alcool				
			Service interne		Service externe		Service interne		Service externe		
			nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%	
Terre-Neuve.....	47	34	72,3	7	20,6	7	20,6	9	26,5	8	23,5
I.-du-P.-É.....	9	4	44,4	1	25,0	2	25,0	2	50,0	—	—
Nouv.-Écosse.....	50	49	98,0	11	22,4	11	22,4	12	24,5	10	20,4
Nouv.-Brunswick	40	34	85,0	6	17,6	7	20,6	8	23,5	8	23,5
Québec.....	256	220	85,9	61	27,6	74	33,5	73	33,0	82	37,1
Ontario.....	273	232	85,0	89	38,4	94	40,5	91	39,2	91	39,2
Manitoba.....	103	91	88,3	19	20,9	18	19,8	26	28,6	20	22,0
Saskatchewan.....	143	111	77,6	30	27,0	25	22,5	34	30,6	27	24,3
Alberta.....	153	132	86,3	41	31,1	37	28,0	47	35,6	36	27,3
Col.-Brit.....	116	108	93,1	33	30,6	31	28,7	36	33,3	33	30,5
Yukon.....	6	5	83,3	3	60,0	2	40,0	3	60,0	2	40,0
Terr. du N.-O.....	38	25	65,8	8	32,0	6	24,0	9	36,0	7	28,0
Canada.....	1 234	1 045	84,6	309	29,6	313	29,9	350	33,5	324	31,0

Source: Le présent tableau a été dressé par la direction des Programmes de la santé, Économie et statistique sanitaires, ministère de la Santé et du Bien-être social, le 5 octobre 1972 d'après les tableaux dits *Canada 1971*, émanant de la Section des établissements, division de la Santé et du Bien-être de Statistique Canada. Les provinces et le Territoire du Nord-Ouest y sont inscrits en fonction des réponses au questionnaire fournies par les hôpitaux pour décembre 1971.

Le nombre et la proportion des hôpitaux assurant des services internes et externes pour les cas de drogue et d'alcool figurent par province au tableau H. 1. Si les résultats de l'enquête sont limités pour les raisons indiquées plus haut, il en ressort peut-être néanmoins qu'il y a, en général au Canada, insuffisance de possibilités hospitalières de traitement interne ou externe pour les sujets souffrant de troubles liés à la drogue.

ANNEXE

CAPACITÉ DE LOGEMENT DES INTERNATS THÉRAPEUTIQUES POUR TOXICOMANES AU CANADA (EN DATE DU 9 FÉVRIER 1973)

La Commission a effectué un sondage téléphonique en février 1973 afin de déterminer la capacité des internats thérapeutiques pour toxicomanes au Canada. Elle s'est fondée sur l'information recueillie au cours de ses études antérieures des « services nouveaux » (voir l'Appendice M), sur des entretiens avec les membres du Bureau principal et des cinq bureaux régionaux de la Direction générale de l'usage de drogues à des fins non médicales, Protection de la Santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Aux fins du sondage, le terme *internat thérapeutique* désignait un centre de traitement en résidence entraînant la participation volontaire à des procédés de thérapie individuelle et de groupe, à l'intention de personnes atteintes d'opiomanie, d'amphétaminomanie ou de polytoxicomanie. Ces établissements diffèrent donc, d'une part, de beaucoup d'autres qui s'occupent au Canada des difficultés de l'adolescence (perturbations affectives, ennuis familiaux ou délinquance) et, d'autre part, des programmes de traitement externe de la toxicomanie et des programmes d'entretien à la méthadone. Seuls les établissements qui ont clairement pour principe de traiter la toxicomanie en milieu protégé sont compris dans l'énumération au tableau H. 2 ci-dessous. Ceux dont l'orientation était incertaine n'ont été retenus que lorsqu'il a été démontré qu'au moins le tiers de leurs pensionnaires étaient aux prises avec la drogue.

Il ressort de ce sondage que les internats thérapeutiques et les autres centres de cure en résidence ont de plus en plus tendance à considérer qu'on ne peut dissocier la toxicomanie, autre qu'une longue dépendance à l'égard des opiacés, de l'ensemble des problèmes personnels et sociaux. Ils sont ainsi amenés à rechercher des méthodes de traitement qui n'ont pas forcément rapport à la drogue, bien que s'exerçant en milieu protégé. Quelques-uns seulement des établissements énumérés au tableau H. 2 ci-dessous, notamment « X-Kalay », « Portage », « 414 », « Spera » et « Narcanon », se préoccupent presque exclusivement de rééducation.

Ce sondage a établi qu'il existait 28 internats thérapeutiques pour toxicomanes au Canada, au 9 février 1973. Il convient de noter que le nombre des internats était de beaucoup inférieur à celui des programmes de cure externe pour toxicomanes, tels les services de consultation, les ateliers et les coopératives, les communes et les centres de cure d'entretien à la méthadone (voir tableau H. 2).

TABLEAU H. 2  
INTERNATS THÉRAPEUTIQUES AU CANADA  
(en date de février 1973)

Région/ province	Nom de l'internat	Lieu	Per- sonnel*	Pension- naires	Capa- cité maxi- mum†	Durée moyenne de séjour‡	Cas traités
Provinces maritimes	1. Dirnan House	Halifax, N.-É.	5	9	9	1 mois	M§
	2. New Options	Halifax, N.-É.	8	13	20	3 mois	O/A
	3. Aware House	St-Jean, N.-B.	4	12	12	6 mois	M
	4. Christian Challenge Home	Charlottetown, I.-du-P.-É.	8	4	10	2 mois	M/A¶
TOTAL.....			25	38	51		
Québec	5. Spera	Rawdon	10	25	30	9 mois	P/A
	6. Portage	Montréal	13	10	100	12 mois	O/A
	7. La Terre	Wotton	6	30	35	3 mois	P/A
TOTAL.....			29	65	165		
Ontario	8. GYATE (Get Your Act Together Enterprises)	Ottawa	9	5	10	3 mois	P/A
	9. Stonchenge	Guelph	5	11	13	3 mois	O/A
	10. Oolagen House	Toronto	7	6	6	5 mois	M
	11. Western Ontario Therapeutic Comm. Hostel	London	10	23	30	4 mois	M
	12. "414" Dufferin	London	5	6	30	12 mois	O/A
	13. 56 Colbourne	Oshawa	6	5	7	4 mois	P/A
	14. Crossroads Farm	Windsor	6	14	14	4 mois	O/A
	15. Friendship House	London	3	15	15	3 mois	M/A
	16. Delisle House	Toronto	6	8	8	6 mois	P/A
	17. Spera Niagara	Welland	3	7	14	9 mois	O/A
	18. Twin Valley	London	6	22	36	—	M
19. Narcanon	Toronto	4	8	16	3 mois	O/A	
20. Oasis	Sudbury	6	6	6	3 mois	M	
TOTAL.....			76	136	205		
Provinces de la Prairie	21. X-Kalay	St-Norbert Manitoba	10	51	80	6 mois	O/A
	22. Kiazam	Winnipeg Manitoba	6	8	10	2 mois	O/A
	23. Point III	Edmonton, Alberta	8	20	24	2 mois	O/A
	24. Help House	Calgary, Alberta	6	8	14	6 mois	O/A
	25. ADAPT	Lamont, Alberta	3	3	12	—	M
TOTAL.....			33	90	140		

Moyens et effectifs de traitement dans les provinces.

TABLEAU H. 2 — Fin

INTERNATS THÉRAPEUTIQUES AU CANADA  
(en date de février 1973)

Région/ province	Nom de l'internat	Lieu	Per- sonnel	Pension- naires	Capa- cité maxi- mum	Durée moyenne de séjour	Cas traités
Colombie- Britannique	26. X-Kalay	Vancouver	7	30	40	12 mois	O/A
	27. X-Kalay	Salt Spring	4	15	25	3 mois	O/A
	28. Richmond Residence (Teen Challenge)	Richmond	4	5	8	4 mois	O/A
TOTAL.....			15	50	73		
TOTAL GLOBAL.....			178	379	634		

\* *Personnel.* — Se rapporte exclusivement au personnel appointé ou salarié y compris le personnel qui traite directement avec les pensionnaires, le personnel administratif et le personnel de soutien. (Dans la pratique, ces catégories tendent à se confondre, puisque la même personne exerce souvent des fonctions qui se rattachent à l'une et à l'autre.) Dans les établissements où les pensionnaires accèdent à des fonctions d'adjoint ou d'auxiliaire, ces personnes ne figurent pas dans les statistiques à moins d'être rétribuées.

† *Capacité maximum.* — Se rapporte exclusivement à la capacité d'hébergement en fonction du personnel et des installations. Bon nombre des établissements énumérés ici dispensent des services externes (dont ceux de post-cure et de consultation) à autant et souvent à plus de sujets qu'il s'en trouve en résidence.

‡ *Durée du séjour.* — Se rapporte à une moyenne approximative, et non pas à une donnée statistique pondérée. La plupart des sujets quittent ces établissements dans les premières semaines, et un tout petit nombre persèverent jusqu'à la fin du séjour autorisé, généralement de 12 à 18 mois. Quelques internats conviennent d'une durée de séjour fixe qui est établie par les pensionnaires.

§ M — difficultés multiples de l'adolescence, dont la toxicomanie.

|| O/A — opiacés/amphétamines.

¶ P/A — polytoxicomanie/amphétamines.

En ce qui concerne la capacité de logement des internats thérapeutiques au Canada, il importe de se rappeler qu'à l'heure actuelle la plupart des internats dépendent en tout ou en partie pour leur subsistance d'une ou de plusieurs subventions (généralement fédérales) à court terme. Jusqu'à ce que leur financement soit assuré à long terme, les moyens de traitement des internats seront sujets à des changements constants.

Le sondage a révélé que les 28 internats thérapeutiques au Canada, en date de février 1973, occupaient un personnel rétribué de 178 membres et hébergeaient 379 pensionnaires avec possibilité d'en accueillir jusqu'à 634 (sans modifier leurs effectifs ni leurs installations).

NOTES

1. MCGLOTHIN, W. H., TABBUSH, U. C., CHAMBERS et JAMISON, K, *Alternative Approaches to Opiate Addiction Control: Costs, Benefits and Potential*, document rédigé à l'intention du Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, U.S. Department of Justice, février 1972, autocopie, p. 21.
2. MILLIGAN, E., directeur du service des traitements et du relèvement (Narcotic Addiction Foundation of British Columbia); communication personnelle à la Commission, 27 août 1972.
3. THOMPSON, Z., médecin du *Edmonton Methadone Evaluation Committee, Methadone Clinic*, communication personnelle à la Commission, 10 octobre 1972.
4. COHEN, S., Alcoholism Rehabilitation Centre, Regina, Saskatchewan, communication personnelle à la Commission, 10 octobre 1972.
5. MATAS, J., directeur, St. Boniface Hospital Drug Rehabilitation Program, communication personnelle à la Commission, 12 octobre 1972.
6. EVERSEN, A., directeur, Narcotic Dependence Program, Clinical Institute, Addiction Research Foundation of Ontario, communication personnelle à la Commission, 14 novembre 1972.
7. KRAKOWSKI, M. et SMART, R. G., *Report on the Evaluation of the Narcotic Addiction Unit's Methadone Maintenance Treatment Program*, manuscrit, Project C 214, Substudy No. 492, Addiction Research Foundation, Toronto, 1972, p. 4.
8. BECK, P. R., Methadone Program, Jewish General Hospital Institute of Community and Family Psychiatry, communication personnelle à la Commission, 19 octobre 1972.
9. HUOT, J., directeur, Deuxième Ligne, communication personnelle à la Commission, 23 octobre 1972.
10. CANADA, Économie et statistique sanitaires, Programmes de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *The Role of the General Hospital in Treatment of Alcoholism and Other Drug Addictions*, autocopie, 6 octobre 1972, p. 1.
11. *IBID.*, p. 2.
12. *IBID.*

## *Le traitement de l'opiomanie dans les pénitenciers fédéraux du Canada*

Au Canada, les programmes spéciaux de traitement des prisonniers consistant à isoler les toxicomanes des autres détenus n'ont pas donné beaucoup de résultats. En 1955, le rapport Fauteux sur les remises de peine proposait la création d'établissements spéciaux pour le traitement des toxicomanes. Faisant suite à cette recommandation, le gouvernement fédéral a construit à Abbotsford, à 45 milles de Vancouver (Colombie-Britannique), le pénitencier à sécurité moyenne de Matsqui. Aménagé pour recevoir 312 prisonniers et 128 prisonnières avec un personnel de 333 membres, Matsqui est ouvert depuis mars 1966.

En janvier 1967, on y a mis à l'essai des traitements spéciaux, en même temps qu'une section de recherche et d'analyse des cas. Il s'agissait d'apprécier l'efficacité d'un traitement créé par l'Unité pilote (U.P.), section spéciale de recherche thérapeutique de Matsqui. On procédait par des comparaisons entre les résultats de ce traitement et ceux obtenus chez un groupe témoin (G.T.) à l'établissement principal<sup>2</sup>. Le traitement donné au groupe expérimental (G.E.) de l'U.P. était plus intensif et comportait plus d'éléments : logement des toxicomanes dans de petits dortoirs au lieu de cellules ; programme de thérapeutique de groupe plus intensif et plus efficace, croyait-on ; participation plus active à des cours de formation.

Le programme expérimental consistait en sept mois de traitement suivis de la libération conditionnelle. Pour juger de la réussite relative des deux programmes, on a comparé le comportement des délinquants au cours des deux années précédant leur emprisonnement et pendant un an et demi à compter de leur libération conditionnelle. On s'est attaché notamment au pourcentage du temps passé à un emploi licite, et à des occupations illicites et à la moyenne mensuelle d'usage des opiacés<sup>3</sup>.

Notons que la comparaison se faisait entre deux programmes de traitement à Matsqui et non pas entre l'emprisonnement avec traitement et l'emprisonnement sans traitement.

M. Brian C. Murphy, chargé de recherches, a rendu compte de l'expérience, et en a résumé ainsi les résultats :

- 1) Aucun des deux traitements n'a mieux réussi que l'autre à augmenter l'emploi licite ou les revenus licites des sujets.
- 2) Le traitement donné au G.T. a beaucoup mieux réussi que l'autre à réduire le temps consacré à des occupations illicites et les revenus illicites des sujets.
- 3) Le traitement au G.T. a contribué bien davantage à faire baisser la fréquence mensuelle de l'usage des opiacés. Ayant partagé la consommation en usage sur ordonnance et en usage sans ordonnance, on s'est rendu compte que les sujets du G.T. consommaient beaucoup moins d'opiacés obtenus sans ordonnance. Mais aucun des deux traitements n'a fait diminuer plus que l'autre la consommation des opiacés obtenus sur ordonnance<sup>5</sup>.

On n'a pas établi clairement pourquoi, après leur libération, les ex-détenus passés par le traitement intense de l'U.P. avaient une plus mauvaise fiche sous le rapport des revenus illicites et de l'usage illicite des opiacés que ceux du groupe témoin qui avaient suivi le traitement général. On attribue ce phénomène plutôt au traitement même qu'à la surveillance des détenus libérés conditionnellement qui aurait été à peu près la même pour tous. M. Murphy a proposé l'explication suivante : grâce à l'excellent programme de thérapeutique de groupe et de formation qu'on leur a offert, les détenus de l'Unité pilote ont développé leur aptitude à communiquer et leurs connaissances générales<sup>6</sup>, ce qui a augmenté leurs atouts dans leurs entreprises illicites. Le chargé de recherches explique leur attitude par le fait qu'ils n'avaient pas l'habileté, l'expérience ni les contacts sociaux nécessaires pour concurrencer les personnes sans casier judiciaire sur le marché restreint du travail ou dans le domaine limité des loisirs et des rencontres sociales honnêtes<sup>6</sup>.

Une comparaison entre le comportement des deux groupes de toxicomanes avant et après leur incarcération permet de constater une certaine amélioration de part et d'autre. Le pourcentage du temps consacré à des fins licites a augmenté : groupe témoin, de 42,5 p. 100 avant l'emprisonnement à 61,4 p. 100 après ; groupe expérimental, de 33,6 p. 100 à 67,1 p. 100. Chez les membres du G.T., le pourcentage du temps consacré à des occupations illicites est passé de 43,7 p. 100 avant l'incarcération à 5,3 p. 100 après, contre 47,1 p. 100 et 22,9 p. 100 respectivement pour le groupe expérimental. La moyenne mensuelle de consommation est tombée de 62,3 fois avant l'emprisonnement à 12,6 fois après pour le groupe témoin, contre 61,9 et 41,6 pour le groupe expérimental<sup>7</sup>.

Ces comparaisons font ressortir une certaine amélioration dans le comportement des membres des deux groupes. Les résultats n'ont cependant rien de remarquable et on ne peut conclure à la réussite du traitement expérimental si l'on songe au nombre des ex-détenus qui ont été incarcérés de nouveau

après leur libération conditionnelle. Le chargé de recherches a informé la Commission que sur les 36 toxicomanes délinquants traités à Matsqui (y compris les 26 qui constituaient le groupe expérimental et le groupe témoin mentionnés ci-dessus), 31, soit 86 p. 100, ont été incarcérés de nouveau dans les cinq années qui ont suivi leur libération conditionnelle. Des cinq détenus demeurés en liberté, deux sont morts dans des accidents moins d'un an après leur libération conditionnelle. Le taux de récidive n'est donc pas loin de 100 p. 100<sup>8</sup>.

L'équipe de recherche et de traitement a supposé, comme nous l'avons déjà souligné, que la surveillance des détenus libérés conditionnellement était à peu près la même pour tous. Le programme expérimental de traitement ne visait pas à évaluer l'effet de la libération conditionnelle et des autres post-cures<sup>9</sup>. Et le quatrième programme spécial (libération conditionnelle) sur la toxicomanie, qui s'appliquait au groupe témoin et au groupe expérimental de Matsqui, ne comportait pas non plus d'élément d'évaluation (voir l'Appendice K, *La libération conditionnelle des héroïnomanes*). Il n'existe donc aucun moyen de faire la part du traitement en détention et celle de la surveillance en régime de libération conditionnelle dans les résultats de l'expérience. Selon M. Murphy, on aurait pu aider davantage ceux-ci à se réadapter à la vie sociale. Il fait ainsi ressortir ce point :

Si la formation dispensée à l'établissement avait été suivie, dès la libération et pendant quelques mois, d'un programme d'intervention énergique, structuré avec soin et appliqué par un personnel suffisant, visant à mettre à la disposition des sujets libérés conditionnellement des moyens de vivre, de travailler et de se distraire dans des conditions saines (et de se refaire des amis), les toxicomanes du groupe expérimental auraient probablement gagné plus d'argent de manière licite et moins de manière illicite, et auraient consommé moins souvent d'opiacés obtenus sans ordonnance que les toxicomanes du groupe témoin. Tenter une série d'expériences semblables, suivies d'un programme d'intervention efficace, me semblerait extrêmement profitable<sup>10</sup>.

À noter que la « technique des cas spéciaux » dans la libération conditionnelle des héroïnomanes, appliquée pendant tous les travaux de recherche en traitement poursuivis à Matsqui, devait comporter les soins intenses de post-cure préconisés par M. Murphy ; mais le Service national des libérations conditionnelles y a mis fin au début de 1972 sans en analyser la valeur (voir Appendice K, *La libération conditionnelle des héroïnomanes*).

Même si un certain nombre d'ex-détenus du groupe expérimental et du groupe témoin ont reçu des doses régulières de méthadone après leur libération conditionnelle de Matsqui, le programme visait à l'abstinence totale et a été évalué en fonction de ce but. D'après les renseignements à leur disposition, les chercheurs ont constaté qu'il existe un lien certain, direct et important entre les occupations illicites et la consommation d'opiacés illicites, mais que le rapport entre les occupations illicites et la consommation d'opiacés

obtenus sur ordonnance est négligeable<sup>11</sup>. Ces constatations ont incité M. Murphy à émettre les hypothèses suivantes :

- 1) La plupart des délits que commettent les toxicomanes ont pour cause principale le manque d'argent pour se procurer des opiacés aux prix élevés du marché illicite.
- 2) Si les toxicomanes pouvaient se procurer des opiacés sans difficulté et à des prix raisonnables, le nombre de délits de cette nature baisserait considérablement<sup>12</sup>.

Ces hypothèses n'ayant pas été vérifiées au cours du programme expérimental de traitement à Matsqui, on ne doit donc pas y chercher les résultats qu'on pourrait atteindre grâce à un programme semblable dans un établissement pénitentiaire, en se servant de la méthadone comme agent de stabilisation et de transition pendant une période de contrôle à la sortie. Ni le Service canadien des pénitenciers ni le Service national des libérations conditionnelles n'ont à ce jour vérifié l'utilité d'une cure d'entretien à la méthadone à l'intention des toxicomanes libérés des pénitenciers. Par ailleurs, le Service canadien des pénitenciers est en train d'élaborer un programme de traitements multiples (décrit ci-après) qui comprendrait peut-être une cure d'entretien à la méthadone adaptée aux détenus susceptibles de se voir accorder un congé temporaire ou d'être libérés conditionnellement. Un certain nombre de sujets libérés conditionnellement, comme nous l'avons souligné à l'Appendice K, suivent une cure d'entretien à la méthadone, soit qu'ils en aient fait la demande, soit qu'on les ait forcés de choisir entre une cure d'entretien ou le retour en prison.

Matsqui demeure un centre de traitement et un établissement à sécurité moyenne destiné aux délinquants opiomanes, même s'il reçoit maintenant des non-toxicomanes. Le centre régional de recherches de New Westminster (Colombie-Britannique) analyse maintenant l'efficacité des traitements qu'on y donne. À l'automne 1972, Matsqui comptait 330 détenus (98 p. 100 de sa capacité)<sup>13</sup>, dont une centaine de toxicomanes<sup>14</sup>. Il y existe encore un programme de thérapie collective, mais il est facultatif. On y accorde de plus en plus d'importance aux libérations de courte durée, libérations conditionnelles d'une journée (voir Appendice K, *La libération conditionnelle des héroïnomanes*) ou congés temporaires<sup>15</sup>, mais la politique du Ministère à ce sujet ayant été réexaminée, on en a réduit le nombre. Ces programmes n'ont pas encore été évalués en tant que traitement de correction des délinquants asservis aux opiacés.

Au Canada, la majorité des pénitenciers fédéraux recourent aux programmes locaux fondés sur l'effort personnel et conçus pour modifier le style de vie des opiomanes délinquants, par l'orientation et la thérapie individuelle et collective. Parmi les programmes de ce genre, mentionnons le *Centre Group* à Kingston (Ontario) ; le *Circle Group*, formé de quinze anciens toxicomanes incarcérés à l'établissement de Collins Bay, Kingston (Ontario) ; l'*Alcoholism and Drug Foundation* du Manitoba, parmi les détenus de Stony Mountain, près de Winnipeg ; *ADCON* qui accomplit un travail identique

auprès des détenus de Prince Albert (Saskatchewan), et deux groupes appelés *Transcendental Meditation* et *Seven Step Movement*, qui exercent leur activité au pénitencier de la Colombie-Britannique à New Westminster.

À l'heure actuelle, dans chaque pénitencier fédéral, au moins un médecin a reçu l'autorisation du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'administrer de la méthadone pour aider au sevrage des nouveaux détenus asservis aux opiacés.

Le Service canadien des pénitenciers met au point un programme de traitements multiples à l'intention des délinquants opiomanes, détenus au *Regional Medical Centre* d'Abbotsford (Colombie-Britannique), pénitencier à sécurité maximum, pouvant abriter 138 prisonniers, voisin de l'établissement de Matsqui. Ce programme, encore au stade initial, comprendra de la thérapie individuelle et collective et sans doute une cure d'entretien à la méthadone ou à un antagoniste des opiacés, selon les besoins des détenus susceptibles de se voir accorder un congé temporaire ou d'être libérés conditionnellement. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social collaborera à l'élaboration du programme qui, espère-t-on, sera mis en œuvre à l'automne de 1973. À remarquer, néanmoins, que le *Regional Medical Centre* s'occupe avant tout des troubles aigus d'ordre psychiatrique entraînés par l'adaptation au milieu pénitentiaire. Le programme ne touchera donc qu'un petit nombre de détenus toxicomanes.

NOTES

1. MURPHY, B. C., *A Quantitative Test of the Effectiveness of an Experimental Treatment Programme for Delinquent Opiate Addicts*, ministère du Solliciteur général du Canada, *Research Centre Report 4*, Ottawa, Information Canada 1972, p. 1.
2. *Ibid.*, p. 16.
3. *Ibid.*, p. 17.
4. *Ibid.*, p. 25.
5. *Ibid.*, p. 31.
6. *Ibid.*, p. 29.
7. *Ibid.*, p. 22 (tableau 6).
8. MURPHY, B. C., communication personnelle à la Commission, 22 décembre 1972.
9. MURPHY, B. C., *A Quantitative Test*, p. 16.
10. *Ibid.*, p. 31.
11. *Ibid.*, p. 34.
12. *Ibid.*
13. SURPRENANT, J. R. G., chef du secrétariat, Service canadien des pénitenciers, communication personnelle à la Commission, 10 octobre 1972.
14. CRAIGEN, D., directeur des services médicaux, Service canadien des pénitenciers, communication personnelle à la Commission, 30 août 1972.
15. La *Loi sur les pénitenciers fédéraux* (1970), article 26, prévoit des sorties, en faveur des détenus, aux conditions ci-après :

Lorsque, de l'avis du commissaire (des pénitenciers) ou du fonctionnaire ayant la direction d'un pénitencier, il est nécessaire ou souhaitable qu'un détenu soit absent, seul ou sous escorte, pour des raisons d'ordre médical ou humanitaire ou pour faciliter son redressement moral, l'absence peut être autorisée à l'occasion

- a) par le commissaire, pendant une période illimitée pour des raisons médicales et pendant une période d'au plus quinze jours pour des motifs humanitaires ou pour faciliter son redressement moral, ou
- b) par le fonctionnaire responsable, pendant une période d'au plus quinze jours pour des raisons médicales et pendant une période d'au plus trois jours pour des motifs humanitaires ou pour faciliter son redressement moral.

*Le traitement de l'opiomane dans les pénitenciers fédéraux du Canada*

L'article 36 de la *Loi sur les prisons et les maisons de correction* (1970) accorde un avantage analogue aux détenus des établissements pénitentiaires provinciaux. En voici le libellé :

Lorsque, de l'avis d'un fonctionnaire désigné par le lieutenant-gouverneur de la province où un prisonnier est incarcéré dans un lieu autre qu'un pénitencier, il est nécessaire ou souhaitable que le prisonnier soit absent, avec ou sans escorte, pour des raisons médicales ou humanitaires ou pour contribuer au redressement moral du prisonnier à un moment quelconque pendant la durée de son emprisonnement, l'absence du prisonnier peut être autorisée de temps à autre par ledit fonctionnaire pendant une période illimitée pour des raisons médicales et pendant une période n'excédant pas quinze jours pour des raisons humanitaires ou pour contribuer au redressement moral du prisonnier.

## La probation des héroïnomanes

### LOI ET RÈGLEMENTS RELATIFS À LA PROBATION

Le régime de la probation au Canada est prévu au Code pénal fédéral<sup>1</sup>, mais son application relève de services provinciaux<sup>2</sup>. Il existe un régime fédéral de libération conditionnelle, mais non de probation.

### LE COMITÉ CANADIEN DE LA RÉFORME PÉNALE ET CORRECTIONNELLE

Ce comité a préconisé l'instauration d'un régime de probation. Il en a donné la définition suivante :

... décision du tribunal par laquelle, sous réserve de conditions précises et à titre d'essai, un délinquant est remis en liberté sous la surveillance d'un agent de probation (ou de quiconque fait fonction d'agent de probation), tout en demeurant susceptible d'être rappelé par le tribunal qui prendra d'autres dispositions à son égard s'il ne respecte pas les conditions de sa probation<sup>3</sup>.

« L'utilisation de la probation, écrit le Comité, devrait prendre le plus d'expansion possible »<sup>4</sup>. Il a noté en outre qu'il y a pénurie d'agents qualifiés en ce domaine<sup>5</sup>.

### DISPOSITIONS DU CODE PÉNAL

Les dispositions relatives à la probation se trouvent à l'article 663 du *Code criminel* :

663-1. Lorsqu'un accusé est déclaré coupable d'une infraction, la cour peut, vu l'âge et la réputation de l'accusé, la nature de l'infraction et les circonstances dans lesquelles l'infraction a été commise,

- a) dans le cas d'une infraction autre qu'une infraction pour laquelle une peine minimum est prescrite par la loi, surseoir au prononcé de la sentence et ordonner qu'il soit libéré selon les conditions prescrites dans une ordonnance de probation :

- b) en plus d'infliger une amende à l'accusé ou de le condamner à l'emprisonnement pour défaut de paiement d'une amende ou pour un autre motif, pour une période ne dépassant pas deux ans, ordonner que l'accusé se conforme aux conditions prescrites dans une ordonnance de probation ;
- c) lorsqu'elle inflige à l'accusé une sentence d'emprisonnement qui ne dépasse pas quatre-vingt-dix jours, ordonner que la sentence soit purgée de façon discontinue aux moments qui sont spécifiés dans l'ordonnance et ordonner que l'accusé se conforme, pendant tout le temps où il ne sera pas en prison en application de cette ordonnance, aux conditions prescrites dans une ordonnance de probation.

Les conditions qui sont censées être comprises dans une ordonnance de probation et celles qui peuvent y être ajoutées, au gré du tribunal, sont énoncées au paragraphe 2 de l'article 663 :

2. Les conditions suivantes sont censées être prescrites dans une ordonnance de probation, savoir : que l'accusé ne trouble pas l'ordre public et ait une bonne conduite et qu'il compareisse devant la cour lorsqu'il en est requis par la cour et, en outre, la cour peut prescrire comme conditions, dans une ordonnance de probation, que l'accusé devra exécuter l'une ou plusieurs des choses ci-après comme le spécifie l'ordonnance, savoir :

- a) se présenter à un agent de probation ou autre personne désignée par la cour, et être sous sa surveillance ;
- b) subvenir aux besoins de son conjoint et de toutes autres personnes qu'il est tenu de faire vivre ;
- c) s'abstenir, soit absolument, soit selon les conditions que la cour peut spécifier, de consommer de l'alcool ;
- d) s'abstenir d'être propriétaire, possesseur ou porteur d'une arme ;
- e) faire restitution ou réparation, à toute personne lésée ou blessée du fait de l'infraction, de la perte ou du dommage véritables soufferts de ce fait par cette personne ;
- f) rester dans le ressort de la cour et notifier à la cour ou à l'agent de probation ou autre personne désignée en vertu de l'alinéa a tout changement d'adresse ou d'emploi ou d'occupation ;
- g) faire des efforts raisonnables en vue de trouver et de conserver un emploi approprié ; et
- h) observer telles autres conditions raisonnables que la cour considère souhaitables pour assurer la bonne conduite de l'accusé et l'empêcher de commettre de nouveau la même infraction ou de commettre d'autres infractions.

#### LE TRAITEMENT EN TANT QUE CONDITION DE PROBATION

Notons que l'alinéa c ci-dessus mentionne l'alcool mais non les autres drogues, et que le paragraphe ne stipule pas la cure parmi les conditions d'une ordonnance de probation. L'obligation de s'abstenir d'autres drogues et de

se soumettre à des vérifications périodiques pour le dépistage de ces drogues dans l'organisme relèverait de l'alinéa *h*. On pourrait également soutenir que la fréquentation d'un centre de traitement pour y subir une cure de son choix pourrait constituer une « condition raisonnable pour assurer la bonne conduite de l'accusé et l'empêcher de commettre de nouveau la même infraction ou de commettre d'autres infractions ». On peut se demander si l'obligation imposée à l'accusé de suivre une cure particulière, par exemple d'entretien à la méthadone, serait jugée « raisonnable » au sens de l'alinéa *h* puisqu'elle comporte la décision grave de maintenir le sujet dans sa dépendance à l'égard d'un stupéfiant opiacé.

En se demandant si on peut à bon droit imposer une cure comme condition d'une ordonnance de probation, on soulève un autre problème : la compétence du Parlement du Canada en droit pénal pour imposer des traitements médicaux. Nous abordons cette question dans l'Appendice F. 1 intitulé (*Cadres constitutionnels*). Nous y étudions en particulier les effets de la condamnation à la détention aux fins de traitement pour une période indéterminée, prévue à la Partie II de la *Loi sur les stupéfiants*, qui n'a jamais été appliquée. On peut se demander si ces dispositions ont un lien suffisamment étroit avec la question de la responsabilité criminelle pour qu'on puisse valablement y avoir recours comme solution de droit pénal. On voit, à son caractère indéterminé que la sentence — qui, dans le cas de simple possession (délit le plus étroitement associé à la toxicomanie), pourrait en fin de compte être beaucoup plus longue que le maximum imposable pour le même délit en vertu de la Partie I, — n'a pas été conçue en fonction de la gravité du délit dont le sujet est trouvé coupable ni en fonction de son relèvement en tant que délinquant, mais plutôt dans l'optique d'une cure pour sa maladie, la toxicomanie. Et les dispositions relatives au traitement obligatoire n'établissent pas nécessairement non plus un lien entre la toxicomanie et le délit dont l'individu est coupable. La toxicomanie pourrait se rapporter à une drogue différente de celle qui a fait l'objet du délit. On pourrait prétendre, pour fonder une condamnation à la détention aux fins de traitement pour une période indéterminée, qu'elle n'est qu'une sorte de détention préventive, mais la Partie II prévoit spécifiquement la détention préventive lorsque l'individu a déjà été déclaré coupable de trafic ou d'importation. Selon la Partie II, il est clair que la détention préventive ne devrait pas s'appliquer dans le cas de délit de simple possession et encore moins s'il s'agit d'une première infraction. En dépit de la relation étroite entre toxicomanie et délit, il est douteux que le Parlement puisse obliger un toxicomane à suivre une cure, en vertu de sa compétence en matière de prévention de la criminalité. Ce serait lui reconnaître le droit d'imposer des traitements, même en l'absence de tout délit ou acte criminel. Un tel pouvoir aurait des conséquences considérables et devrait logiquement comporter le droit d'imposer des traitements à des individus atteints de certains troubles mentaux.

Il s'agit peut-être là dans bien des cas, de simples particularités des articles de la Partie II de la *Loi sur les stupéfiants* qui rendent ces articles

contestables. Mais il ne fait pas de doute que le Parlement a le pouvoir d'imposer des traitements aux détenus des pénitenciers fédéraux. Ainsi, un délinquant condamné à la prison peut être astreint à un régime thérapeutique tel que celui de Matsqui (voir Appendice I). Il s'agit là, indubitablement d'une forme de traitement obligatoire qui relève des attributions du Parlement. Le délinquant est condamné à un emprisonnement d'une durée variable, compte tenu du délit, et le gouvernement fédéral, exerçant ses pouvoirs en matière pénale, détermine le régime auquel il sera soumis. Les services de correction s'occupent du détenu en tant que sujet souffrant d'un état lié au comportement criminel. Toutefois, la sentence ne repose pas sur cet état ; la durée de l'emprisonnement n'est pas fonction des chances de succès des traitements. Ce n'est pas la notion de « traitement » en soi qui laisse planer des doutes sur la compétence du Parlement. Il est sûr que celui-ci peut prévoir des traitements dans les pénitenciers fédéraux et dans divers domaines de son ressort, notamment les forces armées et l'immigration. De plus, toutes les mesures de correction peuvent être considérées comme des « traitements » au sens large, y compris l'emprisonnement (voir *Le traitement*, p. 10). Au fond, il s'agit d'établir si le but recherché par une mesure relève bien du droit pénal ou du moins se rattache bien à la compétence fédérale en cette matière. Évidemment, on peut alléguer à bon droit que le traitement du délinquant contre la toxicomanie fait partie de son relèvement. Mais il est permis de se demander ce que vaut cet argument pour justifier une condamnation pouvant aller jusqu'à la perpétuité pour un délit ordinairement frappé d'une peine maximum de sept ans. Il faut que le châtiment soit non seulement proportionné au délit mais adapté au délinquant. C'est pourquoi en cette matière il y a lieu de tenir compte des antécédents et de la personnalité de l'accusé, ainsi que des circonstances. D'autre part, le Parlement ne saurait s'autoriser d'un délit pour s'immiscer sans restrictions dans l'existence de son auteur.

Si un tribunal juge à propos d'imposer la probation à un individu pour une période déterminée, compte tenu de la nature de l'infraction et de la personnalité du coupable, on ne voit pas ce qui l'empêcherait d'ajouter comme condition une cure de désintoxication.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas exagérer le côté coercitif de telle condition puisque dans la pratique il faudrait obtenir l'accord du délinquant. Les thérapeutes estiment en effet que ce consentement est indispensable à la motivation. Sans doute le sujet est-il un peu contraint par la menace d'emprisonnement, mais il faut autant que possible obtenir sa bonne volonté.

Le Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle jugeait cette collaboration du délinquant très importante dans ce qu'elle appelle le « contrat » de probation, ainsi qu'en fait foi le passage suivant de son rapport :

Les responsables des services de correction ne sont pas tous d'accord sur la question de savoir si l'on devrait exiger le consentement du délinquant avant de rendre une ordonnance de probation. Aucune possibilité ne s'offre

au délinquant de choisir entre les diverses décisions que peut rendre le tribunal. Il se peut que certains délinquants qui refusent la probation apprendraient à l'accepter si elle leur était imposée. Cependant, le Comité croit que la probation peut donner de meilleurs résultats si le délinquant comprend et accepte ce qu'elle implique. Lorsqu'il signe l'ordonnance, il engage sa collaboration personnelle.

*Le Comité recommande qu'avant d'émettre une ordonnance de probation, le juge ou le magistrat explique au délinquant les implications et conditions de l'ordonnance ; qu'un double de l'ordonnance de probation, signé par le juge ou le magistrat, soit signifié au délinquant ; et que l'on demande au délinquant de signer sur l'original de l'ordonnance une attestation qu'un double lui en a été remis, qu'il comprend les modalités de l'ordonnance et qu'il accepte de s'y conformer<sup>8</sup>.*

#### SANCTION POUR MANQUEMENT À UNE ORDONNANCE DE PROBATION

Celui qui volontairement omet ou refuse de se conformer à une ordonnance de probation se rend coupable d'une infraction punissable, sur déclaration sommaire de culpabilité, d'un emprisonnement d'au plus six mois ou d'une amende d'au plus 500 dollars, ou des deux à la fois<sup>7</sup>. Lorsque l'accusé soumis à une ordonnance de probation se rend coupable de cette infraction ou de toute autre, le tribunal qui a rendu l'ordonnance peut, en sus de toute peine imposable en l'espèce, le sommer de comparaître, et, après audition, si l'ordonnance a été rendue sur sursis, la révoquer et imposer toute sentence qui aurait pu être prononcée s'il n'y avait pas eu sursis, ou apporter à l'ordonnance les changements qu'il estime souhaitables, ou prolonger la période durant laquelle l'ordonnance doit rester en vigueur<sup>8</sup>.

#### LA PROBATION DES OPIOMANES AU CANADA

L'analyse qui suit s'inspire d'une étude de la Commission sur l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone appliqué aux héroïnomanes en probation, et d'entrevues avec des responsables du traitement et de la correction dans les villes du Canada où l'héroïnomanie est relativement fréquente.

##### *Colombie-Britannique*

Avec la collaboration de la *Narcotic Addiction Foundation*, on a mis à l'essai à Vancouver le régime de probation avec analyse d'urine pour exercer un contrôle sur l'usage illicite de drogues, ou avec cure d'entretien à la méthadone. Les résultats ont suscité des appréciations très variées.

Dans un mémoire présenté à la Commission en avril 1971, M<sup>me</sup> Miriam Bent, agent principal de surveillance à Vancouver, préconise la probation comme moyen d'inciter les délinquants toxicomanes à suivre des traitements<sup>9</sup>. Elle décrit l'évolution des idées qui s'est produite vers la fin des années 60 et qui a amené certains juges à faire l'essai de la probation avec cure obligatoire, au lieu de la condamnation au pénitencier qu'ils devaient imposer pour que le délinquant puisse profiter des traitements dispensés à

Matsqui (voir Appendice I). Dans bien des cas, on infligeait à des jeunes des sentences de deux ans ou plus pour qu'ils puissent être placés à Matsqui. On a fait comprendre aux juges de Vancouver qu'en optant plutôt pour le régime de la probation, ils pouvaient avoir recours aux services de traitement qu'offrait la *Narcotic Addiction Foundation*.

M<sup>re</sup> Bent a souligné qu'au début les dirigeants de la Fondation hésitaient à collaborer avec les autorités judiciaires pour deux raisons : ils craignaient de s'aliéner les sujets qui se prêtaient spontanément au traitement si ceux-ci apprenaient que la Fondation collaborait avec ces autorités, et en second lieu, la Fondation, en tant qu'organisme de traitement, n'entendait pas appliquer des conditions de probation qui, en cas de manquement, pouvaient entraîner des sanctions pénales contre ses malades.

L'expérience a donc consisté à accorder la probation à certains délinquants à condition qu'ils se présentent à la Fondation pour des analyses d'urine ou qu'ils acceptent la cure d'entretien à la méthadone. Voici en quels termes M<sup>re</sup> Bent a décrit le succès de l'expérience :

...On semble avoir obtenu plus de succès (abstention d'héroïne) avec les sujets astreints à une ordonnance du tribunal que pour l'ensemble des cas traités à la *Narcotic Foundation*.

Ce phénomène s'explique, selon l'auteur, de la façon suivante : il ne fait pas de doute que l'initiative du tribunal (la menace d'incarcération) influe sur la décision du sujet d'accepter les traitements. La présence d'un conseiller sympathique mais muni d'une certaine autorité (dans ce cas, un agent de probation) semble aussi un élément important. La *Narcotic Foundation* a ses conseillers, qui semblent très bien acceptés de ceux qui la fréquentent ; ils semblent tolérer davantage les manquements à la cure que les agents de probation. Le contrôle exercé à la Fondation se traduit soit par échec immédiat, soit par un succès, imposé d'abord de l'extérieur (tribunal, agent de probation, *Narcotic Foundation*) puis accepté par l'individu à mesure qu'il se rend compte des bienfaits immédiats de la cure et des avantages indirects (emploi, vie conjugale, etc.)<sup>9</sup>.

Selon M<sup>re</sup> Bent, les traitements réussiraient « auprès de 80 p. 100, au bas mot, de ceux qui s'y soumettent ».

Voici comment on amenait les délinquants à se faire traiter. S'ils étaient accusés d'un délit relatif à l'héroïne, ou si le juge apprenait qu'il avait affaire à des héroïnomanes, il leur conseillait de s'adresser aussitôt à l'*Addiction Research Foundation* et il déférait ces causes au Service de probation pour un rapport préliminaire. Souvent ce sont les agents de probation qui signalent aux accusés qu'ils auraient intérêt à s'adresser à la Fondation, à suivre ses traitements et à démontrer ainsi au tribunal qu'ils ont sérieusement l'intention de se guérir de leur héroïnomanie avant de s'y présenter de nouveau. Pendant le sursis accordé pour la préparation du rapport, les accusés auront l'occasion de faire preuve de bonne volonté. S'ils font des progrès dans le relèvement, le tribunal ajourne souvent l'affaire à trois ou quatre semaines pour leur per-

mettre de démontrer qu'ils suivent bien les traitements. Si les héroïnomanes parviennent à l'abstinence pendant ce délai, la plupart des tribunaux surseoient à la sentence et les mettent en probation<sup>10</sup>. L'ordonnance de probation contient ordinairement la condition suivante : « Se soumettre à des analyses d'urine chaque fois que l'exigera l'agent de probation, un résultat positif (révélant l'usage de drogue) constituant un manquement à l'ordonnance de probation. »

La Commission a étudié les dossiers de 75 héroïnomanes en probation, confiés de cette façon à la *Narcotic Addiction Foundation* de Vancouver du 4 septembre 1968 au 15 juillet 1971<sup>11</sup>. De ce nombre, 23 étaient sous le coup d'ordonnances de probation d'au plus un an, 31 de 2 ans et 21 de 3 ans.

La probation pouvait être révoquée pour les motifs suivants : nouvelle infraction ; un certain nombre d'analyses d'urine positives, et manquement à l'une des autres conditions de l'ordonnance. Dans les cas de probation révoquée pour la deuxième raison, on a compté en moyenne 4,73 analyses positives chez les sujets du sexe masculin contre 5,06 chez les sujets du sexe féminin. Au mois d'août 1971, chez 4 des 75 sujets, la probation avait été menée à bonne fin ; chez 11, elle avait été révoquée pour un nouveau délit ; chez 3, pour manquement à l'une des autres conditions ; chez 6, en raison des résultats de plusieurs analyses ; enfin, dans 6 autres cas, pour le motif ci-dessus et pour manquement à une autre condition.

De cette étude, l'équipe de recherche de la Commission a tiré les conclusions suivantes :

1. Il est impossible, sans pousser l'analyse plus loin, d'établir si certains toxicomanes se prêtent mieux que d'autres aux traitements ou s'ils pourraient être choisis en vertu de certains critères. Nous avons constaté cependant que la cure à la méthadone réussit mieux aux sujets « qualifiés » qu'aux autres.
2. Il semble que la durée optimum de la probation pour le succès de la cure soit de 2 ans. Ni l'analyse que nous avons faite ni les données qu'on nous a fournies n'en indiquent la raison, mais nous croyons ce phénomène attribuable surtout au jeu conjugué des relations entre le probationnaire, les agents de probation et les conseillers de la N.A.F.
3. Dans l'ensemble, 51 des toxicomanes (68 p. 100) réagissent bien à la cure et la poursuivent ou ont terminé leur probation avec succès. Le taux de succès de la cure serait légèrement inférieur à celui qu'a signalé M<sup>me</sup> Bent du Service de probation de Vancouver. Une proportion très appréciable des probationnaires sont demeurés hors de prison et se sont abstenus d'héroïne.
4. Fait important, les agents de probation du Service de probation de Vancouver reconnaissent l'inutilité de l'emprisonnement pour la plupart des délinquants héroïnomanes. Souhaitant que la cure à la méthadone donne des résultats, les tribunaux se sont montrés indulgents à l'égard de nombreuses « rechutes », laissant à la discrétion de l'agent de probation de ne pas signaler toutes les analyses positives d'urine lorsque par

ailleurs le comportement social du sujet était satisfaisant. En général, ils croient que la nouvelle cure à la méthadone pour les héroïnomanes est une solution de rechange heureuse sinon supérieure à la détention qui voue de nouveau trop de toxicomanes à la succession des emprisonnements et des relâchements. Notre analyse corrobore cette opinion<sup>12</sup>.

Deux remarques s'imposent ici : on parle de réussite pour 68 p. 100 des probationnaires mais en réalité seulement 4 des 75 sujets en probation ont terminé cette épreuve avec succès ; en second lieu, ce succès tient sans doute en partie à l'indulgence, dont parlait M<sup>me</sup> Bent, à l'égard des manquements à l'abstinence constatés par les analyses d'urine. Selon les ordonnances de probation, une analyse positive constitue un manquement ; mais les dossiers des sujets dont la probation a été révoquée à cause d'un « certain nombre d'analyses positives » révèlent en moyenne cinq manquements de ce genre. L'idée que l'on se fait du succès relatif de la cure dépend donc du plus ou moins de sévérité dont on souhaiterait assortir les conditions de la probation.

D'autres agents de probation se sont montrés moins enthousiastes pour la cure des probationnaires confiés à la Fondation. M. Larry Hoff, agent principal de probation de Vancouver, s'est dit d'avis que, d'après les vérifications courantes des rapports hebdomadaires d'analyse d'urine, la cure de la Fondation échoue dans 70 p. 100 des cas. À la longue, selon lui, un pourcentage encore plus élevé de sujets retomberaient dans la toxicomanie ou seraient arrêtés pour une nouvelle infraction ; au mieux, le taux de réussite chez les toxicomanes en probation ne dépasserait pas 7 ou 8 p. 100<sup>13</sup>.

Évidemment, les agents de correction sont plus sévères que le personnel traitant en ce qui concerne les résultats positifs de l'analyse d'urine (du moins en tant qu'indice d'échec), bien qu'ils doivent eux aussi faire preuve d'indulgence et de souplesse quand ils se fondent sur ce manquement pour réclamer la révocation de la probation ou de la libération conditionnelle. Dans une étude sur 75 probationnaires soumis à la cure à la méthadone, faite pour la Commission, le succès a été déterminé par la fidélité à la cure plutôt que par les rechutes qui auraient pu entraîner la fin de la cure ou de la probation. Les chiffres donnés par M. Hoff se rapportent, semble-t-il, aux sujets qui respectent à la lettre la condition de leur probation voulant qu'une seule analyse positive d'urine soit un motif de révocation.

Les critères de succès appliqués par le Service de probation de la Colombie-Britannique aux héroïnomanes en probation se ramènent à ceci : « s'abstenir d'héroïne et de toute autre drogue illicite ; éviter toute activité délicate et toutes relations indésirables ; se préparer à un rôle utile dans la société, notamment en ce qui concerne le travail, la famille et les loisirs ; cultiver une attitude favorable au relèvement et à un comportement justifiant l'estime de soi<sup>14</sup> ».

Les sujets en probation qui « ne réagissent pas aux traitements » et qui sont rayés de la cure de la Fondation sont renvoyés devant le tribunal

pour manquement à la probation si l'ordonnance le permet et s'il est possible de faire la preuve de leur manquement. Autre solution, on peut inscrire une mauvaise note à leur dossier de probation ; alors ils baissent en rangs dans le rôle de l'agent de probation ; celui-ci présentera un rapport défavorable si leur probation prend fin et qu'ils comparaissent de nouveau en cour pour une autre accusation, et ils risqueront l'emprisonnement.

En envoyant les probationnaires à la Fondation pour l'analyse d'urine ou la cure d'entretien à la méthadone, on a causé du mécontentement chez les responsables de la correction et des traitements. La Fondation est disposée à se charger de l'analyse d'urine pour tous les probationnaires aux fins du dépistage de la drogue illicite, mais elle tient à demeurer parfaitement libre dans le choix des sujets à qui administrer la cure à la méthadone. Elle ne voudrait pas être obligée par le tribunal d'accepter des personnes qu'elle jugerait inaptes à profiter de cette cure. D'autre part, les agents de probation qui se sentent tenus à plus de sévérité pour les manquements aux conditions de la probation s'inquiètent de la forte consommation de drogue illicite qui ressort des rapports hebdomadaires d'analyse d'urine émanant de la Fondation et déplorent que le personnel de la Fondation refuse de déposer en cour pour corroborer ces rapports lorsqu'ils les invoquent comme motif de révocation de la probation.

Un membre du personnel traitant exprimait le point de vue de ses collègues à la Commission dans les termes suivants :

Les services de libération conditionnelle et de probation sont chargés de l'application des lois. Nous ne le sommes pas. Et il faut que cette distinction soit bien comprise. Nous n'avons pas à nous préoccuper de l'application des lois auprès du malade qui suit la cure, même s'il est en probation.

Il y aurait incompatibilité dans les fonctions du thérapeute s'il avait le pouvoir de renvoyer un individu en prison tout en ayant pour tâche de lui épargner cette peine... La relation de malade à thérapeute pourrait durer des années sans succès si cette incompatibilité subsistait.

Même si les tribunaux ou les services de probation ou de libération conditionnelle dirigent des individus à la Fondation ou fixent comme condition de leur libération qu'ils suivent une cure à son centre de traitement, nous ne sommes nullement obligés de les accueillir<sup>16</sup>.

Au 31 octobre 1972, le bureau du Service de correction de la Colombie-Britannique à Vancouver avait été saisi de 194 cas d'héroïnomanie et d'une cinquantaine de cas de consommation d'héroïne non habituelle, parmi ses 973 probationnaires. De tous les usagers d'héroïne en probation à Vancouver, 24 suivaient une cure d'entretien à la méthadone à la *Narcotic Addiction Foundation*. Selon le Service de probation, 13 d'entre eux réagissaient bien à la cure, d'après les rapports hebdomadaires d'analyse d'urine, soit un taux de réussite de 54 p. 100. Sur 6 129 sujets en probation en Colombie-Britannique le 31 octobre 1972, 325 étaient héroïnomanes et 100 tâtaient de l'héroïne sans y être asservis, d'après les calculs estimatifs<sup>16</sup>.

Depuis deux ans, de moins en moins de probationnaires suivent la cure d'entretien à la méthadone de la *Narcotic Addiction Foundation* à Vancouver. En 1971, il y en avait en moyenne 45 par jour. Cette moyenne est tombée à 35 au premier semestre de 1972. Du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 1972, 54 probationnaires ont fréquenté la Fondation, soit une moyenne de 28 par jour. Pendant cette période de 5 mois, le Service de probation a jugé, — selon les mêmes critères que ci-dessus — que 13 d'entre eux avaient réagi avec succès à la cure d'entretien, soit 24 p. 100. Pendant les derniers mois de 1972, le Service de probation a réduit à 23, en moyenne, le nombre des sujets fréquentant chaque jour la Fondation.

Nous pouvons conclure de cette diminution que le Service de probation préfère garder à sa charge les probationnaires héroïnomanes plutôt que de les confier à la Fondation pour une cure d'entretien à la méthadone donnant d'aussi piètres résultats d'après l'analyse d'urine. Des rapports hebdomadaires d'analyse d'urine faisant constamment état d'usage illicite de drogue embarrassent le Service de probation, qui est censé intervenir, puisque les ordonnances de probation stipulent qu'une analyse d'urine positive constitue un manquement. D'autre part, les agents de probation ont l'impression que les probationnaires leur échappent davantage lorsqu'ils sont confiés à des institutions de traitement.

Pour surmonter cette difficulté, le Service de probation a obtenu de certains tribunaux de Vancouver qu'ils posent comme condition du privilège que les probationnaires se confient à la garde de tout agent de police qui aurait des motifs raisonnables et pertinents de croire qu'ils prennent illicitement de la drogue en contravention de l'ordonnance, et qu'ils se prêtent à une vérification par analyse d'urine au service de police. La police doit signaler au Service de probation toute analyse positive. On trouvera ci-après, aux pages 1014 et 1015, une ordonnance de probation spécimen contenant cette condition, de même que les instructions données à la police de Vancouver. Le service de probation peut ainsi exercer un certain contrôle et obliger les sujets à respecter les conditions de l'ordonnance de probation en se prêtant à une analyse d'urine que le personnel traitant n'a plus besoin de corroborer pour que le tribunal en exige le respect.

*Conditions spéciales de probation pour certaines personnes trouvées coupables de simple possession d'héroïne, à Vancouver en 1971 et 1972.* — Le Service de correction de la Colombie-Britannique a fourni à la Commission le libellé même des conditions spéciales offertes à 76 personnes coupables de simple possession d'héroïne et placées en probation à Vancouver en 1971 et 1972. On trouvera un tableau analytique de ces conditions à l'Annexe 3, page 1016. Ces cas, pris au hasard dans les dossiers des agents de probation de Vancouver, sont considérés comme représentatifs.

Des 76 ordonnances, 40 contenaient des conditions relatives au traitement de la toxicomanie. Dans 18 (soit 24 p. 100) des cas, le tribunal a exigé que les probationnaires se soumettent à une cure particulière ; dans les 22 autres, la cure était laissée à la discrétion d'un agent de probation.

Aucun probationnaire n'a été sommé de se soumettre à une cure d'entretien à la méthadone. On peut interpréter ce fait de diverses façons : il se peut que les tribunaux aient supposé que les probationnaires tenus de fréquenter la *Narcotic Addiction Foundation* devraient suivre une cure de cette nature ; il se peut qu'ils aient préféré s'en remettre aux autorités médicales de décider si cette cure convenait ou non à chaque individu ; enfin ils doutaient peut-être de leur droit d'exiger comme condition de probation qu'un individu subisse une cure l'astreignant à la dépendance à l'égard d'un stupéfiant opiacé.

Les conditions le plus fréquemment imposées dans ces 76 cas avaient trait à l'analyse d'urine obligatoire demandée par l'agent de probation (42, soit 55,7 p. 100) et à l'interdiction de fréquenter des usagers et des vendeurs de drogues notoires (34, soit 44,8 p. 100). On peut y voir le souci chez les autorités judiciaires de combattre l'usage illicite de la drogue par les héroïnomanes en probation, et les contacts avec des délinquants.

### *Alberta*

À Edmonton, les tribunaux n'ont imposé jusqu'ici ni l'analyse d'urine ni la cure d'entretien à la méthadone comme conditions de probation aux sujets faisant usage d'héroïne ou soupçonnés d'en faire usage.

À l'automne 1972, le Service de probation d'Edmonton n'usait pas de mesures particulières pour la surveillance et le traitement des héroïnomanes en probation. Cependant, on avait demandé la création d'une unité spéciale affectée à la drogue. M. G. D. Fralick, directeur du Service de probation, en avait exposé la nécessité dans les termes suivants :

Il n'y a pas de solution facile au problème de la drogue. Il faut beaucoup de temps et de connaissances pour mener à bien le traitement des héroïnomanes. Il est évident que si les tribunaux continuent de nous confier les délinquants toxicomanes, il faut que nous nous occupions directement ou indirectement de leur traitement...

Ce travail est très long ; si nous voulons nous y livrer à fond, nous devons réduire le nombre de ceux dont nous nous occupons et augmenter notre personnel.

Je souhaiterais que les personnes affectées à la lutte contre la toxicomanie se spécialisent dans ce domaine, et pour cela, que nous soyons en mesure de leur fournir la formation nécessaire".

L'augmentation du personnel a été accordée et on a envisagé de consulter les tribunaux pour déterminer comment utiliser au mieux la probation de concert avec les services locaux de traitement.

À la fin d'octobre 1972, le Service de probation d'Edmonton a fait savoir à la Commission que sur 1 550 individus déclarés coupables d'infractions diverses et jouissant de la probation, les sujets ayant eu des démêlés relatifs aux stupéfiants se répartissaient de la façon suivante : en cure d'entretien

## Appendice J

à la méthadone, 19 ; faisant usage d'héroïne, 45 ; en ayant déjà fait usage, 64 ; soupçonnés d'en faire usage, 35. On faisait état également du fait que dans les rapports préliminaires demandés par les tribunaux d'Edmonton, la proportion des infractions relatives à la drogue avait augmenté régulièrement ainsi qu'en faisaient foi les chiffres portant sur quatre mois de 1972 : juillet, 11,5 p. 100 ; août, 13,1 p. 100 ; septembre, 27,5 p. 100 ; octobre, 32,9 p. 100<sup>18</sup>.

Si l'on en juge par le nombre de sujets qui ont terminé leur stage de probation sans qu'intervienne de sentence pour manquement, le régime de probation de l'Alberta serait fructueux. Au 31 décembre 1972, 4 049 adultes profitaient de ce régime avec surveillance suivie. Pendant l'année, les tribunaux avaient été saisis de seulement 181 cas de manquement à la probation<sup>19</sup>. Pour les motifs indiqués ci-dessus, nous ne pouvons apprécier le succès de la probation chez les héroïnomanes d'Edmonton ; toutefois, d'après les résultats obtenus dans les autres provinces, ce succès auprès des opiomanes serait beaucoup moindre que pour l'ensemble du régime dans la province.

Selon un agent de probation d'Edmonton, ses collègues passent de 60 à 80 p. 100 de leurs temps à rédiger des rapports, ce qui ne leur laisse pas suffisamment de temps pour s'occuper des cas qui leur sont confiés, pour faire de la recherche et suivre les sujets dans le milieu, après leur stage en probation.

### *Manitoba*

En octobre 1972, le directeur adjoint des services de probation du ministère de la Santé et des Affaires sociales du Manitoba signalait que, sur 1 250 adultes et jeunes en probation à Winnipeg, 6 seulement s'étaient avoués héroïnomanes et 12 seulement avaient reconnu faire usage d'héroïne de temps à autre. Comme les probationnaires n'aiment pas reconnaître qu'ils prennent de la drogue, le nombre des usagers en probation, à son avis, devait être beaucoup plus élevé. Le Service de probation du Manitoba ne cherche pas à dépister l'usage de drogue par des analyses d'urine chez ceux qui en sont soupçonnés. Des 6 qui se disaient des habitués, 2 étaient détenus dans une prison fédérale, 2 suivaient une cure d'entretien ordinaire à la méthadone et 2 une cure irrégulière<sup>20</sup>.

### *Ontario*

À la fin d'octobre 1972, le Service de probation et de postcure de l'Ontario comptait 24 héroïnomanes et 42 sujets prenant de l'héroïne à l'occasion, parmi les 3 778 probationnaires de l'agglomération de Toronto. Chez les habitués, 17 suivaient une cure d'entretien à la méthadone dont 16 à l'*Addiction Research Foundation of Ontario*. Trois probationnaires se soumettaient aux analyses d'urine de la Fondation, à la demande d'un agent de probation.

Selon le directeur du programme de traitement de la dépendance à l'égard des stupéfiants du *Clinical Institute (Addiction Research Foundation)*,

les tribunaux de la région de Toronto avaient confié à la Fondation, au cours des trois années précédentes, de 12 à 15 sujets souffrant de dépendance à l'égard des opiacés. Dans ces cas, l'ordonnance de probation exige ordinairement que la personne « suive une cure à l'*Addiction Research Foundation* ».

La Fondation ne rend pas compte régulièrement du résultat des analyses d'urine aux agents de probation à Toronto. Elle collabore cependant avec le Service de probation et les tribunaux lorsqu'elle est d'avis qu'une personne profiterait ou a profité d'une cure d'entretien à la méthadone. Elle invoque parfois les rapports de ces analyses à la décharge des inculpés devant les tribunaux. Le directeur ne pouvait se rappeler aucun cas où les tribunaux auraient dirigé des sujets à la Fondation pour des analyses d'urine seulement.

Pour plus de la moitié des probationnaires, les tribunaux de la région de Toronto n'exigent pas de rapport préliminaire. La très grande majorité des sujets ne sont tenus de se présenter à leur agent de probation qu'une fois par mois, de sorte qu'ils pourraient prendre longtemps de l'héroïne sans risquer d'être découverts. Le Service de probation n'avait aucune idée du nombre de sujets à sa charge, à Toronto, qui pouvaient être asservis aux stupéfiants ou en faire usage à l'occasion.

S'il est prouvé au cours d'une enquête préliminaire qu'un individu fait usage d'héroïne, un agent de probation en saisit le tribunal. La réaction de celui-ci dépend du juge qui le préside. Il n'y a pas unité de vues entre les juges sur la façon de sévir contre l'usage de l'héroïne. Comme l'usage suppose nécessairement la simple possession, qui relève du code criminel, les juges hésitent à statuer qu'il y a usage ou dépendance sans une preuve irréfutable.

Selon les agents de probation de Toronto, les autorités policières et judiciaires ne se préoccuperaient pas de traitement. À leur connaissance jamais une ordonnance de probation n'avait obligé un probationnaire à se prêter à des analyses quotidiennes d'urine. Ils n'étaient pas disposés à recommander aux tribunaux d'imposer comme condition de la probation que le sujet soit confié à l'*Addiction Research Foundation* sans l'accord des médecins de celle-ci. Il n'y a pas encore eu de consultation officielle entre le Service de probation et les responsables des traitements pour déterminer quelle collaboration il conviendrait d'instituer. Le Service de probation disposait de peu de renseignements sur les résultats obtenus auprès des héroïnomanes en probation, car il ne possède pas de dossiers spéciaux pour cette forme de délinquance.

Les agents de probation de Toronto ont déclaré n'avoir ni les ressources financières ni le personnel nécessaires pour tirer le meilleur parti possible de la probation en même temps que des services de traitement pour résoudre le problème de l'héroïnomanie chez les probationnaires. Selon eux, il faudrait un diagnostic individuel plus poussé au moment de la comparution du délinquant. On ne fait appel au Service de probation que pour l'individu

qui a eu des démêlés avec la justice et les agents de probation disposent ordinairement de deux semaines à un mois pour rédiger le rapport préliminaire ; les agents étaient d'avis que si l'héroïnomanie était décelée pendant cette enquête préliminaire, ce serait le meilleur moment pour mettre le contrevenant en contact avec les services de traitement et obtenir un diagnostic. Cela exigerait une collaboration étroite entre le tribunal, le Service de probation et le personnel traitant. Le rapport préliminaire ne tiendrait pas seulement compte des antécédents sociaux et judiciaires de l'individu mais, au besoin, du diagnostic qui indiquerait, entre autres, si le contrevenant doit être hospitalisé, s'il lui faut une cure d'entretien à la méthadone.

Les conditions de l'ordonnance de probation déterminent quels actes constituent des manquements. Dans la plupart des cas, les contrevenants sont renvoyés devant le tribunal faute de s'être présentés à l'agent de probation ou parce qu'ils ont été déclarés coupables d'une autre infraction. Il est rare qu'on invoque d'autres motifs. Les agents de probation ont souligné que contrairement à ce qui se passe pour la libération conditionnelle, où c'est la Commission nationale qui décide de la révocation ou de la suspension sans faire appel aux tribunaux, le manquement aux conditions de la probation doit être déféré à un tribunal, tout comme une accusation en bonne et due forme dont l'inculpé peut se déclarer innocent et se défendre. Au dire des agents de probation, cette procédure est plus « légaliste » et exige un choix plus judicieux des motifs et plus de soin dans la présentation de la preuve. Des 29 211 probationnaires surveillés en Ontario pendant 1971, 2 920 (soit 10 p. 100) se sont rendus coupables de manquements. Une faible proportion d'entre eux auraient eu la permission de terminer leur stage de probation sans se voir imposer de sentence<sup>21</sup>.

*Conditions spéciales de probation pour personnes coupables de simple possession d'héroïne, en 1971 et 1972 à Toronto.* — Le ministère des Services de correction de l'Ontario a fourni à la Commission le texte des conditions spéciales imposées à 38 personnes trouvées coupables de simple possession d'héroïne et placées en probation à Toronto en 1971 et 1972. On trouvera un tableau de ces conditions à l'Annexe 3, page 1016. Ces cas, pris au hasard dans les dossiers du Service de probation de l'agglomération de Toronto, sont considérés comme représentatifs.

Des 38 ordonnances de probation, 28 contenaient une condition relative au traitement de la toxicomanie. Toutefois, 7 de ces ordonnances seulement exigeaient une cure particulière. Dans 15 des cas, on a laissé à la discrétion de l'agent de probation le soin de déterminer l'ampleur de la cure, et dans 11 cas, la nature de la cure ; dans les 6 autres cas, le tribunal n'a spécifié ni la nature de la cure ni dans quelle mesure le probationnaire devait s'y soumettre.

Contrairement à ce qui se fait à Vancouver (Colombie-Britannique), aucune de ces ordonnances de probation n'obligeait le sujet à se soumettre aux analyses d'urine pour dépistage de l'usage illicite de drogue.

*Québec*

En novembre 1972, sur quelque 700 probationnaires relevant du Service de probation des adultes à Montréal, on comptait 3 héroïnomanes avérés. L'un recevait des soins à un dispensaire une ou deux fois par mois. Les sujets n'étaient pas tenus par les tribunaux ni par le Service de probation aux analyses d'urine.

Moins de la moitié des probationnaires auraient fait l'objet d'une enquête du Service de probation de Montréal avant leur sentence. Au moins 80 p. 100 des sujets sont tenus de se présenter une fois par mois, les autres plus ou moins souvent<sup>22</sup>.

*Nouvelle-Écosse*

En janvier 1973, le Service de probation des adultes d'Halifax a informé la Commission que, sur 500 probationnaires, trois avaient déjà pris de l'héroïne, et qu'à sa connaissance ils n'en prenaient plus. On ne se rappelait qu'un cas où un individu avait été placé en probation pour simple possession d'héroïne; bien que son ordonnance de probation n'ait comporté aucune condition spéciale, le tribunal lui avait enjoint de suivre des traitements au *Nova Scotia Hospital*<sup>23</sup>.

À l'heure actuelle, lorsque des probationnaires ont des difficultés en matière de drogue (y compris la dépendance), le Service de probation des adultes les dirige vers la Commission de la toxicomanie de Nouvelle-Écosse. On tient parfois une réunion pour étudier le cas et aviser du traitement à faire suivre au toxicomane. À ces réunions participent un représentant de la Commission de la toxicomanie et un représentant du Service de probation des adultes, ainsi que parfois un psychiatre, le médecin de famille, un agent de police et un assistant social. La première réunion de ce genre a eu lieu à Halifax le 26 janvier 1973<sup>24</sup>.

ANNEXE 1

Ordonnance de probation spécimen

Formule 44b)

Acte d'accusation n°

COUR PROVINCIALE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE  
ORDONNANCE DE PROBATION

CANADA  
PROVINCE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE }  
VANCOUVER }

ATTENDU que le jour d 19 , en la ville de Vancouver,

ci-après appelé le prévenu a (avoué sa culpabilité à l'accusation d'avoir)

en la ville de Vancouver, le jour de 19 , été trouvé en possession  
illicite d'un stupéfiant, soit de la diacétylmorphine (héroïne), EN CONTRAVENTION de  
la Loi sur les stupéfiants

en contravention de la Loi édictée en l'espèce ;

ET ATTENDU que le jour d 19 , la cour a décidé que le  
prononcé de la sentence contre le prévenu serait suspendu et que ledit prévenu serait relâché  
aux conditions ci-après :

À CES CAUSES, ledit prévenu doit, pour la période de à compter de la date de la  
présente ordonnance, se conformer aux conditions suivantes, savoir, que ledit prévenu ne  
troublera pas l'ordre public et aura une bonne conduite et comparaitra devant la cour lorsqu'il  
en sera requis par elle, et de plus,

1. se présentera en personne au bureau de probation au moins une fois par mois ou selon  
les directives qu'il recevra de son agent de probation ;
2. notifiera à son agent de probation dans les 24 heures tout changement d'adresse ou  
d'emploi ;
3. fera des efforts raisonnables pour trouver et tenir un emploi approprié ou suivra des  
cours reconnus d'instruction ou de formation professionnelle ;
4. fréquentera la *Narcotic Addiction Foundation* et suivra la cure ;
5. obéira aux ordres raisonnables et justes de l'agent de probation ;
6. se rendra à tout agent de police qui aurait des motifs raisonnables et justes de croire  
qu'il prend de la drogue et se soumettra aux tests d'analyse d'urine sur demande ;
7. ne prendra aucune drogue qui ne lui soit prescrite par un médecin.

CE jour d 19 , à Vancouver.

Je reconnais par les présentes que l'ordonnance  
ci-dessus m'a été lue, que j'en comprends les con-  
ditions et que j'en ai reçu copie. J'ai été informé  
des dispositions du paragraphe 4 de l'article 664 et  
des dispositions de l'article 666 du Code criminel.

.....  
Prévenu

.....  
Juge de paix dans et pour la province de  
la Colombie-Britannique

.....  
Son honneur le juge.....

SOURCE : Service de correction de la Colombie-Britannique.

## ANNEXE 2

### INSTRUCTIONS À LA SÛRETÉ MUNICIPALE DE VANCOUVER RELATIVES AUX TESTS D'ANALYSE D'URINE DES HÉROÏNOMANES EN PROBATION

#### CONDITIONS DE PROBATION COMPORTANT L'ANALYSE D'URINE

Les tribunaux ont récemment imposé des conditions de probation applicables aux usagers de drogues et selon lesquelles des échantillons d'urine sont exigés comme preuve d'abstention d'héroïne.

L'ordonnance stipule que «le probationnaire se rendra à tout agent de police qui aurait des motifs raisonnables et justes de croire qu'il prend de la drogue, et lui remettra un échantillon de son urine sur demande».

Il faut faire preuve de discrétion dans l'exécution de cette ordonnance ; parmi les motifs raisonnables et justes, on pourrait invoquer que le sujet porte des marques fraîches d'injection, qu'il est somnolent ou qu'il se tient habituellement en compagnie de toxicomanes.

Lorsqu'il y a lieu de faire subir les tests au probationnaire, on procédera de la façon suivante :

1. Accompagner le sujet à l'annexe du service de détention ;
2. Demander un contenant stérile au bureau de l'infirmière-chef (au 4<sup>e</sup>) ;
3. Se faire donner l'échantillon et relâcher le probationnaire ;
4. Déposer l'échantillon et un exemplaire du bulletin dans l'armoire de l'analyste ;
5. Expédier une note à l'analyste l'informant que l'échantillon a été déposé.

L'auteur du rapport recevra les résultats de l'Analyste municipal. Chaque fois que les résultats sont positifs, il doit en donner avis au Bureau provincial de probation, 193 est, rue Hastings, 683-6955 entre 9 heures et 17 heures. Une copie du rapport de l'Analyste ainsi qu'une copie du rapport original doivent être expédiées à l'agent de probation.

*Si le probationnaire refuse d'obtempérer* : le relâcher et présenter un rapport à l'agent de probation.

Nota bene : Tout manquement à l'ordonnance relève de l'agent de probation.  
Source : Service de correction de Colombie-Britannique.

## ANNEXE 3

TABLEAU J. 1

CONDITIONS SPÉCIALES DE PROBATION POUR LES PERSONNES TROUVÉES COUPABLES DE SIMPLE  
POSSESSION D'HÉROÏNE ET PLACÉES EN PROBATION À VANCOUVER ET À TORONTO, EN  
1971 ET 1972

Conditions spéciales	Vancouver total—76		Toronto total—38	
	Nombre	%	Nombre	%
Se présenter à la <i>Narcotic Addiction Foundation</i> (Vancouver) ou à l' <i>Addiction Research Foundation</i> (Toronto) et y suivre une cure.....	14	18,4	7	18,4
Se soumettre aux tests d'analyse d'urine selon les directives de l'agent de probation; un test positif constitue un manquement à l'ordonnance de probation.....	42	55,7	0	0
Ne pas fréquenter d'usagers ou de vendeurs de drogue.....	34	44,8	12	0
Ne pas fréquenter tel quartier de la ville.....	6	7,9	0	0
Se présenter à la <i>Narcotic Addiction Foundation</i> (Vancouver) ou à l' <i>Addiction Research Foundation</i> (Toronto) selon les directives de l'agent de probation.....	18	23,7	3	7,9
Ne pas faire usage de drogues illicites (stupéfiants, drogues d'usage restreint ou drogues contrôlées) sans ordonnance.....	14	18,4	14	36,8
Suivre des traitements psychiatriques si l'agent de probation en donne instruction.....	4	5,3	4	10,5
Habiter à X-Kalay et en respecter le règlement....	1	1,3	0	0
Suivre des traitements d'un médecin désigné.....	2	2,6	0	0
Habiter à la <i>Elizabeth Fry Society</i> .....	1	1,3	0	0
Se rendre à tout agent de police qui aurait des motifs raisonnables et plausibles de croire que le probationnaire prend de la drogue; se soumettre aux tests d'analyse d'urine sur demande.....	1	1,3	0	0
Suivre des traitements dans un hôpital psychiatrique sur demande.....	0	0	1	2,6
Se tenir en communication avec l'Armée du Salut	0	0	1	2,6

TABLEAU J. 1 — Fin

Suivre la cure de «Narcanon» ou toute autre qu'indiquerait l'agent de probation.....	0	0	1	2,6
Participer à un programme de relèvement des toxicomanes approuvé par l'agent de probation.....	0	0	7	18,4
Fréquenter une clinique contre la toxicomanie.....	0	0	1	2,6
Fréquenter un dispensaire pour le traitement de la toxicomanie.....	0	0	1	2,6
Fréquenter un centre de traitement de la toxicomanie.....	0	0	1	2,6
Continuer de suivre ses traitements pour troubles attribuables à la drogue.....	0	0	1	2,6
Fréquenter un dispensaire pour le relèvement des toxicomanes.....	0	0	1	2,6

NOTES

1. CODE CRIMINEL, article 662 et suivants.
2. L'application du régime de la probation relève des provinces en vertu de l'article 92(14) de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique.
3. CANADA, Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle, *Justice pénale et correction : un lien à forger*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1969 (Rapport Ouimet), p. 313.
4. LE RAPPORT OUIMET, p. 325.
5. IBID., p. 326.
6. IBID., p. 320.
7. CODE CRIMINEL, article 666(1).
8. BENT, MIRIAM H., agent principal de probation, Vancouver (Colombie-Britannique), *Community Treatment of Heroin Addicts*, communication personnelle à la Commission.
9. IBID., pp. 2 et 3.
10. IBID., pp. 3 et 4.
11. FIELDS, GERALD S., *An Assessment of a Methadone Maintenance Program for Probationed Heroin Users*, rapport de recherche de la Commission, inédit, octobre 1971.
12. IBID., pp. 47 et 48.
13. HOFF, L. M., agent principal de probation, Vancouver (Colombie-Britannique), communication personnelle à la Commission, 30 juin 1972.
14. HOFF, communication personnelle à la Commission, 20 décembre 1972.
15. MILLIGAN, E., directeur des traitements et du relèvement, *Narcotic Addiction Foundation of British Columbia*, communication personnelle à la Commission, 26 juin 1972.
16. HOFF, communication personnelle, 20 décembre 1972.
17. Mémoire de G. D. FRALICK au directeur, Service de la probation des adultes, Edmonton (Alberta), *Request for Additional Staff*, 20 septembre 1972, pp. 2 et 3.
18. BRICKER, R. H., agent de probation, Unité de lutte contre la drogue (Edmonton), Service de la probation des adultes, Département du procureur général de l'Alberta, communication personnelle à la Commission, 30 octobre 1972.
19. ALBERTA, Département du procureur général, Service de la probation des adultes, communication personnelle à la Commission, 13 février 1973.
20. BIEBER, B. A., directeur adjoint des services de probation (Winnipeg), Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Manitoba, communication personnelle à la Commission, 30 octobre 1972.
21. ONTARIO, Ministère de la Justice, *Ontario Provincial Probation Services comparative statistical report: Report on the work of the Provincial Probation Officers for the years 1970-1971*, p. ii.
22. RIVARD, P.-A., directeur des Services de probation des adultes (Montréal), communication personnelle à la Commission, 15 novembre 1972.
23. WAGNER, A., agent-chef de probation, Direction de la probation des adultes (Halifax), communication personnelle à la Commission, 11 janvier 1973.
24. IBID., communication personnelle, 1<sup>er</sup> février 1973.

## *La libération conditionnelle des héroïnomanes*

### LA LIBÉRATION CONDITIONNELLE

D'après la loi pertinente, le terme *libération conditionnelle* désigne l'élargissement accordé à un détenu pendant la période de sa peine d'emprisonnement<sup>1</sup>. Le gouvernement du Canada a conféré le pouvoir d'accorder cette autorisation à la Commission nationale des libérations conditionnelles<sup>2</sup> ainsi qu'à une commission provinciale en Ontario et en Colombie-Britannique<sup>3</sup>.

La libération conditionnelle est censée remplir une double fonction, que la Commission nationale définit de la façon suivante :

Le double objet de la libération conditionnelle est le redressement ainsi que la réhabilitation du détenu et la protection de la société.

Les délinquants qui ont bien employé leur temps sous garde et qui ont manifesté le désir de respecter la loi à l'avenir ont l'avantage de demeurer dans leur localité, sous surveillance.

Cette surveillance et l'orientation les aident à devenir des citoyens utiles et respectueux des lois, tout en assurant qu'ils se conduiront bien et ne récidiveront pas<sup>4</sup>.

### COMPÉTENCE EN MATIÈRE DE LIBÉRATION CONDITIONNELLE

La Commission nationale des libérations conditionnelles, composée de neuf membres, a juridiction sur tous les adultes reconnus coupables d'infractions aux lois fédérales, condamnés à la prison pour une période déterminée, et détenus dans un pénitencier fédéral ou dans un établissement pénitentiaire provincial. Les bureaux provinciaux de libération conditionnelle de l'Ontario et de la Colombie-Britannique ont juridiction en cette matière sur des délinquants condamnés à la détention pour une période indéterminée, ainsi que le prévoit la *Loi sur les prisons et les maisons de correction*<sup>5</sup>.

Les décisions de la Commission sont généralement prises par deux membres siégeant dans les établissements de correction de tout le pays. Il ne peut être interjeté appel aux autorités administratives ni aux tribunaux, que les décisions aient été prises par la Commission ou par ses mandataires. Cependant, comme celles de tous les autres organes administratifs fédéraux, ces décisions sont sujettes à la révision des autorités judiciaires qui s'assurent que la Commission n'outrepasse pas ses attributions ni ne tombe dans l'irrégularité.

Dans le reste du présent appendice, nous ne traiterons que des personnes qui relèvent de la Commission nationale des libérations conditionnelles.

#### ADMISSIBILITÉ À LA LIBÉRATION CONDITIONNELLE

Le *Règlement sur la libération conditionnelle* détermine la durée minimum de la sentence que les détenus doivent d'abord purger pour être admissibles à la libération conditionnelle accordée par la Commission. Elle est du tiers pour une peine de moins de deux ans (qui doit être purgée dans un établissement provincial); pour les peines de deux à trois ans (qui doivent toutes être purgées dans un pénitencier fédéral), elle est de neuf mois; pour une peine de trois ans ou plus, elle est du tiers ou de quatre ans, selon la première limite atteinte, bien qu'un récent projet d'amendement du *Règlement sur la libération conditionnelle* prévoie dans ce cas le tiers de la peine ou sept ans; pour l'emprisonnement à perpétuité, elle est de sept ans, sauf s'il s'agit d'une condamnation pour meurtre non qualifié ou de commutation de condamnation à mort, cas où la durée minimum est de dix ans moins le temps passé en détention avant l'emprisonnement. Dans ces derniers cas, la libération conditionnelle doit être approuvée par le gouverneur en conseil, c'est-à-dire par le cabinet fédéral. La Commission peut, dans des circonstances exceptionnelles, accorder la libération conditionnelle avant l'expiration de ces délais minimums. Le dossier de tout détenu purgeant une peine de deux ans ou plus est révisé automatiquement dans les six mois de son entrée dans un établissement, et la date de son admissibilité à la libération conditionnelle est fixée. À moins qu'un détenu n'informe la Commission par écrit qu'il ne désire pas bénéficier de la libération conditionnelle, son dossier est automatiquement révisé tous les deux ans jusqu'à ce qu'il obtienne sa libération conditionnelle ou qu'il ait purgé toute sa peine.

#### L'EFFET DE LA LIBÉRATION CONDITIONNELLE

La libération conditionnelle ne diminue pas la durée de la peine, mais seulement la période d'emprisonnement que le détenu devrait purger autrement. La Commission a le pouvoir de libérer tout détenu avant l'expiration de sa peine, mais elle ne l'exerce que rarement et seulement lorsqu'il s'agit de

très longues peines. Ordinairement, la libération sous forme de surveillance dans la société dure toute la partie non expirée de la peine (à moins, évidemment, qu'il n'y ait suspension, déchéance ou révocation ainsi que nous l'expliquons à la section suivante), y compris la période de réduction de peine, statutaire ou méritée, dont le détenu a bénéficié pendant qu'il était en prison<sup>6</sup>. Auparavant, un détenu qui n'obtenait pas sa libération conditionnelle obtenait une diminution de peine égale à la période de réduction statutaire et méritée ; cela incitait les détenus à refuser la libération conditionnelle. Aujourd'hui, il existe une période de *surveillance obligatoire* dans la société après l'élargissement, pour les prisonniers qui n'ont pas obtenu leur libération conditionnelle mais qui bénéficient d'au moins 60 jours de réduction de peine statutaire et méritée au moment de leur élargissement. La période de surveillance obligatoire est égale à cette réduction<sup>7</sup>.

#### SUSPENSION, RÉVOCATION ET DÉCHÉANCE DE LA LIBÉRATION CONDITIONNELLE

Tout membre de la Commission ou toute personne qu'elle désigne peuvent suspendre la libération conditionnelle et autoriser l'arrestation du sujet en liberté,

chaque fois qu'ils sont convaincus que l'arrestation du détenu est nécessaire ou souhaitable en vue d'empêcher la violation d'une modalité de la libération conditionnelle ou pour la réhabilitation du détenu ou la protection de la société<sup>8</sup>.

Dans la pratique, c'est aux représentants de district et à leurs assistants du Service national des libérations conditionnelles qu'il incombe de suspendre la libération et d'arrêter l'individu qui en jouissait. Celui-ci doit être traduit, aussitôt que possible, devant un magistrat qui le renvoie sous garde jusqu'à ce que la suspension de la libération conditionnelle soit annulée ou que la libération conditionnelle soit révoquée ou frappée de déchéance. Dans les 14 jours de ce renvoi, la personne qui a ordonné la suspension ou une autre personne désignée par la Commission à cette fin doit examiner le cas, puis annuler la suspension ou déférer l'affaire à la Commission. Celle-ci examine le cas et, après les enquêtes qu'elle estime nécessaires, annule la suspension ou révoque la libération conditionnelle. Un détenu sous garde après suspension de sa libération conditionnelle est censé purger sa peine.

La Commission nationale des libérations conditionnelles jouit d'une discrétion absolue quant aux « modalités qu'elle juge opportunes » et sous réserve desquelles elle accorde la libération conditionnelle ou la révoque et exige que l'individu soit emprisonné de nouveau, lorsqu'elle est d'avis que cette mesure « est nécessaire ou souhaitable en vue d'empêcher la violation d'une modalité de la libération conditionnelle ou pour la réhabilitation du détenu ou la protection de la société »<sup>9</sup>.

La libération conditionnelle est automatiquement frappée de déchéance lorsque le libéré est déclaré coupable d'un acte criminel commis après sa libération et punissable d'un emprisonnement d'au moins deux ans. Si l'individu est condamné pour ce nouveau délit, sa sentence s'ajoutera à la partie non purgée de sa première peine ; il n'est pas loisible aux tribunaux d'ordonner que ces deux peines soient purgées simultanément<sup>10</sup>. En vertu d'une règle adoptée à l'automne 1970 par la Commission, celui dont la libération conditionnelle est frappée de déchéance est admissible à une « nouvelle libération conditionnelle »<sup>11</sup>.

La nouvelle incarcération résultant de la révocation ou de la déchéance de la libération conditionnelle a pour effet que la période passée en liberté ne compte pas dans le calcul de la peine ; l'individu doit purger en détention toute la partie de sa peine non expirée au moment où il a obtenu sa libération conditionnelle (à supposer qu'il n'obtienne pas une nouvelle libération conditionnelle dans le cas de déchéance), y compris toute période de réduction de peine statutaire et méritée dont il pouvait bénéficier<sup>12</sup>. Ainsi, l'individu dont la libération conditionnelle est révoquée ou frappée de déchéance peut passer plus de temps en prison qu'il ne l'aurait fait s'il n'avait pas bénéficié de la libération conditionnelle<sup>13</sup>. Par exemple, un délinquant à qui l'on inflige une peine d'emprisonnement de 3 ans obtient sa libération conditionnelle après un an de détention et il est incarcéré de nouveau par suite de révocation ou de déchéance, un an plus tard ; il devra purger les deux ans de la peine qu'il lui restait à purger lorsqu'il a obtenu sa libération conditionnelle. Sa réduction de peine statutaire et méritée pour ce « reste » de peine de deux ans sera calculée depuis son renvoi en prison. En supposant qu'il ait droit au maximum de la réduction de peine statutaire et mérités pendant ce reste de peine, — environ le tiers de la sentence, soit huit mois dans notre exemple, — il sera élargi après encore un an et quatre mois de détention. C'est dire que par suite de la perte de sa libération conditionnelle, il aura fait au total deux ans et quatre mois de prison, c'est-à-dire un an avant d'obtenir sa libération conditionnelle et un an et quatre mois après sa révocation ou sa déchéance. Si le même individu n'avait pas obtenu la libération conditionnelle et s'il avait bénéficié du maximum de la réduction de peine statutaire et méritée, il aurait été relâché pour cette peine de trois ans, après deux ans de détention. Toutefois, avec l'institution de la surveillance obligatoire, le détenu qui n'aurait pas obtenu sa libération conditionnelle dans notre exemple, serait aujourd'hui soumis à la Commission nationale de libérations conditionnelles pendant l'année de sa réduction de peine statutaire et méritée. Pendant cette période de surveillance obligatoire, il serait possible de suspension, de révocation et de déchéance tout comme s'il avait obtenu sa libération conditionnelle de la Commission, même s'il ne l'avait pas demandée<sup>14</sup>.

On ne connaît pas les répercussions de la révocation et de la déchéance de la libération conditionnelle sur la durée totale de l'emprisonnement des personnes qui les ont subies. Il s'agit de savoir, entre autres choses, dans quelle

mesure la libération conditionnelle, compte tenu de l'effet de sa révocation et de sa déchéance, diminue en réalité le temps passé en prison par rapport à la peine prévue. Un chercheur du Centre de criminologie de l'Université de Toronto a étudié les cas de 399 détenus de pénitenciers, qui ont demandé leur libération conditionnelle et sur les cas desquels la Commission a statué de 1962 à 1964 ; il y aurait eu une diminution nette de 10 p. 100 (ou de 36 jours par an par détenu) du temps qui aurait été passé en prison si la libération conditionnelle n'avait pas été accordée<sup>15</sup>. Il ne s'est pas fait depuis, au Canada, d'étude de ce genre, que nous sachions.

L'effet cumulatif de la révocation et de la déchéance de la libération conditionnelle sur la durée totale de la détention a des conséquences très graves pour l'ex-héroïnomanes qui obtient sa libération conditionnelle étant donné, comme nous l'indiquons ci-après, le petit nombre d'entre eux qui en ont profité au Canada.

On trouvera au tableau K. 2, page 1035, les statistiques des libérations conditionnelles, établies par la Commission nationale pour 1959-1972.

#### LA « TECHNIQUE DES CAS SPÉCIAUX » APPLIQUÉE À LA LIBÉRATION CONDITIONNELLE DES HÉROÏNOMANES AU CANADA, DE 1962 À 1972

Jusqu'en 1953, le Service des pardons du ministère de la Justice a eu pour règle officieuse de ne pas accorder de libération conditionnelle aux ex-opiomanes. De 1953 à 1958, le Service, sous la direction de M. A. J. MacLeod, a accordé la libération conditionnelle à 5 ou 6 opiomanes déclarés délinquants d'habitude par les tribunaux et placés en détention préventive pour une durée indéterminée<sup>16</sup>.

La Commission nationale des libérations conditionnelles et le Service pénitentiaire du Canada ont mis sur pied en Colombie-Britannique en 1961 un programme spécial (appelé SNAP) à l'intention des délinquants à antécédents opiomanes. Lorsqu'ils obtenaient leur libération conditionnelle, ces détenus, par groupes plus restreints que les autres, faisaient l'objet d'une surveillance particulière de la part des agents du service des libérations conditionnelles de Vancouver et d'Abbotsford, qui de plus avaient reçu une formation spéciale dans le traitement et la surveillance des opiomanes. C'est le Service des libérations conditionnelles de l'État de New York qui, le premier en Amérique du Nord, a utilisé cette méthode dans une expérience d'envergure auprès de délinquants toxicomanes, du 1<sup>er</sup> novembre 1956 au 31 octobre 1959<sup>17</sup>. Le Service nationale des libérations conditionnelles a mis fin à l'utilisation de la technique des cas spéciaux en janvier 1972<sup>18</sup>. La description que nous donnons ci-après des travaux effectués au Canada grâce à cette technique est fondée sur les rapports du Service national des libérations conditionnelles sur le SNAP et sur des entretiens avec des agents du Service qui ont participé à ces expériences.

La première phase du *Special Narcotic Addiction project* (SNAP I) a commencé par la libération conditionnelle, du 8 juin au 5 décembre 1962, de 16 détenus du pénitencier de la Colombie-Britannique qui avaient contracté la dépendance à l'égard des stupéfiants opiacés avant leur incarcération. Les individus ont été confiés, pour la durée de leur libération, à une équipe thérapeutique composée d'un agent du Service national des libérations conditionnelles, d'un psychiatre conseil travaillant à ce pénitencier à mi-temps et d'un assistant social à temps plein. Voici comment l'agent des libérations a décrit les 16 libérés conditionnels, dans un rapport provisoire sur cette expérience :

... Quatorze étaient âgés de 30 à 40 ans et étaient des récidivistes invétérés ; les deux autres avaient 23 et 25 ans. Tous étaient toxicomanes de longue date, aucun n'avait de métier, quelques-uns n'avaient jamais travaillé et la majorité avaient été renvoyés au pénitencier à maintes reprises après de très brefs séjours en liberté pendant lesquels ils étaient rapidement redevenus toxicomanes<sup>20</sup>.

Les spécialistes en matière de libérations conditionnelles auraient considéré les libérés de SNAP I comme des cas hasardeux. Dans le rapport final de l'expérience, on décrit les traitements et la surveillance dans les termes qui suivent :

À leur libération, ils (les libérés) participaient à des séances hebdomadaires de thérapie individuelle et collective. Ils étaient soumis périodiquement à des tests surprise Lorfan pour le dépistage des stupéfiants. En vertu d'ententes spéciales, la police signalait immédiatement toute association ou circonstance suspecte. Les libérés étaient tenus de s'abstenir de stupéfiants mais demeuraient à Vancouver où se trouve le plus fort groupe de toxicomanes au Canada<sup>21</sup>.

La situation des libérés conditionnels à la fin de janvier 1964, c'est-à-dire de un an à un an et demi après leur libération, s'établissait ainsi :

a) Libération conditionnelle achevée .....	2
b) Libération en cours .....	4
c) Renvoyés en prison pour manquement se rapportant à la drogue ....	5
d) Renvoyé en prison pour manquement se rapportant à l'alcool .....	1
e) Renvoyé en prison pour délit relatif à la drogue .....	1
f) Renvoyés en prison pour vol .....	3

Des 10 libérés de SNAP I qui étaient retournés en prison en janvier 1966, deux avaient vu leur libération suspendue, cinq révoquée et trois frappée de déchéance<sup>21</sup>. Voir l'Annexe 2, page 1036.

Le plus difficile pour les libérés était de trouver un emploi et d'espérer se refaire une place dans la société. À long terme, c'était de renouer des

liens normaux avec la société et de se soustraire à la drogue<sup>22</sup>. L'usage de la drogue par les libérés était exposé de la façon suivante :

Des 16 individus, 13 ont commis des manquements graves à la sobriété et 8 au moins ont pris en outre des barbituriques. Sept sont retombés dans l'usage des stupéfiants et ont dû se soumettre au sevrage à la méthadone ; deux de ces derniers ont fait des rechutes partielles et cinq se sont donné des injections isolées. Deux sujets ont observé l'abstinence<sup>23</sup>.

La seconde phase de l'expérience (SNAP II) a consisté dans la libération conditionnelle, de juin 1964 à janvier 1966, de 29 détenus, anciens opiomanes. L'équipe thérapeutique de cette phase était composée d'un agent du Service national des libérations conditionnelles et d'un psychiatre du Service pénitentiaire du Canada. Les objectifs de SNAP II étaient les mêmes que ceux de SNAP I selon un rapport provisoire qui les définit ainsi :

Comme il était impossible de constituer un groupe de contrôle, nous avons voulu faire une étude purement expérimentale.

Les objectifs demeuraient la formation du personnel par l'expérience et la connaissance des principaux problèmes du traitement et du relèvement des toxicomanes délinquants en matière de personnel, de méthodes, de matériel, d'application des techniques sur une vaste échelle, dans le cadre de la libération conditionnelle<sup>24</sup>.

Le vaste programme de traitement dont il est question dans ce rapport devait comporter la libération conditionnelle d'ex-opiomanes détenus à la prison de Matsqui à Abbotsford, Colombie-Britannique. Voir Appendice I, *Le traitement de l'opiomane dans les pénitenciers fédéraux du Canada*.

Chacun des 29 libérés de SNAP II était tenu de signer l'engagement ordinaire de la libération conditionnelle portant les conditions suivantes :

1. Demeurer sous l'autorité d'un représentant régional de la Commission nationale des libérations conditionnelles jusqu'à l'expiration de sa peine.
2. Se présenter à un agent désigné du Service des libérations conditionnelles dès sa mise en liberté et au moins une fois par mois par la suite.
3. Accepter la surveillance et l'aide de cet agent.
4. Demeurer dans une région désignée par la Commission ou son représentant régional, et demander la permission avant de la quitter lorsqu'il y a de le faire.
5. Tenter de garder son emploi et signaler au représentant régional par l'entremise de l'agent de libération tout changement d'emploi, toute cessation de travail et tout autre incident, maladie ou accident.
6. Demander la permission du représentant régional par l'entremise de l'agent de libération avant a) d'acheter un véhicule automobile, b) de s'endetter par un emprunt ou des achats à tempérament, c) d'assumer de nouvelles responsabilités, par exemple en se mariant, et d) d'acheter ou de porter des armes à feu ou d'autres armes.
7. Respecter toutes les instructions que peuvent lui donner l'agent de libération ou par l'entremise de celui-ci, le représentant régional, notamment

en ce qui concerne son emploi, ses compagnons, son horaire, les boissons et drogues, ses responsabilités familiales et ses obligations envers les tribunaux.

8. Communiquer sans délai avec le représentant régional par l'entremise de l'agent de libération, s'il est arrêté ou interrogé par des agents de police à propos de quelque infraction.
9. Respecter la loi et s'acquitter de toutes ses obligations sociales.

En plus de ces conditions ordinaires, les libérés devaient consentir aux conditions spéciales suivantes : s'abstenir de stupéfiants; demeurer dans un rayon de vingt milles de l'agglomération de Vancouver (et ne pas pénétrer dans une zone interdite du centre-ville); se prêter à des entretiens hebdomadaires avec le psychiatre du programme; tenir les rendez-vous personnels avec l'agent de libération, et ne plus avoir de relations avec des toxicomanes ou ex-toxicomanes reconnus y compris les autres libérés, sans une permission spéciale de l'agent de libération. (Les séances à la Narcotic Addiction Foundation de Colombie-Britannique et avec le psychiatre du pénitencier étaient des exceptions à cette dernière règle<sup>25</sup>).

Dans le rapport provisoire sur SNAP II on signale que la santé mentale des libérés avait été compromise par la discipline et le train-train de la prison qui créent un état de dépendance psychique.

Le cadre de sécurité maximum où tous les mouvements sont réglés au son de cloche et toutes les décisions sont prises par le personnel...tend à le (le prisonnier) rendre incapable de décisions et le prépare mal à se discipliner.

Le passage subit à la société le déconcerte, le désoriente, lui fait peur et souvent le rend inapte au début aux actes les plus simples en préparation à une journée de travail ou au déroulement régulier de la vie familiale. Il est donc fortement porté à rechercher du réconfort auprès de ceux qu'il a connus, surtout dans les milieux de la toxicomanie délinquante, et le soulagement artificiel classique à toutes les tensions, dans l'alcool, les barbituriques et les stupéfiants<sup>26</sup>.

Le problème le plus grave dont fasse état le rapport préliminaire de SNAP II est l'incapacité chez la plupart des libérés de rompre leurs liens avec les milieux de la toxicomanie et de s'en créer de nouveaux dans la société normale. Voici en quels termes le décrit, dans son rapport, l'agent du Service national des libérations conditionnelles chargé de surveiller les libérés, les noms des individus étant remplacés par des lettres :

Cette incapacité à s'insérer dans la société pose toujours le problème le plus grave. Des 24 premiers détenus libérés, seul A avait fait des projets de longue portée avant sa libération et a été capable de les réaliser. À leur première libération, un bon nombre des autres ont vécu au jour le jour. Après quelque 6 mois de liberté, B et C étaient tous deux mariés, vivaient auprès de leurs femmes, très équilibrées, mais seul C abandonnait les modes

de pensée et de vie du monde de la drogue et commençait à s'adapter à la société normale et à faire des projets à longue échéance. B était retourné au sein d'une famille qui avait une attitude saine à l'égard des drogues interdites mais il s'identifiait encore à la collectivité des toxicomanes et vivait au jour le jour. D, E et F avaient établi des liens à la limite du monde interlope tandis que G, H, B, I et J avaient fait périodiquement de faibles efforts en vue de s'adapter à la société, mais étaient demeurés incapables d'y trouver des liens durables et satisfaisants. K, L, M et N n'avaient guère fait de progrès sur la voie de la réadaptation sociale<sup>27</sup>.

On n'a pas eu recours aux tests Lorfan pour déceler la drogue aussi souvent que pendant SNAP I. L'agent de libération responsable du programme se fondait sur un système de confiance et d'aveu de la part des libérés pour déterminer s'ils avaient de nouveau pris de la drogue illicite. Toutefois, on faisait des tests immédiatement, lorsqu'un agent de police signalait qu'un libéré était soupçonné de prendre de la drogue. Voici comment le rapport décrit l'usage des drogues par les libérés, en fonction de cette méthode :

Sur l'ensemble des libérés, quelques-uns ont pratiqué l'abstinence ; huit au moins ont pris périodiquement des doses isolées, certains d'entre eux ayant des rechutes complètes et d'autres des rechutes partielles seulement, au sujet d'un certain nombre, on ne possède pas de renseignements. La plupart d'entre eux sont venus chercher de l'aide auprès de l'équipe de traitement et ont été sevrés avec succès, sans être renvoyés en prison. Deux cependant ont été renvoyés en prison après être tombés entre les mains de la police pour avoir pris des stupéfiants<sup>28</sup>.

Lorsque le rapport provisoire sur SNAP II a été rédigé en janvier 1966, 18 des 29 détenus libérés entre le 22 juin 1964 et le 12 janvier 1966 étaient encore en libération conditionnelle (voir l'Annexe 2, page 1036). De ce nombre, quatre avaient fait encore de la prison par suite de la suspension de leur libération, un avait reçu un avertissement officiel de la Commission des libérations conditionnelles et un attendait qu'il soit statué sur une accusation au criminel portée contre lui. Des 29 libérés, 6 étaient détenus par suite de la révocation de leur libération conditionnelle, trois par suite de suspension et un pour déchéance, pour avoir commis un acte criminel. Un seul des 29 libérés s'était rendu au terme de sa période de libération conditionnelle<sup>29</sup>.

Le rapport traite en termes généraux des conditions de succès de la libération conditionnelle des toxicomanes :

Le relèvement du toxicomane peut se faire avec succès en dépit des troubles psychiques et sociaux profonds dont il souffre et qui remontent à ses premiers conflits avec des personnes trop autoritaires et trop sévères, si l'on réunit les conditions suivantes :

- a) motivation suffisante ;
- b) libération conditionnelle de longue durée ;
- c) appui d'une famille saine ;

- d) stabilité suffisante chez le sujet ;
- e) aptitude à se créer des relations normales.

... l'agent de libération a essentiellement pour rôle d'apporter aide et orientation et de fournir au libéré un symbole d'autorité ferme mais compréhensive auquel il puisse s'identifier ... le psychiatre a pour fonction de fournir au libéré un exutoire secondaire à son agressivité à l'égard de l'agent de libération et de leur faciliter son examen de conscience et l'étude de son rôle dans la vie ... le traitement a pour but premier d'aider le libéré à prendre des décisions judicieuses plutôt que de les lui imposer de force<sup>2</sup>.

Le représentant régional du Service national des libérations conditionnelles à Vancouver a fait rapport du statut des libérés de SNAP II en août 1967<sup>31</sup>. On trouvera au tableau K. 1 ci-après un état comparatif de la situation des libérés, notée par l'agent des libérations de SNAP II en janvier 1966 et par le représentant régional en août 1967.

TABLEAU K. 1

SITUATION DES LIBÉRÉS DE SNAP II EN JANVIER 1966 ET EN AOÛT 1967

<i>janvier 1966</i>	<i>août 1967</i>
1. En détention (révocation)	1. En détention (révocation)
2. Libération menée à bonne fin	2. Libération menée à bonne fin
3. En détention (suspension)	3. En détention (déchéance)
4. Libération en cours	4. Libération menée à bonne fin
5. Libération en cours	5. En détention (déchéance)
6. Libération en cours	6. En détention (déchéance)
7. Libération en cours	7. En détention (déchéance)
8. Libération en cours	8. En détention (déchéance)
9. Libération en cours	9. Libération en cours
10. Libération en cours	10. Libération menée à bonne fin
11. Libération en cours	11. En détention (déchéance)
12. Libération en cours	12. En détention (suspension)
13. En détention (déchéance)	13. En détention (déchéance)
14. Libération en cours	14. Libération en cours
15. Libération en cours	15. Libération menée à bonne fin
16. En détention (révocation)	16. En détention (révocation)
17. En détention (révocation)	17. En détention (révocation)
18. Libération en cours	18. Libération menée à bonne fin
19. Libération en cours	19. Libération en cours
20. Libération en cours	20. Libération en cours
21. Libération en cours	21. Libération en cours
22. Libération en cours	22. Libération menée à bonne fin
23. En détention (suspension)	23. En détention (révocation)
24. En détention (suspension)	24. En détention (déchéance)
25. Libération en cours	25. Libération complétée
26. Libération en cours	26. Libération menée à bonne fin
27. En détention (révocation)	27. En détention (révocation)
28. En détention (révocation)	28. En détention (révocation)
29. En détention (révocation)	29. En détention (révocation)

Ainsi, en août 1967, 5 (17 p. 100) des 29 libérés de SNAP II étaient encore en libération conditionnelle ; 16 (55 p. 100) avaient été renvoyés en détention (1 pour suspension, 7 pour révocation et 8 pour déchéance) et 8 (28 p. 100) avaient mené à terme leur période de libération conditionnelle.

La troisième phase du *Special Narcotic Addiction Project* (SNAP III) comportait la libération conditionnelle de 10 détenus entre le 18 novembre et le 16 décembre 1966. Chacun des détenus avait des antécédents d'opio-manie et chacun avait participé au premier programme de recherche en traitement (TRPI) de Matsqui pendant les 7 mois précédant sa libération conditionnelle<sup>32</sup> (voir Annexe 2). De ces 10 détenus, 8 étaient soumis à la surveillance du bureau de Vancouver du Service national des libérations conditionnelles pendant leur période de liberté, les deux autres relevant du bureau d'Abbotsford.

Dans un rapport sur la situation des 8 libérés sous sa surveillance, l'agent de libération du bureau de Vancouver fait état ici encore des difficultés qu'éprouvent les libérés à rompre leurs liens avec les milieux de la toxicomanie et à s'en former d'autres dans la société ordinaire. On peut y lire notamment ceci :

Le toxicomane qui tente de se guérir est aux prises avec de nombreuses difficultés. Pendant son enfance, il n'a pas reçu instruction ni acquis les aptitudes nécessaires pour s'adapter à un nouveau mode de vie. Il se trouve donc souvent en proie à la solitude, à la dépression et à l'ennui. Il recourt très peu aux moyens de divertissement qui s'offrent. Ainsi, les toxicomanes libérés semblent s'intéresser en général aux sports, mais il faut du temps pour acquérir d'autres intérêts et établir les liens sociaux désirables que cela comporte. Dans le groupe, presque tous s'interrogeaient sur la façon dont on se mêle à des non-toxicomanes et à des non-délinquants<sup>33</sup>.

Le 2 mai 1967, 5 des 8 libérés étaient encore en libération conditionnelle. L'un d'eux avait fait de la prison à la suite de la suspension de sa libération. Les trois autres étaient détenus, leur libération ayant été suspendue. Deux de ces derniers attendaient qu'il soit statué sur une accusation au criminel qui pouvait entraîner la déchéance de leur libération<sup>34</sup>.

Le représentant régional du Service des libérations conditionnelles, à Vancouver, dans son rapport d'août 1967 sur les libérés de SNAP III, écrit que la situation de l'un des 8 seulement a changé. Ce sujet, en détention le 2 mai 1967 en attendant qu'il soit statué sur une accusation au criminel pesant contre lui, a été déclaré coupable par la suite et sa libération conditionnelle a été automatiquement frappée de déchéance<sup>35</sup>.

Dans le mémoire qu'il a présenté à la Commission, le Solliciteur général du Canada décrit le statut, jusqu'au mois d'octobre 1969, des libérés conditionnels pendant les phases I, II et III du programme SNAP (voir l'Annexe 3, page 1038). Cette description semble inspirée en partie d'un document de la Commission nationale des libérations conditionnelles publié en octobre

1969 qui fait état de phases IV, V et VI du programme (voir l'Annexe IV, page 1040). En janvier 1973, la Commission nationale a permis à un membre du personnel de notre Commission d'examiner les dossiers SNAP à ses bureaux d'Ottawa.

Le dernier rapport au dossier à cette époque sur le statut des libérés du programme SNAP avait été rédigé par le représentant régional à Vancouver en août 1967; il y décrit le statut des sujets libérés pendant les phases II et III de SNAP. Les agents du service des libérations conditionnelles qui se sont spécialisés dans la surveillance des toxicomanes en liberté à Vancouver nous ont déclaré qu'ils n'avaient rédigé aucun rapport sur un groupe quelconque de libérés dans le cadre de SNAP après la phase III. Dans ces circonstances, on peut éprouver quelque doute sur le degré d'exactitude du document en question.

Un agent du Service des libérations conditionnelles de Vancouver a rédigé sur ces travaux un rapport qui s'intitule *Report of Special Narcotic Addiction Project (1970)*. Il y traite en général des opiomanes libérés sous la surveillance du Service national des libérations conditionnelles à Vancouver en 1970; il n'y précise pas à quelle phase de SNAP ils ont été élargis, contrairement aux rapports que nous venons d'examiner.

Quant aux projets de SNAP, l'auteur écrit :

Pour un avenir prochain nous espérons que soit créé un instrument de recherche qui faciliterait l'accumulation des données relatives au programme spécial à l'intention des opiomanes. Vu la gravité croissante de la toxicomanie et la nécessité pour le bureau de Vancouver de surveiller un nombre grandissant de toxicomanes en liberté conditionnelle, il importe que nous ayons une connaissance complète de ce que nous avons fait, de ce que nous faisons et de ce que nous nous proposons de faire dorénavant<sup>27</sup>.

Au moment où le présent rapport était en cours de rédaction, cet instrument de recherche n'avait pas encore été créé et le service des libérations conditionnelles n'avait pas poussé plus loin l'analyse des travaux de SNAP ni du comportement des héroïnomanes en liberté conditionnelle depuis qu'on avait cessé d'employer la technique des cas spéciaux en janvier 1972<sup>28</sup>.

Faute d'un rapport sur la situation des libérés de SNAP plus récent que celui d'août 1967, nous ne savons où en est chacun d'eux présentement. Nous ignorons combien sont encore en liberté dans la collectivité, combien ont terminé leur période de libération conditionnelle puis ont été condamnés par la suite pour une autre infraction ou combien sont en détention par suspension, révocation ou déchéance de leur libération, — première ou ultérieure.

À la Commission nationale des libérations conditionnelles ainsi que parmi les agents du Service des libérations qui ont surveillé les cas spéciaux d'opiomanes libérés, on a l'impression que le *Special Narcotic Addiction Project* a donné de maigres résultats<sup>29</sup>. S'ajoutant à une pénurie d'agents du

Service des libérations pour assurer la surveillance étroite des opiomanes libérés, cette impression a sans doute joué dans la décision de la Commission d'abandonner la technique des cas spéciaux en janvier 1972. À ce moment-là, les opiomanes libérés qui constituaient des « cas spéciaux » sont devenus des cas ordinaires sous la surveillance du Service national des libérations conditionnelles. Malheureusement, les travaux de SNAP n'étaient pas conçus de façon à permettre de comparer l'efficacité de la technique des cas spéciaux à la surveillance moins étroite à laquelle les opiomanes libérés sont maintenant soumis en tant que cas ordinaires relevant du Service des libérations conditionnelles. Toutefois, selon des études faites aux États-Unis, il n'y aurait pas de différence de valeur statistique quant au taux de récidive entre les libérés soumis à la surveillance étroite des cas spéciaux et les libérés ordinaires, bien que ces études laissent à entendre que le temps consacré à un libéré contribue fortement au succès de la libération sur parole<sup>40</sup>.

D'après les rapports SNAP du Service national des libérations conditionnelles que nous avons examinés plus haut, il semble que peu de détenus ayant des antécédents d'opiomanie font tout leur temps de libération sans écoper d'une suspension, d'une révocation ou de la déchéance. Étant donné l'effet cumulatif de la révocation de la libération conditionnelle et, dans la plupart des cas, de la déchéance sur la durée de détention de ceux qui en sont frappés, il est possible que, tout compte fait, les anciens opiomanes passent plus de temps en détention du fait de la libération conditionnelle. SNAP n'a pas fait de comparaison, chez les ex-opiomanes, entre ceux qui avaient joui de la libération conditionnelle et les autres (c'est-à-dire ceux qui ont purgé toute leur peine avant l'adoption de la surveillance obligatoire en 1971). Il n'existe pas, que nous sachions, d'étude de ce genre en Amérique du Nord.

#### L'HÉROÏNOMANIE CHEZ CERTAINS BÉNÉFICIAIRES DE LA LIBÉRATION CONDITIONNELLE

Il est impossible de tirer des seules statistiques actuelles de la criminalité une estimation exacte de l'héroïnomanie parmi les bénéficiaires de la libération conditionnelle au Canada. Ces statistiques ne tiennent pas compte des héroïnomanes. Dans la présente section, nous allons étudier l'héroïnomanie chez les libérés conditionnels dans les villes du Canada où l'usage de l'héroïne est très répandu en nous fondant sur les chiffres fournis par les agents du Service national des libérations conditionnelles en 1972, quant au nombre de libérés héroïnomanes sous leur garde.

À Vancouver, dans le domaine de son ressort, le bureau du Service national des libérations conditionnelles a établi aux chiffres ci-après les opiomanes libérés d'avril 1971 à mars 1972 : avril 1971, 79 ; mai 1971, 80 ; juin 1971, 78 ; juillet 1971, 76 ; août 1971, 73 ; septembre 1971, 72 ;

octobre 1971, 78 ; novembre 1971, 79 ; décembre 1971, 74 ; janvier 1972, 72 ; février 1972, 67 ; mars 1972, 66<sup>41</sup>. Au 1<sup>er</sup> août 1972, le nombre des opiomanes en liberté conditionnelle à Vancouver était tombé à 47<sup>42</sup>.

De ces 47 (à ce moment, il y avait environ 370 personnes en liberté conditionnelle dans cette ville), 10 suivaient un traitement d'entretien à la méthadone à la *Narcotic Addiction Foundation* de Colombie-Britannique. (Les libérés conditionnels de Vancouver que l'on surprend à faire usage d'héroïne ont le choix entre une cure d'entretien à la méthadone et le retour en prison). Dix autres devaient se présenter tous les jours à la Fondation pour analyse d'urine et 17 devaient s'y rendre pour la même raison, à des moments non déterminés à l'avance. Les dix derniers ne fréquentaient la Fondation ni pour traitement ni pour analyse, et ne suivaient aucune autre cure à l'époque<sup>43</sup>.

À la suite de conversations avec les agents du Service des libérations conditionnelles d'Abbotsford, de Prince-George et de Victoria (Colombie-Britannique), l'adjoint au représentant du Service national des libérations conditionnelles pour le district de Vancouver a ainsi estimé le nombre des héroïnomanes bénéficiant de la libération conditionnelle dans ces villes au 1<sup>er</sup> août 1972 : Abbotsford, 35 (y compris les sujets en libération conditionnelle de jour<sup>44</sup>) ; Prince-George, 3 ; Victoria, 10<sup>45</sup>.

Les agents du Service des libérations conditionnelles interviewés à Vancouver par un membre du personnel de la Commission ont fait remarquer que presque tous les détenus ayant des antécédents d'héroïnomanie avaient pris de la drogue pendant leur libération conditionnelle<sup>46</sup>. Ils reconnaissaient également qu'un nombre d'héroïnomanes en libération conditionnelle avaient été initiés à la drogue en prison<sup>47</sup>.

Le représentant de district du Service national des libérations conditionnelles à Edmonton (Alberta) a déclaré à la Commission le 11 octobre 1972, moment où il y avait environ 280 personnes en libération conditionnelle dans cette ville, qu'il ne pouvait se rappeler aucun libéré ayant fait usage d'héroïne au cours des cinq mois précédents. Un libéré surpris à en prendre se voit offrir le choix d'y renoncer totalement, de subir une cure d'entretien à la méthadone ou d'être renvoyé en prison<sup>48</sup>.

À la suite d'une petite enquête auprès des agents du Service des libérations conditionnelles de Winnipeg (Manitoba), le représentant de district du Service national des libérations conditionnelles a signalé à la Commission qu'il y avait 7 héroïnomanes sur 280 sujets en liberté conditionnelle dans cette ville le 12 octobre 1972. Deux de ceux qui avaient pris de l'héroïne suivaient une cure à la méthadone dans le cadre du Programme de relèvement des toxicomanes à l'hôpital de Saint-Boniface. Le Service national des libérations conditionnelles dirige les libérés qui prennent de l'héroïne vers le Service d'aide de la Commission provinciale sur l'alcoolisme qui, à son tour les oriente vers le Programme de relèvement des toxicomanes<sup>49</sup>.

Le représentant de district du Service national des libérations conditionnelles de Toronto, après des entretiens avec les agents du Service des libéra-

tions de cette ville, a signalé à la Commission qu'il n'y avait aucun héroïnomane reconnu relevant de leur autorité le 25 octobre 1972, sur quelque 650 sujets en liberté conditionnelle. Les agents se rappelaient que 28 d'entre ces derniers avaient déjà été héroïnomanes mais que vraisemblablement, ils ne prenaient pas d'héroïne à ce moment-là<sup>50</sup>. Quatre personnes en liberté conditionnelle à Toronto à cette époque suivaient la cure d'entretien à la méthadone de l'*Addiction Research Foundation* de l'Ontario. Ce sont les autorités de la prison de Matsqui en Colombie-Britannique qui avaient pris des dispositions à cette fin<sup>51</sup>.

À Montréal, le représentant de district a fait savoir à la Commission qu'il n'y avait pas d'héroïnomane parmi les quelque 920 personnes en liberté surveillée dans cette ville le 19 octobre 1972. Plus tôt la même année, le Service des libérations conditionnelles de Montréal avait confié trois personnes, victimes de la drogue, à la Fondation Spera, internat thérapeutique situé à Rawdon<sup>52</sup> (voir le tableau H. 2, page 988).

#### LA POLITIQUE DE LA COMMISSION NATIONALE DES LIBÉRATIONS CONDITIONNELLES À L'ÉGARD DES HÉROÏNOMANES

Il ne semble pas y avoir de politique bien définie à l'égard des délinquants à antécédents toxicomanes, mais un manuel sur la libération conditionnelle publié par la Commission nationale renferme le passage ci-après :

De nombreux détenus qui ont demandé la libération conditionnelle étaient en état d'ébriété au moment où ils ont commis leur délit. Quelques-uns sont des alcooliques chroniques. Lorsqu'il existe une relation directe entre l'alcool et le délit, la Commission estime qu'il est de l'intérêt de la société et du détenu que l'abstention complète d'intoxicants soit posée comme condition de la libération conditionnelle.

On compte bien que le détenu prendra conscience de ses difficultés et tentera de les surmonter. Nous trouvons très encourageant de voir un grand nombre de détenus profiter des programmes des *Alcooliques Anonymes*, offerts par les différents établissements pénitentiaires, et rester membre de cette société après leur sortie de prison.

Lorsqu'il s'agit de mettre un toxicomane en libération conditionnelle, il faut être encore plus prudent, à cause de la nature grave de la toxicomanie. Il faut accorder à sa demande plus d'attention qu'on ne le fait d'habitude.

Toutefois, si le prévenu a sincèrement l'intention de s'abstenir des drogues, la Commission fait tout en son pouvoir pour l'y aider. La prudence étant primordiale dans ces cas-là, les libérés conditionnels font tous l'objet d'une surveillance intense et reçoivent de l'aide au moment de leur élargissement. Bien qu'on ne connaisse pas de remède sûr contre la toxicomanie, beaucoup d'anciens détenus s'abstiennent de drogues, pendant même plusieurs années<sup>53</sup>.

La Commission nationale est d'avis que l'ex-héroïnomane, que de toute façon il faudra relâcher à un moment donné, peut bénéficier d'un meilleur trai-

tement dans la collectivité qu'en prison et qu'il faut lui fournir, comme aux autres délinquants, l'occasion de s'adapter à la société avant l'expiration de sa peine<sup>54</sup>. Pour statuer sur une demande de libération conditionnelle formulée par un ex-héroïnomanes, la Commission nationale recherche des signes qu'il a l'intention de se guérir de sa toxicomanie. Elle les trouve dans son comportement antérieur dans la collectivité et en prison ainsi que dans ses déclarations sur ses intentions<sup>55</sup>.

La Commission nationale n'impose pas la cure à la méthadone aux ex-opiomanes comme condition de libération, mais elle estime nécessaire en certains cas d'offrir au libéré surpris à prendre de l'héroïne le choix entre cette cure et le renvoi en prison<sup>56</sup>.

Comme le Service national des libérations conditionnelles n'a pas fait d'étude rigoureuse des résultats de la libération des toxicomanes, il nous est difficile de tirer des conclusions définitives et de formuler des recommandations précises. Néanmoins nous recommandons que le Service des libérations conditionnelles entreprenne cette étude en examinant notamment : a) l'efficacité des diverses méthodes de surveillance ; b) les cures d'entretien à la méthadone et aux autres stupéfiants ; c) les conséquences de la suspension et de la révocation de la libération sur le relèvement du libéré.

ANNEXE 1  
TABLEAU K. 2

LIBÉRATIONS CONDITIONNELLES DEMANDÉES, ACCORDÉES ET RÉVILIÉES (POUR VIOLATION)  
DE 1959 (PREMIÈRE ANNÉE DU RÉGIME) À 1972\*  
(Libération conditionnelle ordinaire)†

	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972
<b>FÉDÉRALE</b>														
Sujets admissibles qui en ont fait la demande	—	85%	64%	64%	57%	56%	61%	62%	66%	71%	75%	83%	89%	88%
Demandes agréées.....	944	1 192	1 005	885	663	751	1 127	1 114	1 328	1 331	2 030	2 852	2 785	1 756
Pourcentage des demandes agréées.....	44%	34%	35%	32%	26%	29%	37%	41%	47%	42%	62%	64%	61%	44%
<b>PROVINCIALE</b>														
Demandes agréées.....	1 044	1 333	1 292	987	1 126	1 101	1 170	1 382	1 760	2 187	3 062	3 071	3 493	1 957
Pourcentage des demandes agréées.....	41%	51%	32%	30%	31%	29%	31%	39%	46%	54%	70%	74%	71%	54%
<b>TOTAL</b>														
Demandes agréées.....	2 038	2 525	2 297	1 872	1 789	1 852	2 297	2 496	3 088	3 518	5 092	5 923	6 278	3 713
Pourcentage des demandes agréées.....	42%	41%	33%	31%	29%	29%	34%	40%	46%	49%	66%	69%	66%	49%
<b>RÉVILIATIONS</b>														
Révocations.....	60	97	115	97	122	111	107	127	141	176	212	365	367	442
Déchéances.....	58	94	141	114	114	95	85	116	151	206	339	639	1 142	1 041
Total des révocations et des déchéances‡.....	118	191	256	211	236	206	192	243	292	382	551	1 004	1 509	1 483

Source: Commission nationale des libérations conditionnelles, 30 mars 1973.

\* Les chiffres de ce tableau représentent les « décisions » rendues par la Commission nationale des libérations conditionnelles dans une année donnée. Les bénéficiaires de la libération conditionnelle ne sont pas tous relâchés l'année même; cette observation vaut aussi pour les révocations et les déchéances.

† Après avoir purgé une partie de sa peine, le détenu d'un établissement fédéral ou provincial de correction pour adultes est libéré sous condition et sous surveillance, de manière à purger le reste de sa peine au sein de la société (Ministère du Solliciteur général du Canada, *Commission nationale des libérations conditionnelles*: Statistiques de 1970, Ottawa, s.d., in « Glossaire des termes de décisions utilisées dans ce rapport ».

‡ Il est impossible d'établir pour une année donnée le rapport entre les révocations et déchéances et les libérations conditionnelles, car les personnes dont la libération est révoquée ou frappée de déchéance pouvant avoir été libérées l'année précédente.

ANNEXE 2  
TABLEAU K. 3

PROGRAMME SPÉCIAL CONTRE LA TOXICOMANIE (SNAP)

PROGRAMME DU SERVICE NATIONAL DES LIBÉRA- TIONS CONDI- TIONNELLES	PROGRAMME DE RECHERCHE EN TRAITEMENTS (T.R.P.) À MATSQUI (H) HOMMES (F) FEMMES	NOMBRE DE LIBÉRÉS DANS CHAQUE PRO- GRAMME <sup>5</sup>	PÉRIODE DES LIBÉRATIONS (OU MOIS DE LA DERNIÈRE LIBÉRATION DANS CHAQUE PROGRAMME) <sup>9</sup>	STATUT DES LIBÉRÉS DE SNAP SELON LE SERVICE NATIONAL DES LIBÉRATIONS CONDITIONNELLES					RAPPORT DU SER- VICE NATIONAL DES LIBÉRATIONS CONDITIONNELLES ET AUTRE DATE	RAPPORT DU SERVICE PÉNITENTIAIRE DU CANADA (MATSQUI) ET AUTRE DATE
				EN PRISON (SUSPEN- SION)	EN PRISON (RÉVOCA- TION)	EN PRISON (DÉCHÉ- ANCE)	LIBÉRA- TION MENÉE À TERME	LIBÉRA- TION EN COURS		
SNAP I		16	8 juin-5 déc. 1962	2	5	3	2	4	Selkirk (1/64)	
SNAP II		29	juin 1964-janv. 1966	3	6	1	1	18	Selkirk (1/66)	
				1	7	8	8	5	Stevenson (7/67)	
SNAP III	T.R.P. I (H)	10	18 nov.-16 déc. 1966	3				5	Bishop (4/67) <sup>10</sup>	Murphy (6/68)
				2		1		5	Stevenson (7/67)	
	T.R.P. II (H) (14 U.P.T.) (12 G.C.S.) <sup>3</sup>	26	15 juillet-15 août 1967						AUCUN	Craigen, McGregor et Murphy, 1967 <sup>11</sup> Murphy, 1972 <sup>12</sup>
	T.R.P. III (H) (12 U.P.T.) (6 G.C.S.) (12 G.C.P.) <sup>3</sup>	30	Dernière libération accordée en mai 1968						AUCUN	AUCUN
	T.R.P. IV (F) <sup>4</sup>	5	Dernière libération accordée en juin 1968						AUCUN	AUCUN

T.R.P. V (H) (14 U.P.T.)	14 <sup>e</sup>	Dernière libération accordée en fév. 1969							AUCUN	AUCUN
T.P.R. VI (F)	5	Dernière libération accordée en avril 1969							AUCUN	AUCUN
T.P.R. VII (F)	7 <sup>e</sup>	Dernière libération accordée en avril 1970							AUCUN	AUCUN
T.P.R. VIII (H) (13 U.P.T.)	13 <sup>e</sup>	Dernière libération accordée en sept. 1971							AUCUN	AUCUN

- Unité pilote de traitement de Matsqui (voir Appendice I).
- Groupe de contrôle secondaire de l'établissement principal de Matsqui.
- Premier groupe de contrôle de l'établissement principal de Matsqui.
- Tous les programmes pour femmes se sont déroulés dans une unité féminine spéciale de Matsqui.
- Les renseignements de cette colonne sur les programmes 3 à 8 de recherche en traitement de Matsqui ont été fournis à la Commission par M. B. C. Murphy, agent de recherche de la région Ouest, Service pénitentiaire du Canada, le 16 janvier 1973.
- Ce groupe de détenus comprenait un individu sans antécédents d'opiomanie à son entrée à Matsqui. Certains détenus de ce groupe, relâchés à l'expiration de leur peine, ont donc échappé à la surveillance de la libération conditionnelle après leur élargissement (Murphy, communication personnelle, 16 janvier 1973).

- Certains de ces libérés avaient déjà participé à des programmes de recherche en traitement à Matsqui. (Murphy, communication personnelle, le 16 janvier 1973).
- Voir note 7, ci-dessus.
- Voir note 5, ci-dessus.
- Les rapports du Service national des libérations conditionnelles sur SNAP III ne mentionnent que 8 détenus qui ont été libérés sous la surveillance du bureau de Vancouver du Service national.
- D. Craigen, D. R. McGregor et B. C. Murphy, *The Pilot Treatment Unit: A Preliminary Report of Treatment-Research Program II—An Experimental Treatment Program for the Narcotic Addict*, (mimeographié, ministère du Solliciteur général du Canada, Service pénitentiaire du Canada (1967).
- Ce rapport sur l'efficacité du programme de traitement de Matsqui, auquel ces 26 détenus ont participé avant leur libération conditionnelle, est étudié à l'Appendice I, *Le traitement de l'opiomanie dans les pénitenciers fédéraux du Canada*.

ANNEXE 3

EXTRAIT DU MÉMOIRE DU SOLLICITEUR GÉNÉRAL DU CANADA  
À LA COMMISSION

(décembre 1969)

TRAVAUX SPÉCIAUX SUR LA TOXICOMANIE

En 1961, la Commission nationale des libérations conditionnelles et le Service pénitentiaire du Canada ont élaboré un projet spécial d'étude de la toxicomanie (*Special Narcotic Addiction Project* ou SNAP), première expérience du genre au Canada. On a accordé la libération conditionnelle à 16 criminels toxicomanes du pénitencier de Colombie-Britannique. Deux ans après leur libération, 7 des 16 vivaient encore dans la collectivité, et 9 avaient vu leur libération révoquée mais seulement 2 pour de nouveaux délits. Une vérification subséquente a révélé que seulement 3 avaient mené à bonne fin leur période de liberté surveillée et qu'un autre la poursuivait.

Dans une seconde phase de cette expérience (SNAP II), 30 détenus ont été libérés sous surveillance étroite de juin à décembre 1964. En octobre 1969, 13 d'entre eux étaient encore en liberté dont 9 qui avaient été déchus de leur libération pour de nouveaux délits et 8 avaient vu leur libération suspendue ou révoquée pour manquement au règlement.

Malgré ces résultats, et pour apprendre à mieux traiter les opiomanes, le gouvernement du Canada a mis sur pied l'établissement de Matsqui en Colombie-Britannique, pour les délinquants toxicomanes.

Dès l'ouverture de Matsqui en 1966, le Service pénitentiaire du Canada et la Commission nationale des libérations conditionnelles ont continué leurs expériences dans le traitement des toxicomanes à l'établissement même et dans la collectivité. La partie appliquée en détention a été appelée Unité pilote de traitement et chaque programme subséquent a été affecté d'un numéro permettant l'identification de chaque groupe de toxicomanes traités et de noter chaque modification de programme apportée à la lumière des expériences précédentes<sup>1</sup>.

L'Unité pilote de traitement est une communauté thérapeutique faite d'un petit groupe de toxicomanes choisis parmi les détenus du pénitencier de Colombie-Britannique et vivant ensemble. Les membres du groupe suivent un programme spécial de formation comprenant tous les moyens et services, et fondé sur les connaissances acquises en matière de toxicomanie

délinquante. De plus, ils participent à des séances quotidiennes de thérapeutique de groupe qui durent jusqu'à deux heures<sup>1</sup>.

Le premier groupe expérimental de 10 détenus (U.P.T. I) a suivi des traitements dans la communauté thérapeutique pendant 7 mois à compter du 25 avril 1966 et ses membres ont obtenu leur libération conditionnelle (SNAP III) un à la fois, de novembre à décembre 1966. Après 2 ans, seulement 3 continuaient à mener une vie non délinquante, en liberté dans la société ; les autres avaient fait une rechute ou leur libération avait été frappée de déchéance (pages 2 et 3).

---

<sup>1</sup> Craigen, D., McGregor, D. R., Murphy, B. C., *The Pilot treatment unit, a preliminary report of treatment research-program II, an experimental treatment program for the narcotic addict*, ministère du Solliciteur général, Service pénitentiaire du Canada, 1967.

ANNEXE 4

PROGRAMMES SPÉCIAUX DE RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE

(*Special Narcotic Addiction Projects*)

(SNAP)

(Résumé présenté au Solliciteur général suppléant du Canada par la Commission nationale des libérations conditionnelles, le 27 octobre 1969).

	Élargisse- ments	Suspensions ou révoca- tions	Déché- ances	Libéra- tions com- plétées avec succès	En cours
SNAP I (1962).....	16	7	5	3	1
II (1964).....	31	8	9	9	4
III (1966) (U.P.T. 1).....	10	3	4	2	1
IV (1967) (U.P.T. 2).....	26	8	2	4	12
V (1968) (U.P.T. 3).....	29	11	2	1	15
VI (1968) (U.P.T. 4)..... (femmes)	5	2	0	2	1
	117	39	23	21	34

SNAP I — Première expérience du genre au Canada

U.P.T. — Unité pilote de traitement

SNAP III— Première collaboration avec l'établissement nouveau de Matsqui

SNAP IV— Constitué d'un groupe expérimental de 14 et d'un groupe de contrôle de 12

Source: Commission nationale des libérations conditionnelles, (documentation présentée à la Commission le 29 août 1972).

NOTES

1. *Loi sur la libération conditionnelle de détenus*, S.R.C. 1970, c. P-2.
2. *IBID.*, a. 3.
3. *Loi sur les prisons et les maisons de correction*, S.R.C. 1970, c. P-21, a. 41 (pour l'Ontario) et a. 15 (pour la Colombie-Britannique).
4. Ministère du Solliciteur général, *La libération conditionnelle au Canada*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1970, p. 1.
5. Article 41 pour l'Ontario ; article 151 pour la Colombie-Britannique. La façon dont ce pouvoir est exercé est traitée par D. Bowie dans *Some Aspects of Parole in Canada*, « Queen's Law Journal », novembre 1971, pp. 167 à 207. À la suite d'un accord entre la Commission nationale des libérations conditionnelles et la Commission provinciale de la Colombie-Britannique, un détenu dans cette province qui a subi une sentence « déterminée-indéterminée » (voir Appendice F. 8, *Pratique pénale*), et qui obtient une libération conditionnelle de la Commission nationale des libérations conditionnelles, demeurera soumis à sa juridiction, aux dispositions de la *Loi sur la libération conditionnelle* et à celles du *Règlement sur la libération conditionnelle* pour la période déterminée de la peine, et soumis à la juridiction de la Commission provinciale ainsi qu'aux règles de libération conditionnelle approuvées par le Solliciteur général du Canada pour la période indéterminée. En Ontario, cependant, un détenu qui purge une peine « déterminée-indéterminée » et qui obtient sa libération conditionnelle de la Commission nationale des libérations conditionnelles, demeurera soumis à la juridiction de cette Commission, aux dispositions de la *Loi sur la libération conditionnelle* et du *Règlement sur la libération conditionnelle* durant toute la peine.
6. La réduction statutaire de peine est prévue dans la *Loi sur les pénitenciers*, S.R.C. 1970, c. P-6, à l'article 22 :
  - (1) Quiconque est condamné ou envoyé au pénitencier pour une période déterminée doit, dès sa réception à un pénitencier, bénéficier d'une réduction statutaire de peine équivalant au quart de la période pour laquelle il a été condamné ou envoyé au pénitencier, à titre de remise de peine sous réserve de bonne conduite.La réduction de peine méritée est définie à l'article 24 de la même loi :
  - (1) Chaque détenu peut bénéficier d'une réduction de peine de trois jours pour chaque mois civil durant lequel il s'est adonné assidûment, de la façon déterminée en conformité des règles établies par le commissaire à cet effet, au programme du pénitencier dans lequel il est emprisonné.Les personnes condamnées ou détenues dans une prison autre qu'un pénitencier (c'est-à-dire dans un établissement provincial) ont droit à la même réduction de peine, statutaire et méritée, que les détenus des pénitenciers fédéraux [(*Loi sur les prisons et les maisons de correction*, S.R.C. 1970, c. P-21, articles 17 (1) et 18 (1)).
7. *Loi sur la libération conditionnelle de détenus*, a. 15.
8. *IBID.*, a. 16 (1).

Appendice K

9. *IBID.*
10. R. c. Markwart (1969) 1 C.C.C. 167 (Sask. C.A.).
11. *La nouvelle libération conditionnelle accordée* est une décision de la Commission accordant un nouveau Certificat de libération conditionnelle au bénéficiaire d'une libération automatiquement frappée de déchéance du fait d'un délit. (Canada, Ministère du Solliciteur général, *Commission nationale des libérations conditionnelles : Statistiques de 1970*, Ottawa, s.d., in « Glossaire des termes de décisions utilisés dans ce rapport »). Selon les statistiques provisoires recueillies par le Centre d'information statistique du ministère du Solliciteur général du Canada pour 1971, 209 nouvelles libérations conditionnelles ont été accordées par la Commission nationale cette année-là. Un récent projet d'amendement du *Règlement sur la libération conditionnelle* prévoit que quelqu'un dont la libération conditionnelle a été révoquée devra subir la moitié de sa nouvelle peine de prison ou sept ans, selon la première limite atteinte avant d'être à nouveau admissible à la libération conditionnelle.
12. *Loi sur la libération conditionnelle de détenus*, a. 20 et 21. Le Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle, notant que la personne dont la libération conditionnelle est frappée de déchéance ou révoquée n'obtenait pas que soit reconnu le temps passé correctement en liberté dans la collectivité, a recommandé que  
... lorsque la libération conditionnelle est frappée de déchéance ou révoquée, le libéré conditionnel obtienne un crédit égal à la période de liberté qu'il a passée sans défaillance au sein de la société, mais qu'il ne reçoive pas de crédit pour la période équivalente à la réduction statutaire de 25 p. 100 de sa peine ni pour toute réduction méritée qui peut avoir été inscrite à son crédit avant sa libération conditionnelle (*Justice pénale et correction : un lien à forger*, Rapport Ouimet, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1969, p. 377).
13. McNAUGHTON-SMITH, P., *Permission to be Slightly Free: A Study of Granting, Refusing and Withdrawing of Parole in Canadian Penitentiaries*, document inédit (miméographié) s.d., pages 6/4-6/5. Voir aussi Bowie, *Some Aspects of Parole in Canada*, p. 199.
14. *Loi sur la libération conditionnelle de détenus*, a. 15 (2).
15. McNAUGHTON-SMITH, *Permission to be Slightly Free*, p. 6/10. Les 399 détenus du sexe masculin de l'échantillon de McNaughton-Smith devaient passer au total, s'ils n'obtenaient pas leur libération conditionnelle, 330 992 jours au pénitencier, soit en moyenne 830 jours chacun.  
On a refusé la libération conditionnelle à 263 d'entre eux. La Commission des libérations conditionnelles ne leur a donc pas permis de réduire leur temps de prison. Trente-sept ont obtenu leur libération conditionnelle et l'ont perdue par la suite ; ils ont en réalité passé plus de temps en prison que si la libération conditionnelle n'avait pas existé. Ils ont perdu de la sorte environ 6 124 jours, soit en moyenne 166 jours chacun. Les 99 autres hommes ont obtenu leur libération et l'ont respectée. Avant leur élargissement, ils ont passé en tout 67 204 jours en prison, soit en moyenne 679 jours chacun. Sans libération conditionnelle, ils y auraient passé 106 401 jours ou 1 075 jours chacun. Ainsi, l'économie nette dans notre exemple... a été de 33 073 jours, soit presque exactement 10 p. 100 du temps qu'ils auraient passé en prison sans la libération conditionnelle.

16. MILLER, F. P., ancien membre de la Commission nationale des libérations conditionnelles et directeur administratif du Service des libérations conditionnelles, communication personnelle à la Commission, janvier 1973.
17. Ce programme de libération est exposé dans *An Experiment in the Supervision of Parole Offenders Addicted to Narcotic Drugs: Final Report of the Special Narcotic Project*, New York State Division of Parole, New York, 1960.
18. DRYDEN, D., agent du Service national des libérations conditionnelles à Vancouver, communication personnelle à la Commission, 22 décembre 1972.
19. SELKIRK, J. F. D., agent du Service national des libérations conditionnelles à Vancouver, *National Parole Board Experimental Release of Drugs Addicts*, « The Canadian Journal of Corrections », 6(1), janvier 1964, p. 32.
20. SELKIRK, J. F. D., *The Special Narcotic Addiction Project (SNAP I) : Final Report* (miméographié), 7 janvier 1964, addendum, s.d., p. 1.
21. IBID.
22. IBID.
23. IBID., p. 2.
24. SELKIRK, J. F. D., *Special Narcotic Addiction Project No. II : A Pilot Project for the Parole of Drug Addicts from the B.C. Penitentiary* (miméographié), s.d., p. 1.
25. IBID., pp. 3-4.
26. IBID., p. 51.
27. IBID., p. 52
28. IBID., p. 54. \*
29. IBID., pp. 4-49.
30. SLEIGH, A., (psychiatre conseil, Service pénitentiaire du Canada) et SELKIRK, J. F. D., *Special Narcotic Addiction Project*, addendum à *Special Narcotic Project No. II : A Pilot Project*, voir note 24, s.d., p. 5.
31. STEVENSON, B. K., représentant régional du Service national des libérations conditionnelles, Vancouver, mémoire sur les programmes spéciaux de traitement de la toxicomanie, 17 août 1967, pp. 1-4.
32. Le comportement des libérés de SNAP III pendant les dix mois et demi initiaux de libération conditionnelle est analysé par B. C. Murphy, agent de recherche à Matsqui, dans *An Analysis of the First 10½ Months Post Release Experience of Delinquent Addicts from Treatment Research Programme I (TRP I)* (miméographié), juin 1968.
33. BISHOP, R. O., agent du Service national des libérations conditionnelles à Vancouver, *First Report on Problems of the Narcotic Addiction Project No. 3* (miméographié), p. 1.
34. IBID., pp. 2-5.
35. STEVENSON, *Special Narcotic Addiction Projects*, p. 1.
36. SELKIRK, J. F. D., DRYDEN, D. L. G. et BISHOP, R. O., communication personnelle à la Commission, 26 juin 1972.
37. DRYDEN, D. L. G., *Report of Special Narcotic Addiction Project (1970)* (miméographié), 7 mai 1971, p. 6.
38. STREET, T. G., président de la Commission nationale des libérations conditionnelles, communication personnelle à la Commission, 14 mars 1973 (voir aussi note 36).

39. STREET, T. G., communication personnelle à la Commission, 29 août 1972. Voir aussi note 36.
40. California, Youth and Adult Corrections Agency, *Special Intensive Parole Unit, Phase IV*, Synopsis of Parole Outcome Study, Sacramento, 1965, voir aussi D. Lohman, A. Wahl et R. M. Carter, *The San Francisco Project: A Study of Federal Probation and Parole*, École de criminologie, Université de la Californie, 1965 (miméographié), in « Research Report No. 9 » intitulé *The Minimum Supervision Caseload: A Preliminary Evaluation*, septembre 1966, p. 38. Ces deux études sont citées dans W. R. Outerbridge, *The Tyranny of Treatment... ?* « The Canadian Journal of Corrections », avril 1968, pp. 378-387.
41. Renseignements fournis à la Commission le 26 juin 1972.
42. BYMAN, A., représentant adjoint de district du Service national des libérations conditionnelles, Vancouver, communication personnelle à la Commission, 1<sup>er</sup> août 1972.
43. IBID.
44. *La libération conditionnelle de jour* « est accordée pendant une période d'emprisonnement à des fins spéciales de réhabilitation, par exemple pour permettre à un détenu de continuer d'exercer son emploi régulier ou de faire un long stage à l'extérieur, ou comme libération conditionnelle progressive avant l'élargissement à l'expiration de la peine. Le libéré retourne à l'établissement le soir. » Canada, ministère du Solliciteur général, *Commission nationale des libérations conditionnelles : Statistiques de 1970*, Ottawa, s.d., dans « Glossaire des termes de décisions utilisés dans ce rapport ».
45. BYMAN, communication personnelle à la Commission, 1<sup>er</sup> août 1972.
46. SELKIRK, DRYDEN et BISHOP, communication personnelle à la Commission, 26 juin 1972.
47. IBID.
48. GILLES, R., représentant de district du Service national des libérations conditionnelles, Edmonton, communication personnelle à la Commission, 11 octobre 1972.
49. REMPEL, D., représentant de district du Service national des libérations conditionnelles, Winnipeg, communication personnelle à la Commission, 12 octobre 1972.
50. BEAMES, R. S., représentant de district du Service national des libérations conditionnelles, Toronto, communication personnelle à la Commission, 25 octobre 1972.
51. IBID.
52. GENEST, L., représentant de district du Service national des libérations conditionnelles, Montréal, communication personnelle à la Commission, 19 octobre 1972.
53. CANADA, Commission nationale des libérations conditionnelles, *Aperçu du régime canadien de libération conditionnelle à l'intention des juges, des magistrats et des forces de police*, s.d., p. 7.
54. STREET, T. G., président de la Commission nationale des libérations conditionnelles, communication personnelle à la Commission, 29 août 1972.
55. IBID.
56. IBID.

## *Le régime d'internement des toxicomanes en Californie*

### INTRODUCTION

La Californie a institué un régime d'internement des toxicomanes (R.I.T.) en 1961. Il avait été présenté aux législateurs comme moyen de débarrasser la société des toxicomanes, tout comme l'emprisonnement, mais qui comportait de plus une tentative de relèvement<sup>1</sup>. Voici en quels termes la loi décrit le but du Régime :

Les toxicomanes et les personnes en danger imminent de le devenir, à cause d'un usage répété des stupéfiants, doivent être soumis à des traitements qui s'attaquent à la toxicomanie et à ses causes. Ces traitements doivent être exempts de tout caractère punitif, tant pour la protection personnelle du toxicomane ou de la personne en danger de le devenir, que pour celle du public. Les personnes soumises à ce régime qui ne se prêteront pas ou ne répondront pas aux traitements devront néanmoins être suivies à des fins de contrôle. De plus, les personnes astreintes à ce régime qui manifesteront quelque progrès après une période d'observation et de traitement devront avoir l'occasion de démontrer si elles sont capables de s'abstenir de stupéfiants, sous une surveillance étroite, en accédant au statut d'externes, c'est-à-dire en habitant à l'extérieur du centre de relèvement<sup>2</sup>...

### L'AUTORITÉ RESPONSABLE

En Californie, le régime d'internement relève du Service de correction dont le directeur assume la garde des détenus. Le Centre de relèvement de Californie (C.R.C.) créé pour l'application du régime est placé sous la surveillance directe d'un directeur, qui fait partie du Service de correction. Selon la loi, le Centre est « un établissement de détention, de traitement et de relèvement des toxicomanes » dont le but principal est « d'accueillir, de diriger, de détenir, d'employer, d'instruire, de traiter et de rééduquer les personnes confiées à la garde du Service de correction ou de ses organismes, qui sont ou ont été toxicomanes ou qui sont en danger imminent de le devenir à cause d'un usage répété de stupéfiants »<sup>3</sup>. Les dispositions du Code pénal s'appliquent au C.R.C. « en tant que prison relevant du

## Appendice L

Service de correction, ainsi qu'aux personnes qui y sont détenues »<sup>4</sup>. Cette responsabilité aurait été confiée au Service de correction à cause de l'importance que l'on attachait à l'efficacité du contrôle. Le régime du C.R.C. comprend un ensemble de mesures générales et spéciales servant au contrôle, au traitement et au relèvement des toxicomanes, y compris leur surveillance à l'extérieur.

### LES GENRES D'INTERNEMENT

Le régime prévoit deux genres d'internement, l'un obligatoire, l'autre facultatif. On a recours à l'un ou à l'autre, lorsqu'il n'y a pas poursuites au criminel ; lorsqu'une personne a été déclarée coupable d'un acte criminel, c'est l'internement obligatoire qui s'applique. Bien que cet internement s'inscrive dans la procédure pénale, on le considère comme « civil », sans doute parce qu'il a été jugé anticonstitutionnel d'ériger en infraction la toxicomanie, car cela reviendrait à une punition cruelle et exorbitante<sup>5</sup>. En dépit de son caractère pénal, le régime californien a été jugé constitutionnel<sup>6</sup>. Cette conclusion découlait logiquement de l'opinion exprimée par la Cour suprême dans l'affaire *Robinson contre la Californie* selon laquelle il était anticonstitutionnel d'infliger une peine pour toxicomanie mais il ne l'était pas d'obliger le toxicomane à se soumettre à des traitements.

La Loi de Californie prévoit l'internement des personnes qui ont l'habitude des stupéfiants (c'est-à-dire, dans ce cas, des stupéfiants opiacés et de la cocaïne, mais non du cannabis) ou qui sont en danger imminent de la contracter en raison d'un usage répété des stupéfiants.

#### *L'internement volontaire*

Toute personne qui se croit toxicomane ou en danger imminent de le devenir peut en faire part au procureur de district qui, si la requête lui semble fondée, pourra demander à un tribunal supérieur un mandat d'internement<sup>7</sup>.

#### *L'internement obligatoire ne relevant pas du droit pénal*

*Qui peut demander l'internement ?* Quiconque considère une personne comme toxicomane ou en danger de le devenir<sup>8</sup> en raison d'un usage répété des stupéfiants peut le déclarer sous serment au procureur de district, lequel demandera alors à un tribunal supérieur un mandat d'internement s'il croit la déclaration fondée<sup>9</sup>.

Tout agent de paix ou agent de santé qui a lieu de croire quelqu'un toxicomane ou en danger imminent de le devenir en raison d'un usage répété des stupéfiants, peut le conduire, dans son intérêt et pour sa protection, à l'hôpital de comté ou à tout autre établissement hospitalier convenable désigné par le bureau de surveillance du comté.

Sur demande écrite de l'agent de paix ou de l'agent de santé, le médecin ou directeur de l'hôpital ou de l'établissement désigné admet le présumé toxicomane. La demande doit énoncer les circonstances dans lesquelles l'état de la personne a été porté à la connaissance de l'agent ; la date, l'heure et le lieu de l'internement ainsi que les faits sur lesquels l'agent s'est fondé pour estimer la personne toxicomane ou en danger imminent de le devenir. La demande sera signée par l'agent, et un double sera remis à la personne avant son entrée à l'hôpital ou dans un autre établissement.

Dans les 24 heures qui suivent l'entrée, un médecin doit examiner la personne afin de déterminer si elle est toxicomane ou en danger imminent de le devenir, et lui fournir les soins médicaux nécessaires pour alléger les symptômes du sevrage qu'elle peut ressentir.

Si, après cet examen, le médecin ne croit pas la personne toxicomane ou en danger imminent de le devenir, il en fera part sans délai au médecin chef ou au directeur de l'hôpital ou de l'établissement, et celui-ci élargira la personne sur-le-champ.

Si, après l'examen initial, le médecin est d'avis que d'autres examens sont nécessaires pour déterminer si la personne est toxicomane ou en danger imminent de le devenir, il doit attester par écrit qu'il l'a examinée et qu'il en est venu à cette conclusion. Le médecin chef ou le directeur de l'hôpital a alors le pouvoir de détenir encore la personne au plus 48 heures pour un nouvel examen.

Si après ce nouvel examen le médecin est d'avis que la personne n'est pas toxicomane ni en danger imminent de le devenir, il doit aussitôt en faire rapport au médecin chef ou au directeur qui doit immédiatement libérer la personne.

Si, après l'examen initial ou le second examen, le médecin estime la personne toxicomane ou en danger imminent de le devenir, il doit attester par écrit qu'il l'a examinée et en est venu à cette conclusion, en indiquant le jour et l'heure des examens. Le médecin chef ou le directeur doit consigner ces faits dans un rapport au procureur de district qui peut demander à une cour supérieure de confier la personne à la garde du directeur du Service de correction pour qu'elle soit internée dans l'établissement de détention et de relèvement des toxicomanes.

Si la demande du procureur de district, accompagnée de l'attestation du médecin examinateur n'est pas produite à la cour supérieure dans les 72 heures consécutives à l'entrée de la personne à l'hôpital ou à l'établissement, — à l'exclusion des samedis, dimanches et jours fériés — le médecin chef ou directeur doit élargir la personne sur-le-champ<sup>10</sup>.

*Examen et audition sur demande d'internement ne relevant pas du droit pénal.* Sur production d'une demande d'internement, le tribunal doit ordonner que la personne dont on demande l'internement soit examinée par deux mé-

decins. Si la demande est faite en conformité du rapport du médecin chef ou du directeur d'un hôpital ou d'un établissement hospitalier, le tribunal n'est pas tenu d'ordonner que la personne soit examinée par un autre ou plusieurs autres médecins.

Le tribunal peut aussi ordonner qu'en attendant l'audition la personne soit détenue dans un hôpital de comté ou un autre établissement convenable désigné par le bureau de surveillance du comté, si la demande est accompagnée d'une attestation d'un médecin selon laquelle il a examiné ladite personne dans les 72 heures précédant la production de la demande — y compris les samedis, dimanches et jours fériés — et en est venu à la conclusion que, sauf détention, elle risque de se faire du mal à elle-même, d'en faire aux autres ou de devenir un danger pour le public. Chaque fois qu'un arrêté de détention est ainsi rendu, le directeur de l'établissement a le devoir d'assurer au détenu les soins médicaux nécessaires pour alléger les symptômes du sevrage qu'il peut éprouver.

Lorsque le tribunal ordonne l'examen d'une personne, il nomme deux médecins examinateurs. Si les médecins concluent que la personne n'est pas toxicomane ni en danger imminent de le devenir, la demande d'internement est rejetée. Si les médecins en arrivent à la conclusion contraire, la personne est conduite devant le tribunal qui l'informe de son droit de se faire représenter par un avocat et de se défendre, y compris le droit de présenter des témoignages et le droit à l'examen contradictoire des témoins. Si la personne n'a pas les moyens de payer un avocat, le tribunal lui en nomme un et fixe les honoraires que le comté doit verser si la personne ne peut se faire représenter par un défenseur public<sup>11</sup>.

À l'audition, la personne a le droit de faire comparaître les médecins examinateurs et de les faire interroger sur leur déposition<sup>12</sup>.

Si le tribunal conclut, après l'audition, que la personne est toxicomane ou en danger imminent de le devenir, il doit ordonner qu'elle soit confiée à la garde du directeur du Service de correction ; sinon la demande est rejetée<sup>13</sup>.

On peut renoncer au droit de se faire entendre pour déterminer si l'on est toxicomane ou en danger imminent de le devenir<sup>14</sup>.

Si l'intéressé ou l'un de ses amis est « mécontent de l'ordonnance d'internement », il peut exiger un procès par jury pour statuer sur la question de la toxicomanie ou du danger imminent de toxicomanie. Il est interdit de lire l'ordonnance d'internement au jury ou d'y faire allusion au cours du procès. La demande est rejetée si au moins les trois quarts des jurés ne rendent pas un verdict de toxicomanie ou de danger imminent de toxicomanie<sup>15</sup>.

#### *Internement obligatoire des personnes déclarées coupables*

En procédure pénale, l'internement a lieu à la suite d'une déclaration de culpabilité par un tribunal municipal, une cour de justice ou une cour supérieure, ou à la suite de la révocation de la liberté surveillée. Lorsqu'un prévenu est déclaré coupable de quelque infraction par un tribunal municipi-

pal ou une cour de justice, ou à la suite de la révocation de la liberté surveillée qu'on lui avait déjà accordée, et que la sentence ait été rendue ou non, s'il est possible, selon le juge, que l'accusé soit toxicomane ou en danger imminent de le devenir, il doit surseoir aux poursuites ou suspendre l'imposition ou l'exécution de la sentence, déférer l'accusé à un tribunal supérieur et ordonner au procureur de district de produire au directeur du Service de correction une demande d'internement de l'accusé dans un établissement de détention, de traitement et de relèvement des toxicomanes. Sur production de la demande, il y a audition de l'affaire en cour supérieure, comme lorsque l'internement ne relève pas du droit pénal, et la personne internée jouit du même droit à un procès par jury si elle est mécontente de l'ordonnance d'internement. On suit la même procédure lorsque le prévenu a été déclaré coupable en cour supérieure.

Si les médecins examinateurs ou le tribunal déclarent que la personne n'est pas toxicomane ni en danger imminent de le devenir, elle est renvoyée devant le tribunal pénal où elle doit faire face aux poursuites au criminel qui sont indiquées<sup>16</sup>.

#### PERSONNES NON ADMISSIBLES À CE RÉGIME

Les dispositions relatives à ce régime ne s'appliquent pas aux individus déclarés coupables de meurtre, de voies de fait avec intention de tuer, de tentative de meurtre, de rapt, de vol qualifié, de vol avec effraction, de mutilation ou de certains autres actes criminels avec violence, comportant des blessures corporelles, ou une tentative pour en infliger<sup>17</sup>.

Le Service de correction de Californie fournit régulièrement aux juges des normes officielles pour les aider à statuer sur l'admissibilité des toxicomanes à l'internement<sup>18</sup>. En principe, sont « admissibles » les personnes dont la toxicomanie est la principale difficulté, celles dont on peut s'occuper au C.R.C., celles qui n'ont pas été sérieusement mêlées au trafic des stupéfiants, celles qui sont âgées de plus de 18 ans et qui n'ont été détenues en général que dans des prisons de comté. Les sujets qui ont un dossier judiciaire trop lourd (incendie volontaire, voies de fait), ou qui ont fait sérieusement le trafic de la drogue, qui sont réfractaires aux traitements ou qui n'y répondent pas, qui souffrent de certaines affections physiques ou psychiques (déviations sexuelles, psychose, sénilité, etc.), qui se sont souvent soustraits à la justice ou qui ont eu de nombreuses rechutes dans leur toxicomanie, ou qui ont besoin d'une étroite surveillance (homosexuels, récidivistes), ne sont pas jugés aptes à profiter du régime d'internement du C.R.C. De plus, on conseille aux juges d'apporter une attention particulière à ceux qui ont été libérés conditionnellement et à ceux qui sont sous le coup d'une peine d'emprisonnement ou d'un arrêté d'expulsion, avant d'ordonner leur internement au C.R.C.

Dans certains cas particuliers et dans l'intérêt de la justice, la loi permet au juge, avec l'accord du procureur de district et de l'intéressé, d'ordonner l'internement d'un individu normalement inadmissible<sup>19</sup>.

Le C.R.C. n'est pas tenu d'accueillir tous ceux qui lui sont envoyés. Si le directeur du Service de correction estime qu'un individu, à cause de son dossier ou pour quelque autre motif pertinent, n'est pas apte à bénéficier du régime de l'établissement, il doit le renvoyer devant le tribunal qui a été le premier saisi de l'affaire pour que la justice suive son cours si le tribunal le juge à propos<sup>20</sup> ou, si l'internement ne relevait pas de la procédure pénale, il peut ordonner que la personne soit libérée<sup>21</sup>. Selon un observateur, les autorités judiciaires auraient pris en mauvaise part, au début, que le C.R.C. refuse d'accueillir des toxicomanes dont elles avaient ordonné l'internement; aussi le taux des refus a-t-il diminué par la suite<sup>22</sup>. À la fin de 1969, 584 personnes seulement avaient été renvoyées aux tribunaux comme « inaptes » à subir les traitements sur 11 995 dont l'internement avait été ordonné, soit quelque 4,9 p. 100 des cas<sup>23</sup>.

En dépit des critères sévères d'admissibilité, le C.R.C. semble accepter de plus en plus de toxicomanes récidivistes ou enclins à la violence<sup>24</sup>. C'est, dans une certaine mesure, qu'on dispose de places au C.R.C. et que pour de nombreux juges les « normes » d'admissibilité sont trop restrictives.

Pendant la première année du régime, 55 p. 100 seulement des internés étaient coupables d'infractions majeures (*felony*) et 25 p. 100 d'infractions graves (*misdemeanor*) tandis que 20 p. 100 n'avaient fait l'objet d'aucune poursuite au criminel<sup>25</sup>. Les chiffres correspondants pour 1962-1968 sont, en moyenne, de 70 p. 100, de 17 p. 100 et de 13 p. 100. Mais, en 1971, ils sont de 91 p. 100, 6 p. 100 et 3 p. 100. (Les chiffres de 1962 à 1968 et de 1971 s'appliquent aux détenus du sexe masculin, mais la répartition est à peu près la même chez les femmes). Selon les derniers renseignements reçus par la Commission, 93 p. 100 des internés au Centre sont coupables d'infractions majeures et seulement 3 p. 100 d'infractions graves<sup>26</sup>. Les internements volontaires n'ont jamais formé plus de 2 à 4 p. 100 du total annuel<sup>27</sup>.

Les internés du C.R.C. se recrutent de plus en plus parmi les individus déclarés coupables d'infractions majeures qui seraient normalement condamnés à un long emprisonnement. La durée à peu près fixe de l'internement au Centre vaut à ces criminels une « sentence » plus courte; ils peuvent y obtenir leur libération conditionnelle plus tôt et jouir d'une liberté beaucoup plus grande qu'en toute prison à régime de sécurité moyenne ou maximum. Les toxicomanes coupables d'infractions majeures internés au C.R.C. peuvent obtenir leur « libération conditionnelle » (c'est-à-dire le statut d'externe) en sept mois et demi tandis que ceux qui sont condamnés à la prison en jouissent rarement avant 42 mois<sup>28</sup>.

Cette même fixité relative de la période d'internement joue contre les personnes coupables d'infractions graves (notamment de prostitution) car au criminel leur sentence maximum ne serait que d'un an tandis que sous le régime d'internement des toxicomanes leur détention peut durer sept ans (et parfois même dix ans). C'est pour remédier à cette injustice grave que les juges des tribunaux supérieurs renoncent de plus en plus à faire interner au

C.R.C. les individus coupables d'infractions graves ; depuis quelque temps, comme solution de rechange, ils les condamnent à un an de détention au maximum dans une prison de comté, la durée réelle de l'incarcération à purger étant laissée à la discrétion de l'agent de surveillance. Un bon nombre de sujets sont ainsi confiés le jour à un organisme de lutte contre la toxicomanie et passent leurs nuits en prison<sup>29</sup>. D'autre part, le juge peut ordonner à un toxicomane de subir un traitement à la méthadone ou lui permettre de purger sa sentence dans un hôpital psychiatrique d'État.

Bien qu'on ne puisse se fonder sur des données précises pour l'affirmer, il semble bien que l'inauguration des traitements d'entretien à la méthadone en Californie ait fourni aux juges une solution préférable à l'internement au C.R.C. pour les individus coupables d'infractions graves ; de plus, ces traitements auraient attiré un fort pourcentage du petit groupe de toxicomanes qui auraient jusque-là demandé d'eux-mêmes l'internement au C.R.C.

#### PÉRIODE MAXIMUM D'INTERNEMENT

La durée de l'internement obligatoire est d'au plus sept ans, mais par exception elle peut être prolongée d'au plus trois ans. L'internement volontaire est d'au plus deux ans et demi. On a établi cette distinction afin d'encourager les toxicomanes à se prêter spontanément à l'internement ; mais, ainsi que nous l'avons déjà mentionné, une très faible proportion des internés seulement sont des volontaires. Voici en quels termes un observateur décrit la façon dont on incite les toxicomanes à se porter volontaires :

... Souvent, après l'examen, on offre à ceux que l'on appelle « toxicomanes » ou qui sont en danger « imminent » de le devenir, l'occasion d'opter volontairement pour l'internement. On leur dit, non sans raison, que s'ils n'acceptent pas « spontanément » un internement de deux ans et demi, ils écoperont d'un internement obligatoire de sept ans<sup>30</sup>.

#### L'INTERNAT

Les internés du sexe masculin habitent en groupes de 60, dans des quartiers qui constituent l'unité thérapeutique de base ; dans chacune veille un « conseiller », huit heures par jour, cinq jours par semaine. Plus de 90 p. 100 des internés sont logés au California Rehabilitation Center, établissement de sécurité moyenne situé près de Corona. La plupart des femmes logeaient également à Corona, mais en 1969 leurs quartiers ont été fermés et elles ont été transférées dans une aile du Patton State Hospital, à San Bernardino. Selon le directeur du C.R.C., le régime de sécurité est beaucoup moins rigoureux à l'hôpital qu'à Corona. Le taux d'évasion à l'hôpital est de 4 p. 100 l'an environ tandis qu'il est inférieur à 1 p. 100 à Corona.

Le California Rehabilitation Center de Corona est doté du régime de sécurité d'un établissement pénitentiaire. Il est entouré de barbelés, surveillé par des gardes armés, et son règlement limite rigoureusement les visites et les communications des détenus avec l'extérieur. Toute évasion ou tentative

d'évasion sous le Régime d'internement des toxicomanes constitue un acte criminel punissable d'un emprisonnement d'au plus sept ans<sup>31</sup>.

Le personnel du C.R.C. se divise en trois secteurs : l'administration, la correction et le relèvement. L'administration occupe 10 p. 100 des effectifs ; les services de correction ou de garde, 70 p. 100 ; les services de relèvement, c'est-à-dire conseillers, psychiatres, psychologues, enseignants et orienteurs, 20 p. 100. Il y a trois gardes et demi et un chargé de relèvement pour trente internés. En septembre 1972, chez les femmes, on comptait deux internées pour un membre du personnel (80 employés pour 185 internées) tandis que chez les hommes, le rapport était d'un peu moins de 3 pour 1 (470 employés pour 1 600 internés environ).

Selon le directeur du C.R.C., les conseillers ont « un diplôme universitaire, et ont l'expérience du travail auprès des délinquants, dans un établissement de correction ou en service social ». La plupart des conseillers ont déjà travaillé pour le Service de correction, et le C.R.C. a commencé récemment à confier à d'anciens toxicomanes des postes de conseillers et d'autres postes.

À son arrivée au C.R.C., l'interné est affecté, selon le sexe, à un groupe de 60 hommes ou de 45 femmes dont il peut faire partie jusqu'à ce qu'il devienne externe. Psychologues et conseillers lui font aussitôt subir une batterie de tests psychométriques et établissent son dossier : antécédents sociaux, casier judiciaire et toxicomanie. Le Centre offre de multiples services : ergothérapie, formation professionnelle et scolaire, divertissements et services religieux, conseils en relations familiales et matrimoniales (à l'exclusion des visites du conjoint).

Le programme thérapeutique du C.R.C. repose sur l'hypothèse qu'il est possible de modifier le comportement d'un individu en modifiant certains facteurs de sa personnalité. Les toxicomanes sont considérés comme des personnes de peu de maturité, chez qui il faut développer le sens des responsabilités personnelles et sociales pour qu'elles puissent mener une existence à l'abri de la drogue et de la délinquance<sup>32</sup>. Le but que l'on poursuit n'est donc pas seulement l'abstinence de drogue mais aussi la transformation de la personnalité. Un observateur a décrit ce but ainsi :

On part de l'hypothèse que l'usage des drogues n'est qu'un symptôme de troubles caractériels et d'inadaptation sociale et qu'il est illusoire de prétendre agir sur les symptômes sans modifier les manières de penser et d'agir<sup>33</sup>.

Jusqu'à ces dernières années, le relèvement des toxicomanes, en particulier à Corona, reposait surtout sur la thérapeutique quotidienne de groupe. Depuis 1969, on modifie beaucoup cette méthode pour en tirer des programmes plus axés sur l'individu et plus diversifiés. Chaque unité de dortoir peut avoir sa propre conception des traitements et de la « thérapeutique de groupe ». Certaines unités, par exemple, peuvent se consacrer uniquement à la formation professionnelle ou scolaire. D'autres se livrent à des traitements intensifs par petits groupes, d'autres travaillent à la transformation du

comportement et d'autres encore s'inspirent des internats thérapeutiques, travaillant en groupes nombreux. L'affectation à l'une de ces unités se fait dans les deux semaines de l'entrée au C.R.C., par un service spécial à Corona et par une « commission de classification » (composée d'internés et de membres du personnel) au Patton State Hospital. L'interné peut se faire permuter d'une résidence à une autre en tout temps, avec l'approbation des conseillers.

Selon des observateurs, les nouveaux internés apprennent vite à considérer les séances de thérapie de groupe (que celui-ci soit petit ou non) comme un jeu où ils s'efforcent de se montrer rééduqués et sérieux puisque « c'est dans une large mesure sur leur comportement en groupe que l'on se fondera pour déterminer le moment où ils pourront obtenir leur libération conditionnelle »<sup>34</sup>. De plus, les groupes de 60 semblent jouer le jeu de concert, se protégeant les uns les autres et enseignant aux nouveaux les trucs et stratagèmes du régime<sup>35</sup>.

#### LE PASSAGE AU STATUT D'EXTERNE

Le passage au statut d'externe et l'élargissement des détenus incombe à la *Narcotic Addict Evaluation Authority* (N.A.E.A.), composée de quatre membres nommés pour quatre ans par le gouverneur de la Californie. Les membres sont choisis autant que possible pour leur « expérience dans les domaines du droit, de la sociologie, de la justice, de la médecine ou de l'enseignement » et pour le « vif intérêt qu'ils portent au relèvement des toxicomanes »<sup>36</sup>.

Lorsqu'un interné est guéri de sa toxicomanie ou a échappé au danger imminent de devenir toxicomane, au point où, de l'avis du directeur du Service de correction, il convient de lui accorder le statut d'externe, le directeur doit en avertir la N.A.E.A.<sup>37</sup>. Celle-ci est saisie une fois l'an de tous les cas où cet avertissement ne lui a pas été donné (ou aucune recommandation n'a été faite) par le directeur, demandant le passage d'un interné au statut d'externe. C'est elle qui statue officiellement sur ce passage. Le directeur du Service de correction est chargé de la surveillance des externes.

Auparavant, tous les détenus devaient passer six mois en internat. On a aboli cette période minimum et en principe, les internés peuvent passer automatiquement au statut d'externes. La proportion des détenus qui jouissent de ce statut augmente depuis quelques années. Le nombre d'internés au C.R.C., augmentant graduellement, a atteint 2 586 à la fin de 1968. Depuis lors il a diminué de 36 p. 100 environ. À la fin de 1971, le Régime d'internement de Californie avait la garde de quelque 8 400 personnes, dont 1 800 internes et 5 351 externes en règle, les autres étant des externes qui avaient fui<sup>38</sup>.

Lorsque, de l'avis du personnel, les détenus ont fait suffisamment de progrès, on recommande leur passage au statut d'externe<sup>39</sup>. Pour en décider, on voit dans quelle mesure le milieu que le sujet va regagner peut lui fournir,

## Appendice L

par du travail et de saines relations, des chances raisonnables d'une existence sans drogue<sup>40</sup>.

Avant l'abolition de la période obligatoire de six mois d'internat, l'interné conservait ce statut un an en moyenne (de 10 à 15 mois pour les hommes et de 10 à 12 mois pour les femmes). Depuis quelques années cependant, on tente de réduire cette période ; en 1971, elle était tombée à sept mois pour les hommes, et à huit mois pour les femmes. Les détenus sur qui ne pèse aucune accusation au criminel passent à peu près le même temps en internat que ceux qui ont été déclarés coupables de délits graves ou majeurs.

Du 1<sup>er</sup> juillet 1971 au 30 juin 1972 (date à laquelle le gouvernement fédéral a suspendu ses subventions), le C.R.C. a poursuivi une expérience : la remise en liberté dans le milieu. Les détenus admissibles étaient envoyés directement au Centre Parkway (maison de semi-liberté de Los Angeles, tenue par le C.R.C.) où après deux à six semaines ils obtenaient le statut d'externes. Cette expérience devait porter sur une dizaine de détenus par semaine mais comme la *Narcotic Addiction Evaluation Authority* ne la voyait pas d'un très bon œil, il n'y en avait qu'un ou deux qui pouvaient en profiter. On analyse présentement le succès relatif de cette expérience<sup>41</sup>.

En outre, depuis novembre 1970, le C.R.C. met à l'essai un programme d'élargissement accéléré : parmi les nouveaux détenus, on choisit les 10 p. 100 « qui ont le plus de chances de réussir » et on leur accorde le statut d'externes après 53 jours d'internat en moyenne<sup>42</sup>. On avait déjà tenté ainsi de relâcher les détenus plus tôt, mais après un an 16 p. 100 seulement du groupe expérimental d'externes avaient encore une bonne conduite contre 32 p. 100 du groupe contrôle, élargi de la façon habituelle<sup>43</sup>. Toutefois, les sujets choisis n'étaient pas les 10 p. 100 qui « avaient le plus de chances de réussir » comme dans le programme d'élargissement accéléré. Sinon, les résultats, dit-on, auraient été meilleurs<sup>44</sup>. Quant aux effets de la réduction de la période initiale d'internat de douze mois en moyenne en 1968 à environ huit mois et demi en 1971, voici ce qu'en pense le directeur du C.R.C., M. Wood :

Je crois que cette période plus courte donne d'aussi bons résultats. Il ne semble pas y avoir de lien entre la durée de l'internat et le succès ou l'insuccès de l'individu rendu à la société<sup>45</sup>.

La surveillance des externes se fait comme pour la libération conditionnelle. Des agents de surveillance ayant reçu une formation spéciale ont charge d'une trentaine d'externes venant uniquement du Centre.

Citons M. Wood de nouveau :

... l'externat offre, pour un nombre peu élevé de sujets, une surveillance étroite mais sympathique, des tests sur l'usage des stupéfiants, des séances hebdomadaires de thérapie de groupe, des soins psychiatriques limités pour les externes, de l'aide dans la recherche d'un emploi et des maisons de semi-liberté<sup>46</sup>.

Autrefois, on faisait subir aux externes quatre tests réguliers et un test inopiné à la nalline, chaque mois pendant au moins six mois, pour vérifier

s'ils n'avaient pas recommencé à prendre de la drogue<sup>47</sup>, mais les tests à la nalline ont été abandonnés pour des raisons pécuniaires lorsque le C.R.C. a commencé à permettre aux externes de prendre de la méthadone<sup>48</sup>. On a dû abandonner l'analyse de l'urine pour les mêmes motifs vers la fin de 1965 ou le début de 1966. Les externes sont soumis à des analyses à l'improviste de l'urine ayant pour objet de déceler l'usage des opiacés, des barbituriques, des amphétamines et de la méthadone, le cas échéant. Ces tests se font toutefois de façon si régulière que la plupart des externes s'en aperçoivent et, s'ils ne sont pas retombés dans la toxicomanie, peuvent régler leur usage de la drogue en conséquence. De plus, l'analyse de l'urine, quoique plus fiable que le test à la nalline, demeure aléatoire dans le cinquième des cas. À l'été de 1971, en vérifiant la valeur des services offerts au C.R.C. par le laboratoire auquel il était lié par contrat, on a constaté que les analyses d'urine étaient erronées dans 50 p. 100 des cas. C'est depuis peu qu'on a réduit la marge d'erreur à 20 p. 100, ce qui est considéré comme acceptable<sup>49</sup>. Selon le directeur Wood, cependant, l'analyse de l'urine faite pour le C.R.C. présentement est précisé dans 95 p. 100 des cas ; mais il a admis que le contrôle de la qualité des services avait obligé le C.R.C. à changer de laboratoire quatre fois au cours des dix dernières années<sup>50</sup>.

Le C.R.C. tient deux maisons de semi-liberté à Los Angeles, l'une pour hommes et l'autre pour femmes. Elles servent de refuge temporaire aux externes qui désirent obtenir leur élargissement à Los Angeles et qui n'y ont pas de ressources personnelles. Le C.R.C. utilise également plusieurs autres maisons de semi-liberté dans l'État. De l'avis des observateurs, toutefois, les maisons de semi-liberté n'auraient pas connu plus de succès que l'élargissement pur et simple<sup>51</sup>. Le Centre n'exploite pas d'ateliers de travail protégés.

#### LE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE

On a apporté un changement important au régime de l'externat en permettant aux toxicomanes de suivre des traitements à la méthadone<sup>52</sup>. Lorsque ces traitements ont fait leur apparition en Californie, l'externe du C.R.C. devait obtenir la permission du préposé à la libération conditionnelle pour les suivre. Aujourd'hui, dans bien des cas, il peut choisir un traitement et en informer le préposé. À la fin de 1971, 11 p. 100 des externes en règle suivaient des traitements de ce genre. En mai 1972, 17 p. 100 étaient traités à la méthadone et 20 p. 100 s'étaient inscrits pour recevoir, leur tour venu, des traitements privés<sup>53</sup>. On s'attend à ce que la moitié des externes du C.R.C. se soient soumis de plein gré à des traitements à la méthadone à la fin de 1973<sup>54</sup>.

De plus, le Service de correction de la Californie a mis sur pied en juin 1971 son propre programme expérimental de traitements à la méthadone destiné à deux cents toxicomanes ; cent sont des externes du C.R.C. et cent sont des toxicomanes accusés d'infractions majeures et bénéficiant de la libération conditionnelle<sup>55</sup>.

### SUSPENSION DU STATUT D'EXTERNE ET RENVOI DU R.I.T.

La période maximum de détention, en internat et en externat, est de deux ans et demi pour l'internement volontaire, et de sept ans pour l'internement forcé sauf lorsque celui-ci est prolongé de trois ans, ce qui en porte la durée maximum à dix ans.

Les externes peuvent toutefois obtenir leur libération complète du R.I.T. avec l'accord de la *Narcotic Addict Evaluation Authority*, s'ils se sont abstenus de toute drogue pendant au moins deux ans ou s'ils ont suivi des traitements à la méthadone pendant trois ans sans prendre d'autre drogue et si, d'autre part, ils ont satisfait aux conditions de leur statut d'externes<sup>56</sup>.

Un seul membre de la N.A.E.A. peut suspendre la permission de passer au statut d'externe et faire revenir le sujet au C.R.C. si, à son avis, il y a eu manquement aux conditions de l'externat<sup>57</sup>. Lorsqu'un individu perd son statut d'externe, il lui faut la permission de la N.A.E.A. pour le recouvrer par la suite.

Le statut d'externe peut se perdre pour divers motifs, notamment pour usage illicite de drogue, inculpation au criminel, mauvaise « adaptation » (par exemple, si le sujet n'assiste pas aux séances de conseils de groupe, s'il abuse de l'alcool, s'il se lie avec des toxicomanes ou des délinquants reconnus, s'il est instable dans son travail, s'il change d'emploi ou de lieu de résidence sans permission) ou si le sujet se soustrait au régime<sup>58</sup>.

Certains ont prétendu que les restrictions apportées au régime de l'externat étaient un peu plus rigoureuses que celles de la libération conditionnelle et appliquées ordinairement de façon plus sévère<sup>59</sup>. La suspension du statut d'externe incombe en dernier ressort à la N.A.E.A., mais c'est l'agent de surveillance qui la recommande. Ces agents semblent assez souples et de plus en plus indulgents<sup>60</sup>. Ainsi, lorsque le préposé à la libération conditionnelle s'aperçoit que les sujets ont pris des stupéfiants, il peut leur permettre de se « nettoyer » et de venir subir un autre test la semaine suivante, ou il peut suspendre temporairement leur statut d'externe pour le leur rendre lorsqu'il aurait été établi qu'ils ne prennent plus de drogue.

Une innovation récente au Régime d'internement consiste dans la « rentrée de courte durée ». Bien que non prévue par la loi, elle permet à un externe qui est retombé dans sa toxicomanie de rentrer volontairement au Centre comme interne pour au plus 60 jours. L'individu peut ainsi se sevrer de l'héroïne tout en conservant la possibilité d'obtenir un élargissement rapide. Lorsqu'il redevient externe, la période d'abstinence qui lui donne droit à l'élargissement recommence à courir.

Les externes arrêtés pour infraction majeure sont souvent renvoyés au C.R.C. sans poursuites judiciaires<sup>61</sup>, les procureurs de district étant alors disposés à renoncer à celles-ci.

Moins de 20 p. 100 des externes du R.I.T. ont conservé ce statut trois ans de suite et obtenu ainsi un élargissement anticipé. La plupart sont ren-

voyés au C.R.C. au moins une fois pour y reprendre leurs traitements en internat. C'est pour usage illicite de drogue que le statut d'externe est le plus souvent révoqué. Sur les 1 209 premiers sujets auxquels le Centre avait accordé le statut d'externe de juin 1962 à juin 1964, 50 p. 100 ont été surpris à faire usage d'opiacés, et 6 p. 100 de marijuana ou de drogues fortes, pendant leur première année d'externat<sup>62</sup>. Les proportions sont demeurées les mêmes de 1966 à 1968, mais elles ont commencé à baisser radicalement en 1969<sup>63</sup>.

Pour la plupart des internés, le Régime d'internement de la Californie fonctionne un peu comme une porte tournante par laquelle ils passent continuellement du statut d'interne à celui d'externe et vice-versa jusqu'à leur expulsion. Ainsi, parmi les sujets du sexe masculin mis au régime de l'externat pour la première fois en 1962, seulement 7,5 p. 100 avaient été renvoyés, fin 1968, au tribunal de la condamnation originelle avec recommandation, cette fois, d'élargissement anticipé. Les proportions correspondantes pour 1963 et 1964 sont respectivement de 14 et de 15 p. 100<sup>64</sup>.

Voici comment un observateur a décrit le processus :

... le toxicomane moyen soumis à ce régime passe de trois ans et demi à quatre ans en internat, un an environ en fuite et ne jouit de sa liberté que pendant deux ans ou deux ans et demi sur sept<sup>65</sup>.

Très peu sont capables de faire toute la période d'abstinence requise pour obtenir un élargissement anticipé avant de perdre leur statut d'externes. Ainsi, 35 p. 100 seulement des 1 209 premières personnes à passer à l'externat entre juin 1962 et juin 1964 étaient encore « en règle » à ce titre après un an. Au terme de trois ans (soit la période minimum d'abstinence continue alors exigée pour l'élargissement anticipé), 16 p. 100 seulement étaient encore « en règle »<sup>66</sup>. Les résultats obtenus de 1962 à 1968 se résument ainsi : 30 p. 100 seulement de ceux qui étaient devenus externes l'étaient encore après un an ; 25 p. 100 étaient « en règle » après deux ans, et 17 p. 100 seulement ont été élargis après avoir passé avec succès trois ans de suite comme externes<sup>67</sup>.

Les externes renvoyés au C.R.C., puis remis en liberté après un second stage en internat, ont un dossier encore moins brillant que ceux qui acquièrent le statut d'externes pour la première fois : 26 p. 100 étaient « en règle » après un an contre 35 p. 100<sup>68</sup>.

On a de plus constaté ce qui suit :

... une forte proportion de ceux qui « réussissent » ne sont pas représentatifs de la majorité des toxicomanes ; ils n'avaient guère fait usage d'opiacés ou se contentaient ordinairement de sirops ou de comprimés qui en contenaient<sup>69</sup>.

Certaines autres « réussites » ne sont guère représentatives non plus si l'on considère l'état psychotique ou les troubles mentaux des sujets<sup>70</sup>.

Il y a eu cependant une nette amélioration du taux des réussites ces dernières années. On l'attribue dans une certaine mesure à une application

plus indulgente des conditions de l'externat. Des observateurs ont fait état de cette amélioration dans les termes suivants :

... avec l'adoption des conditions plus faciles pour ceux qui étaient encore externes en 1970, le pourcentage courant d'un an de réussite au premier stage en externat était de 45 p. 100 chez les hommes et de 50 p. 100 chez les femmes<sup>71</sup>.

Sur les 8 400 personnes auxquelles s'appliquait le R.I.T. au 31 décembre 1971 (internes et externes), 1 995 avaient été renvoyées au Centre pendant l'année pour manquement aux conditions de leur libération. Pendant cette même année, 644 avaient terminé leur stage avec succès et obtenu une recommandation d'élargissement, soit près de deux fois plus qu'en 1970<sup>72</sup>.

Au Centre, on explique de la façon suivante la politique d'indulgence à l'égard des manquements aux conditions de l'externat :

La Commission [*Narcotic Addict Evaluation Authority*] s'est fixé pour règle d'accorder des chances aux toxicomanes en leur rendant leur statut d'externes ou en ne leur imposant qu'un bref internement lorsqu'ils sont capables de travailler avec l'agent de libération conditionnelle et de se garder de toute infraction. S'ils sont mêlés à quelque activité délictueuse, ils sont en général renvoyés à l'internat pour une période de traitement plus longue. En ce moment, la durée moyenne du séjour est de huit mois pour les nouveaux détenus et de trois mois environ pour ceux qui y sont renvoyés pour manquement aux conditions de leur libération<sup>73</sup>.

Du 15 septembre 1961 au 31 décembre 1971, 16 713 personnes ont été internées, soit 14 590 hommes et 2 123 femmes. Au 31 décembre 1971, 1 685 sujets des deux sexes avaient obtenu une recommandation d'élargissement après deux ou trois ans d'abstinence ininterrompue à l'extérieur<sup>74</sup>.

L'élargissement se fait de la façon suivante. Les personnes qui ont été déclarées coupables de quelque délit sont renvoyées devant le tribunal qui a ordonné leur internement et y obtiennent leur libération du R.I.T. ; de là, elles sont renvoyées devant le tribunal (tribunal municipal, cour de justice ou cour supérieure) qui les avait déclarées coupables et celui-ci peut reprendre les poursuites ou les abandonner. Si l'individu est condamné, le temps d'internement au R.I.T. est défalqué de la sentence. Les sujets sur lesquels ne pèse aucune accusation au criminel obtiennent simplement leur élargissement de la *Narcotic Addict Evaluation Authority*<sup>75</sup>.

Si une personne fait la période maximum de sept ans prévue au Régime, elle est ensuite renvoyée devant le tribunal qui l'a condamnée. Sauf si le directeur du Service de correction recommande le prolongement de l'internement (pour trois ans au plus) et obtient l'assentiment du tribunal, les sujets sur lesquels ne pèse aucune accusation au criminel sont élargis du R.I.T. ; les autres le sont également, mais pour être renvoyés devant le tribunal qui les a condamnés et que la justice suive son cours s'il y a lieu<sup>76</sup>.

Les personnes internées pendant une période supplémentaire de trois ans doivent être élargies du R.I.T. au plus tard à l'expiration de dix ans à compter de la date de leur premier internement<sup>77</sup>.

Lorsqu'on recommande l'élargissement d'un coupable avant l'expiration de la période maximum d'internement et qu'on le renvoie devant le tribunal qui l'avait jugé, la procédure habituelle — du moins dans le nord de la Californie — veut qu'il soit élargi sur-le-champ (pour une infraction grave), et qu'il soit condamné pour la forme à quelques jours de détention dans la prison de comté, (pour une infraction majeure)<sup>78</sup>.

#### APPRÉCIATION

Dans *Le traitement*, nous avons fait état des critiques contre le Régime d'internement de la Californie<sup>79</sup>. M. John C. Kramer, directeur de la recherche pour le Régime pendant trois ans, s'est montré très sévère en 1970. Dans l'ensemble, selon lui, en dépit des apparences, il s'agissait moins d'un régime de traitement que d'un régime pénitentiaire qui, de plus, ne semblait pas avoir donné de meilleurs résultats pour le relèvement des toxicomanes que les méthodes ordinaires des prisons de Californie<sup>80</sup>.

Il ne s'est pas fait de comparaison scientifique entre les résultats des externes du Régime et ceux des toxicomanes coupables d'infractions majeures jouissant d'une libération conditionnelle, mais selon un fonctionnaire du Service de correction, ces derniers réussissent peut-être mieux « parce que s'ils sont renvoyés en prison, ils y passeront probablement dix-huit mois contre deux ou trois mois au C.R.C. »<sup>81</sup>. Il a ajouté cependant qu'il est difficile d'établir des comparaisons entre les deux systèmes parce que, dans celui de la libération conditionnelle des coupables, on ne fait pas d'étude suivie sur l'usage de la drogue.

Il faut juger de la valeur du Régime d'internement de la Californie par rapport à son double but : le traitement et le contrôle. En matière de traitement visant à l'abstinence, il n'est pas clair qu'il soit plus satisfaisant que la méthode ordinaire d'emprisonnement et de libération conditionnelle. Mais on n'a jamais sérieusement comparé les deux méthodes. On ne semble pas non plus avoir étudié les anciens du C.R.C. après leur élargissement. On n'en mesure le succès qu'à la bonne conduite des externes et au nombre de toxicomanes qui obtiennent promptement leur libération lorsqu'ils ne sont pas surpris à faire un usage illicite de stupéfiants pendant deux ans, ou pendant trois ans s'ils suivent des traitements d'entretien à la méthadone. Fait à noter, bien que plus de 90 p. 100 des sujets du R.I.T. soient internés après avoir été déclarés coupables d'infractions majeures, 3 p. 100 seulement sont renvoyés en internat à la suite d'une nouvelle condamnation de même nature<sup>82</sup>. Toutefois, il faut dire qu'une forte proportion des externes qui commettent des infractions majeures sont renvoyés en internat sans poursuites.

Le principal avantage que l'on attribue au R.I.T. de la Californie est son efficacité comme mode de contrôle, sinon comme mode de traitement. C'est sur ce rôle qu'on a insisté pour faire adopter le Régime, et on le souligne constamment dans la documentation qui s'y rapporte. On fait valoir qu'il permet de retirer de la circulation un nombre important de toxicomanes, et de les soustraire à la criminalité relative aux drogues. On insiste éga-

lement sur les économies grâce à la multiplication des externes. Voici à ce sujet quelques extraits de documents publiés par le R.I.T. :

Le personnel du R.I.T. a pu prendre en charge des milliers de toxicomanes invétérés, tout en réduisant au minimum les frais pour le public... Il en coûte environ \$850 pour garder un sujet en externat et \$3 900 pour le garder comme interne. Les contribuables ont donc réalisé des économies appréciables grâce à la diminution du nombre des internes et au contrôle que nous exerçons à l'extérieur sur ces toxicomanes endurcis<sup>84</sup>.

M. Roland W. Wood, directeur du Centre de Relèvement de la Californie, a exposé cette fonction de contrôle en 1967 :

Lorsqu'une personne est confiée au R.I.T. pour être internée au Centre de Relèvement de la Californie et qu'elle ne se prête pas ou ne réagit pas aux traitements, elle peut être gardée au Centre à des fins de contrôle. Après avoir étudié les expériences faites par plusieurs organisations, dont la nôtre, on a fixé dans la loi une longue période de contrôle obligatoire pour des motifs thérapeutiques. Un fort pourcentage des toxicomanes ne se soumettront pas à des traitements si la loi ne les condamne pas à l'internement. Et un très fort pourcentage d'entre eux vont se soustraire aux traitements s'ils en ont l'occasion, avant le moment indiqué du point de vue médical. Et sans internement sanctionné par la loi, il n'y a aucun moyen efficace d'assurer des traitements aux sujets après leur sortie de l'établissement. C'est à ce manque de traitements que l'on a surtout attribué le haut pourcentage d'échecs dans les autres tentatives pour contrôler et traiter la toxicomanie<sup>85</sup>.

Les observateurs reconnaissent que le R.I.T. a exécuté sa fonction de contrôle avec assez d'efficacité, même si le cinquième<sup>85</sup> des sujets parviennent à s'y soustraire ; ce phénomène tiendrait à ce qu'il relève du Service de correction. M. Wood a expliqué pourquoi on a confié le R.I.T. au service de correction plutôt qu'aux responsables de l'hygiène publique :

C'est de propos délibéré et pour des motifs très particuliers et bien fondés que l'assemblée législative de la Californie a confié au Service de correction la responsabilité du soin des toxicomanes dans toute la Californie. Les toxicomanes ont un penchant marqué pour la délinquance et, en général, de lourds antécédents antisociaux. La toxicomanie n'est pas d'ordinaire leur seule difficulté : ce sont, pour la plupart, des voleurs, des cambrioleurs, des faussaires et des trafiquants de stupéfiants. Certains sont agressifs, insoumis et se livrent même à des voies de fait. Ils peuvent avoir recours à tous les moyens pour s'évader et sont prêts à tout pour obtenir de la drogue pendant leur détention. Les toxicomanes posent également des problèmes de manquement que connaissent bien ceux qui ont l'habitude du travail de correction et qui contredisent, à certains égards, les notions reçues en hygiène mentale. Mais le Service de correction possédait un autre atout qui a été déterminant dans la décision de lui confier la responsabilité des toxicomanes : il dispose d'un service professionnel de post-cure très perfectionné ayant une grande expérience dans le traitement des toxicomanes en libération conditionnelle<sup>86</sup>.

Le R.I.T. de Californie abandonne peu à peu la notion d'internement et s'oriente carrément vers un régime de surveillance au sein de la collec-

*Le régime d'internement des toxicomanes en Californie*

tivité. À la fin de 1971, le quart environ des sujets étaient internés et les trois quarts, externes<sup>87</sup>.

On estime à quelque 23 p. 100 la proportion des toxicomanes de Californie qui relèvent du R.I.T. dans cet État<sup>88</sup>.

Si les régimes d'internement des États-Unis n'ont pas réussi à attirer un plus grand nombre de toxicomanes, c'est, entre autres raisons, que les juges hésitent à ordonner un internement qui pourrait être beaucoup plus long sous ces régimes que celui dont pourrait écoper normalement l'individu pour le délit dont il est accusé<sup>89</sup>. On espère qu'en libérant plus rapidement le toxicomane et en ayant recours davantage aux traitements d'entretien à la méthadone pour y arriver, on aidera les juges à surmonter leur hésitation.

NOTES

1. KRAMER, J. C., *The state versus the addict: uncivil commitment* dans « Boston University Law Review », vol. 50, n° 1, 1970, p. 1.
2. CALIFORNIA NARCOTIC REHABILITATION ACT, (N.R.A.) *Welfare and Institutions Code*, Partie 3, chapitre 1, section, 1, article 3000.
3. N.R.A., article 3001.
4. N.R.A., article 3305.
5. ROBINSON c. CALIFORNIE, 370 U.S. 660, 1962.
6. AFFAIRE DE LA O., 59 Cal. 2d 128, 28 Cal. Repr. 489, 378 2d 793, cert. denied, 374 U.S. 856, 1963.
7. N.R.A., article 3100.
8. AFFAIRE PEOPLE c. VICTOR, 62 Cal. 2d 280, 393 P. 2d 391, 42 Cal. Repr. 199, 1965, la Cour suprême de la Californie a statué ce qui suit : pour être en danger imminent de devenir toxicomane au sens où l'entend la loi, une personne doit non seulement avoir fait usage répété de stupéfiants ou en avoir pris l'habitude, mais cet usage ou cette habitude doivent être tels que la personne soit en danger imminent de contracter une dépendance affective ou physique à leur égard.
9. N.R.A., article 3100.
10. N.R.A., article 3100.6.
11. N.R.A., article 3103.5.
12. N.R.A., article 3106.
13. N.R.A., article 3106.5.
14. N.R.A., article 3107.
15. N.R.A., article 3108.
16. N.R.A., article 3050 et 3051.
17. N.R.A., article 3052.
18. CALIFORNIE, Department of Corrections, *Civil Addict Program: Guidelines and Criteria for those Eligible*, polycopié, 1<sup>er</sup> juin 1972.
19. N.R.A., article 3050.
20. N.R.A., article 3053.
21. N.R.A., article 3109.
22. KATZ, H. A., *California Rehabilitation Center: A critical look*, dans « The International Journal of the Addictions », vol. 6, n° 3, 1971, p. 546.
23. IBID.
24. GARDINER, S., Juge de la Cour supérieure, San Raphael, Californie, communication personnelle à la Commission, 14 juillet 1972.
25. CALIFORNIE, Department of Corrections, *Summary Statistics, Civil Commitment Program for Narcotic Addicts*, 1968, Sacramento, Californie, California Office of State Printing, au 31 décembre 1968.
26. WOOD, R. W., directeur, California Rehabilitation Center, Corona, Californie, communication personnelle à la Commission, 5 septembre 1972.
27. MCGLOTHLIN, W. H., psychologue, U.C.L.A., Los Angeles, Californie, communication personnelle à la Commission, 7 juillet 1972.

28. WOOD, communication personnelle, 5 septembre 1972.
29. GARDINER, communication personnelle, 14 juillet 1972.
30. KRAMER, *The State Versus the Addict*, p. 16.
31. N.R.A., article 3002.
32. MCGLOTHLIN, communication personnelle, 7 juillet 1972.
33. KRAMER, J. C., BASS, R. A. et BERECOCHEA, J. E., *Civil Commitment for Addicts: The California program*, dans « American Journal of Psychiatry », vol. 125, n° 6, décembre 1968, p. 129.
34. KRAMER, *The State Versus the Addict*, p. 13.
35. CHIAPOLLI, V., directeur du programme de désintoxication, Marin Open House, San Raphael, Californie, communication personnelle à la Commission, 11 juillet 1972.
36. N.R.A., article 3150.
37. N.R.A., article 3151.
38. CALIFORNIE, Department of Corrections, *Statistical Review*, au 31 décembre 1971, photocopié ; voir aussi, McGlothlin, communication personnelle, 7 juillet 1972.
39. WOOD, R. W., *Major Federal and State Narcotics Programs and Legislation*, « Crime and Delinquency », vol. 16, n° 1, 1970, p. 50.
40. DUSTER, T., *The Legislation of Morality: Law, Drugs and Moral Judgements*, New York, Free Press, 1970, p. 151.
41. WILSON, B., Jr., Parole and Community Services Division, California Civil Addict Program, communication personnelle à la Commission, 4 septembre 1972.
42. WOOD, communication personnelle, 5 septembre 1972.
43. KRAMER, J. C. et SING, G. E., *Short Stay-Arbitrary Release vs Longer Stay-Routine Release in a Civil Addict Program*, « The International Journal of the Addictions », vol. 4, n° 2, juin 1969, pp. 196-197.
44. WILSON, communication personnelle, 4 septembre 1972.
45. WOOD, communication personnelle, 5 septembre 1972.
46. WOOD, *Major Narcotics Programs and Legislation*, pp. 21-22.
47. WOOD, R. W., *The Civil Narcotics Program: A Five Year Progress Report*, photocopié, Corona, Californie, California Rehabilitation Center, 8 mars 1967, p. 14.
48. WOOD, communication personnelle, 5 septembre 1972.
49. WILSON, communication personnelle, 4 septembre 1972.
50. WOOD, communication personnelle, 5 septembre 1972.
51. BERECOCHEA, J. E. et SING, G. E., Jr., *The Effectiveness of a Halfway House for Civilly Committed Narcotic Addicts*, dans « The International Journal of the Addictions », vol. 7, n° 1, 1972, p. 131. Voir aussi MCGLOTHLIN, communication personnelle, 7 juillet 1972.
52. N.R.A., article 3154.
53. MCGLOTHLIN, communication personnelle, 7 juillet 1972.
54. IBID.
55. WILSON, communication personnelle, 4 septembre 1972.
56. N.R.A., article 3200.
57. N.R.A., article 3151.
58. KRAMER et COLL., *Civil Commitment for Addicts*, p. 130.
59. IBID., p. 129.
60. MCGLOTHLIN, communication personnelle, 7 juillet 1972.
61. KATZ, *A Critical Look*, p. 548.
62. KRAMER, et COLL., *Civil Commitment for Addicts*, p. 133.

Appendice L

63. SING, G. E., *A One Year Follow-up of All Residents Released from the California Rehabilitation Center to Outpatient Status in 1970*, photocopié, Corona, Californie, Civil Addict Program Research Unit, octobre 1971, p. 10.
64. CALIFORNIE, Department of Corrections, *Summary Statistics: 1968*, au 31 décembre 1968.
65. KRAMER, *The State Versus the Addict*, p. 12.
66. KRAMER et COLL., *Civil Commitment for Addicts*, p. 132.
67. MCGLOTHLIN, W. H., TABBUSH, U. C., CHAMBERS, C. D. et JAMISON, K., *Alternative Approaches to Opiate Addiction Control: Costs, Benefits and Potential*, étude effectuée pour le Bureau des stupéfiants et des drogues dangereuses du Département de la Justice des États-Unis, février 1972, texte photocopié, p. 45.
68. KRAMER et COLL., *Civil Commitments for Addicts*, pp. 131-132. Voir aussi KRAMER J. C. et BASS, R. A., *Institutionalization Patterns among Civilly Committed Addicts*, dans « *Journal of the American Medical Association* », vol. 208, n° 12, 23 juin 1969, p. 2301.
69. KRAMER, *The State Versus the Addict*, p. 12.
70. KRAMER et BASS, *Institutionalization Patterns*, p. 2298.
71. MCGLOTHLIN et COLL., *Alternative Approaches to Control*, p. 46, où est cité G. E. Sing, *January-June 1970 Releases: A One Year Follow-up, Civil Narcotic Addicts Released to Outpatient Status*, California Rehabilitation Center, Corona, Californie, novembre 1971.
72. CALIFORNIE, Department of Corrections, *Highlights of the Civil Addict Program*, photocopié, une page, C.R.C. Internal Research Note, 22 mars 1972.
73. IBID. Voir aussi l'énoncé suivant de M. G. E. Sing dans une note interne de recherche d'avril 1972 : « ...l'augmentation du pourcentage des externes encore en règle un an après leur accession à ce statut ... reflète les changements apportés au Programme de traitement des toxicomanes en externat et aux pratiques de la *Narcotic Addict Evaluation Authority*. Les nouvelles politiques visent de plus en plus à garder les toxicomanes dans la société et à y organiser leur existence », (*One Year Follow-up of All Residents Released from the California Rehabilitation Center to Outpatient Status in 1970*, p. 1).
74. CALIFORNIE, Department of Corrections, *Statistical Review*, au 31 décembre 1971.
75. N.R.A., article 3200.
76. N.R.A., article 3201.
77. IBID.
78. GARDINER, communication personnelle, 14 juillet 1972.
79. Canada, Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, *Le Traitement*, Ottawa, Information Canada, 1972, p. 16.
80. KRAMER, *The State Versus the Addict*, p. 17.
81. WILSON, communication personnelle, 4 septembre 1972.
82. CALIFORNIE, Department of Corrections, *Highlights*.
83. IBID.
84. WOOD, *A Five Year Progress Report*, p. 2.
85. MCGLOTHLIN et COLL., *Alternative Approaches to Control*, p. 47.
86. WOOD, *A Five Year Progress Report*, p. 4.
87. MCGLOTHLIN et COLL., *Alternative Approaches to Control*, p. 46.
88. IBID.
89. IBID.

## *Les services nouveaux*

### INTRODUCTION : TROIS ANS D'ÉVOLUTION

Dans le *Rapport provisoire* paru en 1970, la Commission s'est servie du terme « services nouveaux » pour désigner les organismes sociaux et médicaux (cliniques, foyers d'accueil, communes et internats thérapeutiques) nés des problèmes causés par la drogue et reflétant les aspirations et les valeurs des jeunes, en ce qui concerne non seulement l'usage de la drogue, mais les diverses formes de contestation sociale. La création de ces organismes tient largement à ce que les établissements officiels ne pouvaient ou ne voulaient pas fournir aux toxicomanes les soins médicaux, psychologiques et autres qui s'imposaient ; c'est ainsi que les jeunes souhaitaient être soignés sans qu'on le juge et sans qu'on signale leur présence à leurs parents, à la police ou aux autorités en général.

Ces services ont apporté en 1970, outre des lieux de rapprochement, le moyen d'exprimer des valeurs non traditionnelles, notamment chez bon nombre de ceux qui avaient adopté de nouveaux modes de vie. Ils ne se limitent pas aux cas de toxicomanie grave, ayant mis en œuvre des programmes d'information sur la drogue. Ces programmes, d'ailleurs, s'inspiraient de principes bien différents de ceux qui avaient cours chez la police, dans les écoles et les établissements officiels.

Depuis la publication du *Rapport provisoire*, la Commission s'est efforcée de suivre l'évolution des services nouveaux, en ayant recours à la distribution de questionnaires, à des enquêtes dans plus d'une douzaine de villes à travers le pays et à des consultations auprès du personnel de ces services.

Depuis trois ans, les services nouveaux ont connu un certain nombre de changements dans leurs structures, leur orientation, leur qualité, leur nombre et leur nature. Certains de ces changements sont faciles à constater, d'autres le sont moins et d'autres encore sont à peu près imperceptibles.

## LES CHANGEMENTS DANS LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE

Les changements les plus visibles, en ce qui a trait aux services nouveaux, tiennent à l'attitude de divers ministères provinciaux et fédéraux. Les autorités ont défini des politiques et créé des structures visant à coordonner, à subventionner et à évaluer les services, à former des dirigeants et à favoriser la recherche sur l'usage de la drogue.

Depuis que le *Rapport provisoire* est paru, l'appui du gouvernement fédéral a pris diverses formes. Ainsi, le 27 janvier 1971, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social annonçait que son ministère aiderait un plus grand nombre de services nouveaux à s'attaquer aux problèmes sociaux de la drogue, accorderait des subventions à des organismes nouveaux ou déjà établis pour des programmes expérimentaux et offrirait aux promoteurs des services nouveaux d'autres formes d'aide financière à court terme<sup>1</sup>. Dans son *Rapport provisoire*, la Commission avait d'ailleurs invité le gouvernement fédéral à reconnaître officiellement les services nouveaux et à leur accorder tout son soutien moral. Elle avait aussi recommandé une aide financière, sans cependant en préciser la forme. Enfin, la Commission avait souligné la nécessité, pour les provinces et les municipalités, de s'intéresser activement aux services en question.

Les subventions du gouvernement fédéral n'ont cessé d'augmenter depuis 1970. Cette première année, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social affectait 400 000 dollars à des programmes d'information et d'expérimentation. En 1972-1973, les prévisions budgétaires de la D.U.N.M.D. étaient de 8 368 000 dollars, dont 3 750 000 étaient affectés aux Services nouveaux (voir tableau 1, page 179). Les services nouveaux ont eu aussi à leur disposition une partie des fonds affectés à la recherche sur la drogue et aux programmes d'information, compte tenu de l'ampleur de leurs travaux dans ces domaines.

Vers la fin de 1971, la direction de l'Usage non médical des drogues (D.U.N.M.D.), du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, a publié une liste (qu'elle qualifiait de nécessairement incomplète) de quelque neuf cents services et organismes qui s'occupaient des problèmes de la drogue<sup>2</sup>. Nombre de ces services s'adressaient particulièrement à la jeunesse bohème. La D.U.N.M.D. assure le financement annuel d'environ 75 de ces services, et en aide en outre quelque 150 autres par des subventions pour le personnel d'été. De plus, divers autres projets bénéficient d'une assistance financière par l'intermédiaire des programmes d'initiatives locales et quelques-uns par la voie de Perspectives-Jeunesse.

La D.U.N.M.D., attribuant à son mandat une portée assez générale, ne s'estime pas tenue de limiter son aide aux services qui s'adressent directement et exclusivement aux usagers de la drogue. Ses subventions, de même que celles d'autres organismes fédéraux, servent parfois à des programmes expérimentaux qui n'ont qu'un lien secondaire, voire conjoncturel, avec les problèmes causés par la drogue. Certains des services qui bénéficient de

cette aide ne visent que des buts préventifs et ne font, par exemple, que diffuser de l'information en matière de santé et d'alimentation. Par ailleurs, un certain nombre de services qui s'étaient consacrés tout d'abord aux problèmes de la toxicomanie ont progressivement élargi l'éventail de leurs tâches. Tel est le cas notamment des cliniques d'accueil qui se sont engagées dans le domaine de la santé publique et des traitements médicaux particulièrement axés sur les problèmes de l'adolescence.

#### LES CHANGEMENTS PROGRESSIFS

À l'origine, la plupart des services nouveaux avaient un but bien défini. Il s'agissait de remédier au manque de services médicaux pour les toxicomanes en proie à de graves problèmes de santé. Les organismes officiels n'avaient pas d'expérience en la matière. Nombre de jeunes, surtout parmi ceux dont les valeurs et le mode de vie s'écartaient des normes établies, répugnaient donc à faire appel à leur aide. Sur le moment, la simple apparition des services nouveaux traduisait l'état de conflit déjà prononcé qui séparait certaines couches de la jeunesse du monde des adultes et des établissements scolaires, médicaux ou hospitaliers.

Depuis 1970, on observe dans ces établissements de nouvelles attitudes chez une partie du personnel, dont certains ont souvent dénoncé le peu de compétence des services de santé officiels dans le domaine de la drogue, faisant valoir la nécessité d'adjoindre au personnel de ces services des jeunes qui connaissent bien la question, notamment dans les cliniques externes de certains hôpitaux. Ces mesures ont un double but : d'une part combler le « fossé des générations » en aidant les jeunes à acquérir de l'expérience ; d'autre part, sensibiliser le personnel adulte aux problèmes et aux besoins particuliers de la jeunesse.

De leur côté, les jeunes ont évolué dans leurs points de vue sur la drogue. Le sujet ne provoque plus les mêmes sentiments vifs qu'en 1968 ou 1969. Si le recours excessif ou habituel à la drogue est toujours le symptôme d'une aliénation sociale et psychologique, il semble bien que la plupart des jeunes qui prennent de la drogue à l'occasion et modérément n'entendent pas marquer par là leur rejet de la société adulte ou du « système » bureaucratique. En fait, des groupes entiers de jeunes en rupture avec les modes de vie traditionnels expriment désormais leur dissidence d'une façon à la fois claire et positive, en participant aux services nouveaux.

Ces services embrassent un large éventail d'activités. À un extrême, nous avons les postes d'urgence et les cliniques, qui sont tout près des toxicomanes et de leurs difficultés et qui offrent des soins médicaux gratuits et sans conditions. À l'autre extrême, il y a les foyers d'accueil, les communes et autres organisations collectives qui emploient des méthodes semi-thérapeutiques, dispensent des soins médicaux ou offrent simplement des modes de vie parallèles. Certains de ces établissements s'étaient d'abord fixé pour objectif de résoudre les problèmes des toxicomanes, puis sont devenus

par la suite des refuges pour les jeunes en quête d'une ambiance et d'un mode de vie qu'ils ne pouvaient trouver ailleurs. D'autres, s'en tenant à leurs premières fonctions, se sont contentés de dispenser des services médicaux aux toxicomanes et à diverses catégories de sujets, notamment ceux atteints de maladies vénériennes. D'autres enfin ont été créés pour permettre et encourager des modes de vie parallèles plutôt que pour offrir des solutions aux difficultés nées de la drogue.

## QUELQUES EXEMPLES DE SERVICES NOUVEAUX

### LES POSTES D'URGENCE

Bien que créés en général pour les accidents de la toxicomanie, ces services n'ont cessé d'assumer des fonctions de plus en plus diverses. Ainsi, depuis deux ans on assiste à une propagation continue des services de secours et de dépannage téléphoniques qui fonctionnent jour et nuit. Leur clientèle se compose de personnes de tous les âges qui sollicitent conseils et aide pour des problèmes de toute sorte, depuis ceux de la sécurité sociale jusqu'à ceux du logement. De même les cliniques pour les jeunes tendent de plus en plus à informer et à orienter vers les services appropriés les victimes des accidents de la toxicomanie, plutôt que de les traiter.

Le changement d'attitude que nous avons observé dans les organismes établis a eu des répercussions sur le rôle des postes d'urgence et des cliniques pour les jeunes. Dès que les hôpitaux et les cliniques médicales ordinaires ont adopté une attitude plus tolérante à l'égard de la toxicomanie et des maladies vénériennes, par exemple, les postes d'urgence et les services de consultation ont commencé à leur diriger des cas. Le personnel des postes d'urgence s'est trouvé libéré d'un grand nombre de cas graves et urgents.

Il faut signaler en outre que depuis quelques années le nombre des accidents psychédéliques portés à l'attention des postes d'urgence accuse une nette diminution. Il ne s'ensuit pas que la consommation de ces produits ait baissé. Il semble plutôt que les jeunes usagers sont mieux renseignés qu'il y a trois ans sur les effets de la drogue et qu'en conséquence ils sont moins enclins à s'exposer à des états de crise que leurs amis ne puissent régler. De plus, si les cas de toxicomanie sont beaucoup moins nombreux, les demandes d'assistance sont plus fréquentes pour l'usage de médicaments magistraux et les cas de polytoxicomanie, notamment ceux de l'alcool et de la drogue.

### LES JEUNES ASSISTANTS D'HÔPITAUX

Dans son *Rapport provisoire*, le Commission formulait le vœu que des représentants du monde médical (y compris les psychiatres, les psychologues et autres conseillers) établissent un système de communication et de coopération avec les services nouveaux.

En février 1971, l'Association des hôpitaux du Canada a adopté plusieurs résolutions en ce sens au cours d'une conférence tenue à Montréal sous les auspices du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. De nombreux représentants des services nouveaux assistaient à cette réunion. Des deux recommandations les plus précises sur le sujet qui nous intéresse, l'une visait des échanges périodiques de personnel entre les hôpitaux et les cliniques libres, l'autre l'adjonction d'assistants des milieux bohèmes aux équipes thérapeutiques des hôpitaux<sup>3</sup>.

C'est sans doute l'Hôpital général de Toronto qui a mis au point la formule pratique la plus poussée pour s'attacher de jeunes assistants<sup>4</sup>. On y trouve des jeunes qui connaissent à fond le milieu des toxicomanes et qui travaillent là depuis mars 1971. Ces assistants, qui font généralement partie de groupes de jeunes, travaillent aux côtés du personnel professionnel dans les services d'urgence, dix-huit heures par jour. Ce sont eux qui accueillent les jeunes malades, s'efforçant de créer de bons rapports entre ceux-ci et le personnel médical. De plus, ils restent auprès des jeunes durant les diverses phases de leur traitement. Ils collaborent avec les services sociaux de l'hôpital, par exemple en aidant les sujets qui quittent l'hôpital à se procurer nourriture et vêtements et à trouver où loger. Enfin, ils renseignent le personnel de l'hôpital sur les services communautaires qui s'occupent particulièrement des jeunes, dont ceux de passage.

Les jeunes assistants servent donc en quelque sorte d'interprètes auprès des jeunes malades qui ont des besoins particuliers et qui se sentiraient peut-être étrangers dans le monde des hôpitaux. Par les conférences et les séminaires qu'ils organisent, ils contribuent en outre à la formation des médecins, des infirmières et de tout le personnel médical soucieux de mieux comprendre les jeunes.

#### LES CLINIQUES D'ACCUEIL<sup>5</sup>

Depuis 1968-1969, certains postes d'urgence se sont transformés en cliniques polyvalentes pourvues jour et nuit d'un personnel de jeunes non professionnels que secondent des infirmières et des médecins. Bon nombre sont bénévoles. Depuis deux ans, ces «cliniques libres» se sont multipliées, bénéficient soit de l'appui financier des autorités provinciales à titre de services de santé, soit de subventions fédérales dans le cadre du programme d'aide à l'emploi. Dans un document présenté à la Commission, un sous-comité de l'Association médicale canadienne, «Council on Community Health Care», souligne que les cliniques d'accueil des grandes villes reçoivent de moins en moins de jeunes aux prises avec les accidents de la toxicomanie mais plus de jeunes atteints d'affections d'un autre ordre<sup>6</sup>.

Les cliniques d'accueil se sont écartées de leur orientation première qui limitait leur rôle à des soins d'urgence pour s'engager dans la consultation préventive, surtout dans les domaines de l'alimentation et de l'hygiène, y

compris l'hygiène dentaire. Elles s'efforcent de diffuser des renseignements sur les questions de santé publique. Souvent, elles amorcent le dépistage et le traitement des maladies vénériennes et d'autres maladies infectieuses. Elles dispensent les premiers secours. Enfin, dans la plupart des cas, elles ont leurs propres programmes d'information publique, renseignent la population sur le contrôle des naissances, aident les autorités scolaires à diffuser de l'information sur les drogues et tiennent des cliniques pour les nouveau-nés et les tout jeunes enfants.

Les cliniques d'accueil et les cliniques libres jouent un rôle de plus en plus important dans la formation pratique du personnel médical<sup>7</sup>. Dans de nombreux cas, ce sont elles qui ont amené les milieux professionnels des services de santé à changer d'attitude et plus particulièrement à réagir de façon moins moralisatrice au mode de vie et aux comportements sexuels des jeunes et à l'usage de la drogue chez eux.

Certains observateurs prédisent même que la médecine de l'avenir fera de plus en plus appel à la participation et qu'une place importante sera accordée aux organismes communautaires qui fournissent des soins médicaux gratuits et facilement accessibles. Ainsi les cliniques d'accueil, qui à l'origine devaient s'occuper des problèmes de la drogue, tracent peut-être la voie qu'emprunteront désormais les services de santé publique.

### LES CENTRES COMMUNAUTAIRES

Étant donné que les organismes médicaux établis sont de plus en plus attentifs aux besoins des jeunes victimes de la drogue, et que les cliniques d'accueil et les cliniques libres ont assumé les autres soins destinés à la jeunesse, beaucoup de services nouveaux ont abandonné leur première orientation pour se lancer dans des initiatives plus vastes. C'est ainsi que certains de ces organismes ont décidé, par exemple, d'offrir d'autres voies aux jeunes — et aux moins jeunes — qui se sentent aliénés dans la société. Souvent, la différence fondamentale entre le nouveau choix et celui qu'offrent les institutions sociales officielles ne tient pas tant au contenu des programmes qu'au degré de participation des clients à l'organisation et à l'administration des services. Certains services nouveaux, par leurs initiatives, ont voulu détourner leurs clients de la toxicomanie. D'autres ont eu pour but de concurrencer des établissements officiels, comme l'école traditionnelle, qui avaient perdu leur valeur aux yeux de certains éléments de la jeunesse. C'est de là que sont nés les « écoles libres », les ateliers d'artisanat, les groupes d'activistes préoccupés d'écologie, les coopératives alimentaires et divers autres organismes du genre.

Les centres communautaires servent aux ateliers dramatiques et aux coopératives de logement, aux cours de yoga et aux répétitions musicales. Ils fournissent des locaux pour les « marchés libres » où s'échangent des vêtements et autres articles, pour les assemblées politiques et diverses autres activités. Certains ont donné naissance à des « universités libres » ou à des « écoles libres » expérimentales destinées aux jeunes qui ne peuvent ou ne

veulent fréquenter les établissements traditionnels. En fait, les centres communautaires actuels s'occupent rarement des problèmes ou des accidents de la toxicomanie.

Les centres communautaires se distinguent des communes thérapeutiques en ce qu'ils n'atteignent pas le degré d'organisation nécessaire pour le traitement.

#### LES COMMUNES THÉRAPEUTIQUES<sup>8</sup>

Dans *Le traitement*, la Commission a décrit divers services qu'elle a appelés *internats thérapeutiques*. Ces organismes sont quelque peu différents des services dont il est question ici. Les communes thérapeutiques sont en général dirigées par des jeunes. On y utilise des méthodes de traitement qui ressemblent à celles des internats thérapeutiques comme *X-Kalay* et *Day-Top*, mais que l'on applique de façon moins intensive et moins rigoureuse. Les fondateurs des communes font peu de cas des « traitements », au sens habituel du terme, et n'ont guère recours aux techniques de confrontation et de rencontres conflictuelles. Certains d'entre eux estiment que les méthodes ordinaires des internats thérapeutiques ont un caractère autoritaire et tendent à manipuler les individus. S'ils admettent l'utilité de ce genre de traitement dans certains cas, les organisateurs des communes affirment que la plupart des usagers, dont les toxicomanes, n'en ont pas besoin.

Les communes thérapeutiques sont en général des résidences, bien que certaines n'offrent que des activités et de la thérapie de groupe à titre de services externes. Un grand nombre jouent le rôle de lieux de transit où les tribunaux et les organismes d'assistance sociale envoient les jeunes délinquants toxicomanes. Elles servent aussi à la réintégration des jeunes qui ont suivi des traitements plus intensifs, de leur propre gré ou non. Quant au personnel des communes, il se compose largement de jeunes qui ne font pas partie des milieux médicaux et dont certains ont l'expérience de la drogue.

Ces services offrent une vie en commun au sein d'un groupe d'appui, c'est-à-dire un milieu de rechange par rapport à celui auquel était habitué le toxicomane. Ils visent ouvertement à briser les liens de dépendance et les pressions auxquels l'individu était soumis en l'éloignant d'un cercle d'amis qui pourraient le pousser à une rechute.

Les communes utilisent certaines méthodes de la thérapie de groupe, mais d'une façon beaucoup plus souple et moins professionnelle. Elles font aussi appel à l'aide de spécialistes, surtout des psychiatres. Leur réussite dépend largement des rapports avec les clients (dans le cadre du groupe d'appui composé surtout de jeunes) et de leur aptitude à maintenir le contact avec les anciens résidents.

La durée du séjour, dans les communes résidentielles, varie selon les groupes et même selon les cas au sein du même groupe. À *Oolagen House*, par

exemple, les contrats prévoient un séjour de 2 à 12 mois, mais on permet à certains clients de rester plus longtemps.

Il existe maintenant des « communes rurales »<sup>9</sup> destinées aux usagers habituels de la méthamphétamine et aux polytoxicomanes qu'il y a lieu d'éloigner (censément du moins) des milieux où il est facile de se procurer de la drogue. Ces communes sont donc des lieux d'abstinence, de repos et de réflexion sur soi. Elles semblent cependant attirer des jeunes qui sont aux prises avec de graves troubles affectifs ou des problèmes familiaux sans abuser nécessairement de la drogue, bien que le cas demeure fréquent. Si certaines ont recours aux services de psychiatres et d'assistants sociaux professionnels, les communes rurales misent surtout sur un milieu sain, la vie en commun, le travail coopératif, la suppression des tensions causées par la vie urbaine et une façon de vivre qui exclut l'usage de la drogue.

Le reproche que l'on adresse souvent aux foyers ruraux qui accueillent des enfants de la ville s'applique aussi aux communes rurales, dans la mesure où elles comptent fortement sur la valeur thérapeutique intrinsèque de la vie aux champs. Or, le simple fait de quitter la ville pour vivre à la campagne, malgré les avantages qui peuvent en découler dans certains cas, ne constitue pas un véritable traitement. Contrairement aux principes dont elles s'inspirent, les communes rurales sont rarement autarciques et la plupart sont financées par le milieu urbain. De plus, il serait illusoire de chercher à transformer des amphétaminomanes en cultivateurs. Les communes rurales le reconnaissent d'ailleurs, du moins pour la plupart. C'est pourquoi elles sont généralement rattachées à des maisons de transition ou à des résidences urbaines où l'on poursuit le traitement entrepris à la campagne et où l'on facilite la réintégration au milieu urbain.

Les communes thérapeutiques, urbaines et rurales, suivent des méthodes éducatives plutôt que des principes médicaux ou moraux. Elles se fondent sur le postulat selon lequel l'apprentissage de certaines techniques de survie, l'expérience de la vie collective avec ses échanges quotidiens et l'acquisition progressive de la conscience de groupe amènent l'individu à se libérer de l'obsession de la drogue. On considère le besoin de drogues comme symptôme d'un déséquilibre personnel qui trouve son origine dans un sentiment d'aliénation sociale. On pense qu'avec la vie en commun et l'obligation de pourvoir à l'alimentation, à l'habillement et au logement du groupe, le besoin de drogue cessera d'être la principale préoccupation du client. Plutôt que de dénoncer directement les méfaits de la drogue, les communes thérapeutiques s'efforcent d'inculquer à leurs membres le désir de se libérer de la toxicomanie qu'elles considèrent comme un obstacle à l'épanouissement de l'individu.

À cet égard, les communes ne diffèrent guère des internats thérapeutiques dont le principe fondamental est la responsabilité envers la collectivité. Chacun trouve sa récompense dans la satisfaction d'un apport aux activités du groupe et cet apport augmente avec l'aptitude à assumer des responsabilités.

## LES DIFFICULTÉS DES SERVICES NOUVEAUX

### LES LIMITES INHÉRENTES À LA FORMULE

Bien que la Commission ait exprimé son appui aux services nouveaux et recommandé aux divers gouvernements de leur prêter assistance, nous tenons à préciser les limites de ce genre de services et à souligner qu'ils sont susceptibles, comme les établissements classiques, d'une critique positive.

Le premier danger réside en ce que ces établissements, comme tous les autres, peuvent tomber dans la routine et, se préoccupant surtout de leurs intérêts particuliers, perdre contact avec ceux qu'ils sont censés servir. Certes, la plupart des services nouveaux ont su garder leur souplesse et leur originalité, et d'une façon générale, remplir une fonction des plus importantes. Mais il y en a certainement, à peu près dans la même proportion que pour les autres institutions sociales, qui ont sombré dans la rigidité et la corruption, rompant ainsi avec le public auquel ils s'adressaient à l'origine. Les services nouveaux doivent donc, eux aussi, vérifier sans cesse la valeur de leur apport en leur aptitude à s'adapter aux besoins de leur clientèle.

Il leur faut aussi résister à la tendance à se considérer comme seuls aptes à répondre aux besoins de la jeunesse. Ils n'ont pas de monopole en ce domaine et un de leurs rôles les plus importants, qu'ils conserveront sans aucun doute, est d'expliquer les besoins d'une partie de la population aux établissements classiques. Théoriquement d'ailleurs la réciproque serait souhaitable.

Les spécialistes sont unanimes à reconnaître (comme depuis longtemps les jeunes qui dirigent avec compétence les services nouveaux) que les problèmes de la drogue proviennent d'un ensemble de faits, dont un bon nombre tiennent à la nature même de nos institutions sociales et aux structures de notre société. Les services nouveaux ont perçu ce phénomène. Aussi considèrent-ils que la plupart des cas qui leur sont soumis, liés ou non à la toxicomanie, ne reflètent que les problèmes courants auxquels doit faire face la grande majorité des jeunes qui luttent pour façonner leur personnalité et pour la conserver malgré les tensions sociales et psychologiques continues qui caractérisent notre milieu urbain. En discutant des causes de leur aliénation avec le personnel des services nouveaux, les jeunes font état du haut degré de chômage (surtout dans la jeunesse), de leur mécontentement vis-à-vis de l'école, du manque d'échanges dans le milieu familial et des changements radicaux dans les valeurs et les attitudes. On peut donc constater que les services nouveaux font partie d'un contexte beaucoup plus vaste et qu'ils doivent tenir compte du réseau complexe des forces sociales. Les cliniques d'accueil, les communes thérapeutiques et les autres services non classiques ne peuvent, à eux seuls, faire contrepoids aux facteurs omniprésents de tension et d'aliénation. Dans leur perception des causes profondes de la toxicomanie, le personnel et la clientèle des

services nouveaux doivent comprendre qu'ils occupent une bien petite place dans la mosaïque sociale et que leurs efforts ne peuvent suffire à neutraliser les causes d'inadaptation et d'aliénation. Ils doivent aussi reconnaître qu'ils peuvent aggraver autant que dissiper le sentiment d'aliénation chez leurs clients.

D'après certains indices, cette attitude serait en train de s'implanter. Nous avons constaté en effet que si dans l'ensemble les services nouveaux se méfient de certains genres de traitement, dont ceux des internats thérapeutiques, un nombre sans cesse croissant d'entre eux ont néanmoins recours aux services médicaux officiels. Il n'est pas rare, par exemple, que des services du genre orientent leurs clients vers des psychiatres, des services sociaux ou des cliniques psychiatriques. Ces services semblent admettre la nécessité de la collaboration avec les établissements officiels et l'importance des contacts avec leurs anciens clients. Bref, tout indique que les services nouveaux s'aperçoivent de plus en plus que leur rôle est de satisfaire certains besoins particuliers, mais qu'ils ne sont pas seuls dans la société et que leurs clients vivent dans un milieu qui offre d'autres services auxquels ils ont droit.

#### LES SERVICES NOUVEAUX ET LA CRITIQUE SOCIALE

Si les services nouveaux ne sont pas toujours bien vus des milieux professionnels avec lesquels ils seraient appelés à collaborer, c'est qu'ils ont assumé le rôle de critiques sociaux à l'égard des établissements officiels. Ils ont souvent reproché aux milieux médicaux, et parfois avec raison, de ne s'intéresser qu'à des cas individuels et de ne pas chercher plus loin que les causes immédiates d'inadaptation personnelle. Les plus radicaux parmi les innovateurs sont allés jusqu'à accuser les milieux professionnels de faire de la manipulation sociale en imposant l'adaptation au système établi au lieu de se faire les promoteurs de l'imagination créatrice, du changement, de l'autonomie personnelle et de l'épanouissement de l'individu. Ces critiques, dont la formulation a souvent manqué de tact, ont parfois provoqué une forte animosité de la part des organismes établis et particulièrement des services d'aide à l'enfance. Ces organismes ont ainsi été amenés à éprouver un sentiment d'aliénation dans leur recherche de méthodes nouvelles pour aborder les problèmes de la jeunesse.

Il faut reconnaître cependant que nombre de services nouveaux ne seraient jamais nés si les organismes de bien-être et les services sociaux établis ne s'étaient sclérosés et n'étaient devenus inaptes à répondre aux besoins de la jeunesse. Cette incapacité d'adaptation des organismes officiels et la réaction négative des jeunes à leur égard sont certainement à l'origine des critiques. Dans certains cas cependant, comme il s'en est présenté il y a deux ou trois ans, les services nouveaux ont carrément refusé toute collaboration avec les établissements classiques. Ils ont alors travaillé dans l'isolement, au détriment de leur clientèle. Il est d'ailleurs intéressant d'observer que certains

éléments de ces services se sont parfois détachés pour créer des organisations communautaires qui ont travaillé en étroite collaboration avec les institutions officielles.

#### L'USAGE DE LA DROGUE DANS LES SERVICES NOUVEAUX

Dans nombre de foyers pour les jeunes aux prises avec l'aliénation ou la toxicomanie, il existe des règlements rigoureux contre l'usage de la drogue. Souvent, on exige une abstinence complète et on interdit l'usage et la distribution de tout psychotrope, bien que dans certains cas on ne déploie guère d'efforts pour faire respecter les règlements. Ceux-ci, d'ailleurs, ne garantissent pas de façon absolue que les services nouveaux ne contribueront jamais à la distribution ou à l'usage des drogues. Enfin, certains services font preuve de beaucoup plus d'indulgence. Ils n'interdisent pas l'usage ni le trafic de la drogue, ni ne refusent de clients pour des raisons de cet ordre.

C'est à la population et à ses gouvernants qu'il appartient de décider s'ils veulent prêter leur appui moral et financier à des services qui peuvent, directement ou indirectement auprès d'une partie de leur clientèle, encourager l'usage illicite de psychotropes. Deux considérations, cependant, sont à retenir. Tout d'abord, les établissements dirigés par ces services ne sont pas les seuls endroits où les jeunes peuvent se réunir pour prendre de la drogue et en faire le trafic. De plus, les services nouveaux ont souvent cherché à suivre des principes non favorables du moins à l'usage de la drogue, voire opposés. Plutôt que de s'attaquer directement à la toxicomanie en imposant à leurs clients une abstinence totale, les services nouveaux ont généralement considéré l'usage de la drogue comme un symptôme et une activité d'importance secondaire qui ne présente d'avantages ni pour l'individu ni pour la société et dont ils se sont efforcés de détourner leurs clients en les invitant à d'autres occupations créatrices et collectives.

L'attitude des services nouveaux à l'égard de la drogue met aussi en cause la présence d'anciens usagers dans le personnel de ces services. Au Canada comme aux États-Unis les internats thérapeutiques sont souvent animés et même dirigés par d'anciens héroïnomanes. Parfois les services nouveaux, pour leur part, emploient des consommateurs de drogues illicites (comme le cannabis) ou des ex-toxicomanes. Dans ces services, en effet, on considère l'expérience des stupéfiants comme un atout; elle aiderait les membres du personnel à comprendre les problèmes des clients et à distinguer les types et les phases de l'intoxication. Les services nouveaux, cependant, semblent avoir tendance aujourd'hui à juger de la compétence des candidats à un emploi sur leur aptitude à s'acquitter de tâches précises plutôt que selon leur expérience de la drogue.

Le public trouverait rassurant sans doute de voir un ancien héroïnomane embauché par les services nouveaux, estimant qu'il serait porté à inciter des clients à l'abstinence. Mais s'ils apprenaient qu'un membre du personnel de ces services fait usage de drogue, nombre de parents, de professeurs et

d'autres intéressés, feraient preuve de réticence bien compréhensibles, craignant que le nouvel employé n'accepte ou même n'encourage l'usage de la drogue chez les jeunes. Si l'on ne s'attend pas à trouver dans les services nouveaux des monastères ou des lieux de pénitence, les membres du personnel de ces services de même que ceux qui les appuient, devraient s'assurer que l'on y suit des normes compatibles avec les buts officiels des établissements ainsi qu'avec des lois. Dans certains cas, ce principe suppose l'abstinence totale chez le personnel et les clients.

#### LES SERVICES NOUVEAUX ET L'INFORMATION SUR LES STUPÉFIANTS

Il est indéniable que les services nouveaux ont joué un rôle utile dans la diffusion de renseignements sur la drogue, surtout au temps où il n'existait guère d'autres sources d'information sur le sujet, un grand nombre de médecins et d'enseignants étant alors peu renseignés sur les psychotropes, le mode de vie des jeunes et les causes profondes de la toxicomanie. À l'heure actuelle, cependant, beaucoup de médecins, de psychiatres et d'infirmières et certains parents sont bien renseignés sur ces questions et font preuve de compréhension devant les problèmes de la jeunesse. On peut donc désormais compter sur eux aussi comme sources d'information.

La Commission estime donc que les services nouveaux, s'ils continuent de jouer un rôle d'information et d'éducation relativement aux psychotropes, ne doivent pas considérer cette tâche comme exclusive, ainsi que certains semblent le faire, et doivent collaborer avec d'autres milieux qui connaissent particulièrement bien la question. La population a le droit d'exiger que les services nouveaux, comme tous les autres organismes qui diffusent des renseignements sur le sujet, aient une connaissance précise et aussi complète que possible des stupéfiants et de leurs effets, ainsi que des raisons profondes de leur consommation.

#### CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES

Les services nouveaux peuvent-ils donner asile à des jeunes sans la permission des parents ? Peuvent-ils, sans l'autorisation formelle des parents ou des tuteurs, conseiller à des adolescents de se faire soigner ?

Le *Code criminel* prévoit de sévères sanctions contre quiconque cherche à priver des parents ou des tuteurs de la pleine autorité sur une fille célibataire de moins de 16 ans ou sur un enfant, de l'un ou l'autre sexe, de moins de 14 ans<sup>10</sup>. Il ne semble pas, d'après la loi, que le personnel d'un établissement des services nouveaux commettrait de délit en hébergeant ou en fournissant d'autres services à un enfant fugitif, dans la mesure où il ne chercherait pas à porter atteinte au droit des parents ou tuteurs à l'autorité sur un mineur. La loi n'oblige pas le personnel à signaler la présence de l'enfant, mais tout refus de répondre à une demande de renseignements de la part des parents pourrait mettre en cause ses intentions.

Par ailleurs la *Loi (fédérale) sur les jeunes délinquants*<sup>11</sup> interdit d'inciter tout enfant ou adolescent à désertier une maison de détention, une école de métier, un foyer nourricier ou quelque autre établissement où il a été placé en vertu de la loi. Il est donc illégal de recueillir un enfant qui s'est échappé d'un établissement du genre sans en avertir la police ou la Cour pour jeunes délinquants. En pareil cas, le personnel des services nouveaux doit avertir les autorités compétentes, sous peine de délit. Certaines lois provinciales interdisent également d'inciter un enfant ou un adolescent à quitter un lieu de détention ou à le recueillir en connaissance de cause s'il s'en est échappé.

Bien que le droit canadien soit vague sur la question<sup>12</sup>, on estime généralement que le consentement des parents est nécessaire pour les soins médicaux à un mineur, sauf dans les cas d'urgence. Ce principe est d'ailleurs confirmé par les lois provinciales sur le bien-être et la protection de l'enfance, qui prévoient l'intervention du pouvoir judiciaire lorsque des parents refusent leur consentement à des soins médicaux dont leurs enfants ont besoin.

Il n'est pas toujours facile, cependant, de mettre la loi en pratique. D'ailleurs, que ce soit pour des raisons de nécessité ou par simple précaution, la permission des parents ne s'obtient pas toujours aisément du fait que les jeunes, dans bien des cas, ne veulent pas que leurs parents soient au courant de leurs difficultés.

Il serait très souhaitable de rendre plus claires les lois provinciales sur le sujet. Au Québec, la *Loi de la protection de la santé publique* permet maintenant de soigner les mineurs de 14 ans ou plus sans le consentement des parents, bien que ces derniers doivent être avertis s'il s'agit d'un traitement de longue durée ou si l'on héberge le mineur plus de 12 heures. Dans l'ensemble du pays il serait urgent de mettre à jour la législation dans ce domaine car un grand nombre de principes établis, relativement au consentement et au droit de surveillance des parents, sont sans doute rendus désuets et inapplicables de nos jours par la mobilité des jeunes.

#### L'ÉPUISEMENT DU PERSONNEL

Les services nouveaux ont toujours eu à faire face au problème critique posé par l'épuisement physique et nerveux de leur personnel. C'est là un véritable fléau, qui s'est atténué dans certains cas, mais qui subsiste toujours. Ce phénomène entraîne un fort roulement du personnel et une certaine perte d'efficacité par manque de continuité dans les habitudes, les règles et les normes nées de l'expérience. Il reste manifestement des efforts à faire pour améliorer le choix du personnel et pour élaborer un programme de formation, sans caractère officiel s'il le faut, qui permettrait à ce personnel de mieux résister à des conditions de travail particulièrement fatigantes. Par ailleurs, il ne fait pas de doute que l'épuisement des employés vient aussi de ce que les services nouveaux se fixent parfois des objectifs trop ambitieux, surtout lorsque leur personnel manque de formation et d'expérience. Enfin, les traits

psychiques de ceux qu'attire le travail dans les services nouveaux peuvent aussi intervenir. Ce sont, en général, de jeunes adultes dont la compétence exige à la fois qu'ils comprennent bien les jeunes à leur charge et qu'ils aient par ailleurs assez de maturité personnelle et sociale pour aider les autres à résoudre leurs difficultés. Le candidat idéal doit être apte non seulement à résoudre des conflits nés d'un sentiment d'aliénation qu'il partage avec les autres jeunes, mais à trouver une formule de compromis entre les aspirations de la jeunesse et certaines exigences sociales.

Les organismes de bien-être et de santé publique ainsi que les écoles de service social ont établi récemment des contacts étroits avec les services nouveaux en leur demandant notamment de les aider à assurer la formation de leur propre personnel<sup>14</sup>. Cette pratique peut apporter une solution au problème de l'épuisement du personnel dans les services nouveaux. Ceux-ci voient dans ce rapprochement le signe que l'organisme officiel reconnaît l'utilité et la valeur de leur travail et s'y intéresse de plus en plus. Enfin, ils trouvent ainsi l'occasion de solliciter les conseils de milieux habitués à une étude plus méthodique des comportements humains.

On pourrait aussi résoudre le problème de l'épuisement des employés en embauchant plus de personnel compétent. Dans certains cas, en effet, cet épuisement semble inévitable du fait de la structure et du mode de fonctionnement propres aux services en question, des contacts directs et continuels avec les jeunes et des tensions qu'un travail de jour et de nuit impose à un personnel restreint. Grâce à des subventions pour l'étude du phénomène de la drogue, certains services nouveaux ont pu récemment alléger ces tensions en augmentant leur personnel et en le faisant travailler en équipes successives.

D'une manière générale, l'usure et le roulement du personnel ne posent plus de problèmes aussi graves qu'il y a deux ans. Cette amélioration s'explique en partie par l'expérience acquise dans l'administration de services qui ne suivent pas de méthodes orthodoxes, mais aussi par un financement plus approprié qui permet à beaucoup d'établissements d'embaucher un personnel plus nombreux.

## LES STRUCTURES

Dans les services nouveaux, le personnel prend tous les jours, lors de réunions sans caractère officiel, des décisions touchant la manière de traiter des clients. La plupart des services, cependant, ont des conseils d'administration ou des comités consultatifs qui, en principe, prennent les décisions les plus importantes dans le domaine de l'organisation. La courte histoire des services nouveaux est parsemée de conflits qui ont mis aux prises d'une part les conseillers ou des membres du conseil d'administration et d'autre part des membres du personnel ayant une expérience immédiate et quotidienne de la réalité. Il est certain que nombre de jeunes employés ont été amenés à partir parce qu'on les obligeait à suivre les avis ou les directives de conseillers qui

leur semblaient, souvent à juste titre, très éloignés des réalités du service. Depuis deux ou trois ans, par ailleurs, un grand nombre de jeunes qui se sont occupés de l'organisation et du fonctionnement des services nouveaux ont acquis le sens des responsabilités sociales ainsi qu'une grande expérience de l'administration des services sociaux. Il n'est pas facile cependant de faire comprendre aux organisateurs des services nouveaux que, pour atténuer les conflits de générations, il leur faut tout d'abord expliquer clairement les besoins de la jeunesse aux adultes qui s'intéressent à elle au point de faire partie bénévolement des conseils d'administration des services.

Pour éviter les rapports impersonnels qui s'établissent lorsque l'organisation procède « du haut vers le bas » et que les décisions importantes sont prises sans consultation, les services nouveaux doivent limiter leur action et leur développement à des dimensions raisonnables. Il est évident que tout organisme d'une certaine ampleur donne naissance à des rapports cérémonieux impersonnels et exige des structures administratives complexes.

#### POUR DÉPISTER ET FREINER L'USAGE DE L'HÉROÏNE CHEZ LES JEUNES

Selon les renseignements que la Commission a reçus de ses observateurs, dans les diverses provinces depuis un an, il y a augmentation marquée de la consommation d'héroïne chez les jeunes. Pour éviter l'état de dépendance, il est essentiel d'intervenir lorsque le sujet en est encore à la découverte de la drogue. Or, la plupart des organismes établis n'ont guère de moyens d'entrer en contact, directement ou indirectement, avec les jeunes usagers qui n'ont pas encore contracté la dépendance mais y sont exposés. Les services nouveaux, surtout ceux qui sont dirigés par des jeunes et dont l'activité est orientée vers le monde extérieur, pourraient donc jouer un rôle précieux en ce domaine. Leur personnel, en entretenant des rapports amicaux et suivis avec eux, pourrait sans doute protéger les jeunes usagers contre une consommation quotidienne de la drogue, à défaut de les convaincre d'y renoncer complètement. En suivant de près les jeunes qui ont déjà tâté de l'héroïne ou qui sont exposés à en faire usage, le personnel des services nouveaux pourrait encourager l'abstinence, et au besoin la détoxication, chez les débutants.

#### PRINCIPES ET PROGRAMMES DE FINANCEMENT

Les services nouveaux, comme nous l'avons déjà signalé, reçoivent l'aide financière fédérale de trois sources distinctes. La D.U.N.M.D. a fourni le plus en subventions pour des programmes expérimentaux et des projets pilotes, mais les services ont aussi obtenu de l'aide pour rémunérer leur personnel au titre des programmes d'Initiatives locales et de Perspectives-Jeunesse. Les affectations de ces fonds chevauchent parfois. Le financement des services nouveaux semble poser cinq problèmes particuliers.

## L'APPUI DES AUTORITÉS PROVINCIALES ET MUNICIPALES

En finançant le lancement de projets et de programmes expérimentaux par l'intermédiaire de la D.U.N.M.D., le gouvernement fédéral donne à leurs organisateurs l'occasion d'en démontrer l'utilité. Les autorités fédérales espèrent qu'une fois cette preuve faite les provinces et les municipalités qui bénéficient de ces programmes les prendront à leur charge.

Dans certains cas, les organisateurs des projets ne réussissent pas à démontrer la valeur de leurs initiatives dans les délais prévus, soit un maximum de trois ans. Cet échec peut s'expliquer par les différences prononcées entre les propriétés fixées par les autorités provinciales et municipales et celles des fondateurs des services, ou encore par le simple fait que l'utilité des services n'est pas toujours évidente. Enfin, certains services n'ont pas su prévoir l'avenir. Ils ont compris trop tard que des organismes plus traditionnels (comme les cliniques externes des hôpitaux, les centres communautaires et les services de santé locaux) pouvaient au bout d'un an ou deux jouer le même rôle qu'eux et ils n'ont pas fait d'effort pour coordonner leur travail avec celui de ces établissements.

Si les services nouveaux éprouvent quelque difficulté à trouver de nouvelles sources de financement quand les subventions prendront fin, les autorités fédérales seront à blâmer, du moins en partie. Il faut déplorer l'absence de toute planification conjointe et d'accords avec les provinces et les municipalités, ainsi que de dialogues véritables sur les questions de bien-être et de santé qui auraient pu amener les provinces à comprendre combien il importe qu'elles prennent en charge les services dont l'utilité a été établie. Aussi peut-on comprendre que les ministères provinciaux de la santé et de l'assistance sociale ne soient guère portés à patronner des services qui ne sont pas nés de leur initiative et qui ne correspondent pas toujours à leur ordre de priorités.

On pourrait envisager diverses formules pour faciliter la transition du financement fédéral à d'autres financements. En fixant des échéances à son aide financière le gouvernement fédéral a sans doute voulu éviter d'entretenir directement des services dont le champ d'action relève de la compétence provinciale et municipale, mais les autorités fédérales auraient pu prévoir d'autres façons de retirer leur appui à ces services. Ainsi, au lieu de supprimer entièrement son aide après deux ou trois ans, la D.U.N.M.D. aurait pu la diminuer progressivement et la ramener, par exemple, à 75 p. 100 de frais de fonctionnement pour la seconde année, à 60 p. 100 pour la troisième et à 30 p. 100 pour la quatrième. Cette formule aurait laissé aux services le temps de se trouver d'autres sources de fonds, auprès des autorités provinciales ou municipales ou même de l'entreprise privée. Elle aurait aussi poussé les services à démontrer leur utilité et leur compétence aux milieux susceptibles de les appuyer, particulièrement sur la scène locale.

## L'AIDE SALARIALE

Nous avons déjà souligné qu'en vertu des programmes de Perspectives-Jeunesse et d'initiatives locales les services nouveaux ont reçu d'importants fonds qui ont servi particulièrement à la rémunération de leur personnel. La Commission estime que pour mettre au point une politique cohérente relativement à l'usage de la drogue, il y aurait intérêt à confier, directement ou indirectement, à la D.U.N.M.D. la distribution des subventions fédérales aux services nouveaux. Malgré les difficultés d'organisation qu'elle a pu éprouver à ses débuts, la D.U.N.M.D. est maintenant en mesure de diriger ses programmes avec efficacité et de suivre l'évolution du mouvement social suscité par les problèmes de la toxicomanie, et les solutions que les jeunes et l'ensemble de la société ont cherché à apporter à ces problèmes.

Sans écarter la possibilité d'une coordination entre les programmes de la D.U.N.M.D. et ceux de Perspectives-Jeunesse et des initiatives locales, la Commission resta d'avis que la D.U.N.M.D. et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social sont les mieux placés pour élaborer une vaste planification propre à favoriser la cohésion sociale.

## QU'EST-CE QU'UN « SERVICE NOUVEAU » ?

La D.U.N.M.D. s'est appliquée à accorder ses subventions à des services qualifiés de « nouveaux » ou d'originaux. Sans vouloir contester l'utilité pratique d'un tel critère, la Commission tient cependant à souligner que le concept de nouveauté est très relatif. Ce qui est nouveau pour une ville située à 200 milles au nord d'Ottawa risque fort de ne pas l'être à Toronto, à Montréal ou à Vancouver. Les organisateurs de certains projets qui correspondaient aux besoins particuliers de régions où les services étaient rares n'ont pas réussi à montrer l'originalité de leurs initiatives assez clairement pour obtenir des subventions ou ne l'ont fait qu'avec de grandes difficultés. Certes les autorités n'ont pas eu tort de contester l'originalité de certains projets qui ne faisaient qu'implanter dans de petites agglomérations des services calqués sur ceux qui existaient déjà dans les grandes. Néanmoins, les représentants régionaux et locaux de la D.U.N.M.D. devraient, en toute logique, apprécier ces projets selon l'utilité des services pour la population, considérant que leur caractère de nouveauté et d'originalité est fonction du milieu.

## LA PLACE DE LA TOXICOMANIE DANS LES PROGRAMMES

Depuis quelque temps, la D.U.N.M.D. exige de moins en moins que les services nouveaux s'attaquent aux problèmes de la toxicomanie. Pour donner droit à des subventions, il n'est plus nécessaire que les projets expérimentaux aient pour premier but de servir une clientèle atteinte par la toxicomanie.

La Commission estime que ce changement d'orientation est heureux. En fait, comme nous l'avons déjà dit, les services nouveaux s'aperçoivent de plus en plus que pour assurer l'efficacité de leur action il leur faut tenir compte de facteurs bien plus vastes que le simple phénomène de la drogue. En d'autres termes, ils doivent chercher les causes sociales du mécontentement et de l'aliénation des jeunes et s'efforcer d'offrir à ces derniers des activités créatrices et des choix nouveaux que n'offrent pas les institutions traditionnelles. C'est ainsi que les services nouveaux en sont venus à mettre l'accent sur la prévention plutôt que sur le traitement de la toxicomanie (comme l'avait recommandé la Commission dans son *Rapport provisoire* et dans *Le traitement*) et à s'engager dans des activités plus vastes rejoignant l'ensemble de la collectivité.

Il n'est pas toujours facile d'établir si certains services sont suffisamment axés sur les problèmes de la toxicomanie pour relever du mandat de la D.U.N.M.D. De plus, nombre de services qui dispensaient à l'origine des soins d'urgence aux toxicomanes se sont écartés de cette orientation. Néanmoins, les organismes fédéraux devraient, à notre avis, continuer d'appuyer les services qui par leurs activités sociales et communautaires, ainsi que par diverses autres mesures préventives, peuvent contribuer utilement à prévenir les situations de nature à engendrer la toxicomanie.

#### LA POLITIQUE ET L'ADMINISTRATION DE L'U.N.M.D.

Dans les pages qui précèdent, nous avons souvent parlé de la politique et des structures de la D.U.N.M.D. Il convient ici de faire certaines remarques à ce sujet. Depuis sa fondation, la D.U.N.M.D. a souvent changé de ligne de conduite. Consciente, sans doute, de l'évolution rapide et des réorientations des services nouveaux, la direction ne semble pas avoir réussi à se doter d'une politique précise et cohérente. Certaines de ses décisions, cependant, valent qu'on s'y arrête.

La première est certainement la création de bureaux régionaux. La nomination de représentants dans les diverses régions du pays constitue une saine étape dans le développement des structures administratives de l'U.N.M.D. Ces agents, en effet, ont une perception immédiate des besoins de la population. Cette compréhension peut leur être particulièrement précieuse tant pour expliquer aux autorités fédérales les besoins de leur région que pour communiquer aux services régionaux les normes et les directives fédérales.

Ces structures régionales comportent cependant des dangers. Ainsi certaines organisations provinciales sont déjà fortement marquées par la bureaucratie et, à cause sans doute du grand nombre de services qu'elles ont à aider, à coordonner et parfois même à diriger et à regrouper, leurs rapports avec la base sont faibles, voire inexistants. Il est même arrivé qu'observateurs, chercheurs ou autres employés des services nouveaux reçoivent des bureaux régio-

naux des renseignements inexacts et qu'il en soit résulté diverses erreurs et de graves pertes de temps.

Certains représentants régionaux étaient aussi les promoteurs de services nouveaux. Ce choix était logique et il a souvent produit d'heureux résultats, les organisateurs se distinguant alors par leur personnalité « charismatique » et par leur compréhension des problèmes et des besoins des jeunes. S'ils manquaient parfois d'expérience, les directeurs des services nouveaux ont souvent acquis du talent pour l'organisation et la coordination. Il ne faudrait pas en conclure cependant que tous les jeunes qui représentent leur génération sont capables de devenir de bons représentants de la D.U.N.M.D.

Le mode de notation des services nouveaux suivi par la D.U.N.M.D. présente nécessairement des difficultés. La D.U.N.M.D. devrait comprendre qu'on ne peut attendre de ses agents, envoyés d'Ottawa, qu'ils fassent une analyse en profondeur du fonctionnement, des principes et de l'utilité d'un service donné à partir d'une inspection-éclair d'une journée. Quant aux représentants locaux, leur jugement peut être faussé par la proximité des services ou la crainte de voir des directeurs de services se plaindre auprès du directeur régional de diminution de leurs subventions ou de la suppression imminente de leurs services. Enfin, il faut reconnaître qu'il est souvent difficile pour les représentants fédéraux ou régionaux de juger d'une façon impartiale les services dont les promoteurs se fondent sur des valeurs ou des priorités différentes des leurs.

Pour écarter ces difficultés, la D.U.N.M.D. devrait exiger que les promoteurs de chaque projet proposent dans leur plan un exposé sommaire de leur analyse ainsi que l'énoncé des critères selon lesquels on pourra mesurer l'efficacité du service. Cette règle aurait pour effet d'inciter les organisateurs à envisager les divers moyens de juger leurs services et elle les aiderait à distinguer les signes de succès ou d'échec. L'analyse de tout projet, ainsi que le montant de la subvention à y effectuer, devrait se fonder au moins en partie sur l'analyse et les critères des promoteurs eux-mêmes.

### L'IMPORTANCE DE LA PARTICIPATION DES CLIENTS DANS L'APPRÉCIATION DES SERVICES

Pour classer les services nouveaux, on peut se fonder sur des critères qui permettent à la fois de comparer ces divers services et de mesurer la valeur de leur comportement face aux facteurs sociaux du phénomène de la drogue. On peut, par exemple, comparer les services selon leur mode de financement. On placerait alors à un extrême ceux qui n'ont jamais eu recours aux fonds de l'État et à l'autre ceux qui n'auraient pas été créés ou n'auraient pu survivre sans cette assistance. On pourrait aussi partir de la clientèle. Un service donné s'adresse-t-il seulement aux toxicomanes ou à tous ceux qui aspirent à un autre mode de vie que ceux proposés par la société traditionnelle?

Par ailleurs, on pourrait classer les services nouveaux d'après les caractéristiques de l'équipe qui les anime. Le personnel est-il composé d'éléments professionnels? La direction est-elle assurée par des jeunes, par des adultes ou par les uns et les autres? Les membres de l'équipe en place sont-ils d'anciens clients? Enfin, les services se différencient aussi par leurs orientations et leurs façons de procéder. Le service se fonde-t-il sur la médecine orthodoxe et des méthodes de traitement paramédicales ou sur les principes de la psychologie sociale? Est-il de caractère éducatif? Vise-t-il essentiellement à offrir à ses clients un mode de vie parallèle?

Toutes ces particularités peuvent fournir des éléments de distinction entre les divers types de services nouveaux. Nous pensons cependant que le critère le plus universel et le plus fondamental est la participation authentique et efficace de la base, c'est-à-dire des personnes auxquelles s'adressent particulièrement tels services. À un extrême on trouvera donc les services qui excluent totalement ce genre de participation, à l'autre ceux qui en font une règle générale dans toutes leurs activités, à partir de la conception et de la création des services jusqu'à leur fonctionnement quotidien. Dans le premier cas, on peut parler de services «exogènes», et dans le second cas de services «endogènes».

À notre avis, les services nouveaux les plus aptes à faire contrepoids aux sentiments d'aliénation, de dissidence et de solitude sont ceux qui se rapprochent le plus du type endogène, c'est-à-dire ceux qui naissent d'une prise de conscience commune de problèmes communs. Bien que la participation des clients ne soit pas toujours souhaitable à certains niveaux de décision et dans certaines circonstances, la Commission y voit une caractéristique importante des services nouveaux et estime que dans l'évaluation de ces services il convient de tenir compte de leur origine, de leurs structures, de leur capacité créatrice, de leurs rapports avec le public qu'ils servent, de la participation de leurs clients aux décisions qui touchent ces derniers et de la place faite à la clientèle dans les organismes de direction, y compris les conseils d'administration.

Les services nouveaux peuvent se former et se développer de la base vers le sommet ou inversement. Certains sont nés de l'initiative de personnes qui cherchaient à résoudre leurs propres difficultés et sont passés graduellement aux mains d'un personnel qui n'a jamais éprouvé les problèmes auxquels il s'attaque; et qui ne les connaît probablement jamais. Il est évident aussi qu'à l'heure actuelle certains services, au Québec surtout, prennent une orientation de plus en plus médicale, espérant ainsi obtenir des subventions provinciales destinées aux cliniques communautaires. Pour avoir droit à cette aide, certains foyers et certains centres communautaires, qui à l'origine s'étaient surtout occupés de problèmes d'ordre psychosocial, se sont dotés de services médicaux. D'autres, qui les avaient abandonnés, les ont repris. Il y a lieu alors d'établir si pareille réorientation correspond vraiment aux besoins de la population ou si elle vise uniquement à attirer les subventions.

Parmi les divers facteurs dont on doit tenir compte dans l'évaluation des services nouveaux, la Commission estime qu'il convient d'accorder une attention particulière aux cinq suivants :

1. Le service a-t-il été fondé pour remédier aux lacunes des services sociaux et médicaux établis ? Si tel est le cas et si les services officiels n'ont pas comblé ces lacunes, la situation justifie une aide financière.
2. Les structures du service lui permettent-elles d'être pleinement au courant des véritables besoins de sa clientèle ? A-t-on réussi à éviter toute routine inutile ? Les clients sont-ils invités à participer efficacement aux processus de décision ?
3. Le service a-t-il prévu une formule d'auto-appréciation ? A-t-il démontré de l'aptitude à l'autocritique relativement à ses objectifs formels ou implicites ?
4. Le service s'efforce-t-il de redéfinir son rôle à mesure que les hôpitaux et les services sociaux s'organisent pour mieux s'acquitter des fonctions qui leur incombent normalement ?
5. Le service cherche-t-il à stimuler les organismes traditionnels ? S'efforce-t-il de collaborer avec les autres services de la région ? Peut-on compter sur lui pour expliquer les besoins d'une clientèle déviante ou dissidente ?

### CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Depuis quelques années les services nouveaux bénéficient d'un appui moral et financier considérable, tout d'abord de la part du gouvernement fédéral et dans bien des cas de la part des gouvernements provinciaux et des administrations municipales. Cette aide leur a permis de diversifier leur action et de s'engager dans de nouveaux domaines. Il est fort probable que les services nouveaux vont s'orienter de plus en plus vers des activités sociales plutôt que médicales, pour offrir, par leurs foyers d'accueil, leurs centres communautaires, leurs communes et autres établissements, des modes de vie différents des normes traditionnelles. Se fondant sur son analyse des causes profondes du phénomène de la drogue, la Commission invite fortement le personnel des services nouveaux, ainsi que ceux qui les appuient financièrement, à poursuivre leur activité en ce sens.

1. Malgré ses observations sur les limites des services nouveaux, et bien que certaines fonctions de ces services puissent être désormais assumées par des organismes traditionnels (notamment les services d'urgence des hôpitaux et les services de santé locaux), la Commission recommande au gouvernement fédéral de continuer d'accorder aux services nouveaux un appui direct, à la fois moral et financier. Les autorités fédérales

devraient cependant, à cet égard, prendre des mesures concrètes pour obtenir la participation des provinces, au moyen de programmes à frais partagés, par exemple.

2. Il est essentiel que les trois paliers du pouvoir public et les divers organismes fédéraux, provinciaux et municipaux qui s'occupent des services nouveaux collaborent pleinement pour diffuser l'information sans laquelle il serait extrêmement difficile d'élaborer et de mettre en œuvre une politique de financement rationnelle.
3. Un effort de diffusion de l'information et de coordination des activités s'impose dans les cas de chevauchement entre plusieurs programmes fédéraux<sup>15</sup> portant sur le domaine des services nouveaux. Il serait sans doute souhaitable de confier à la D.U.N.M.D. la coordination des programmes et du financement des services ainsi que le soin de tenir à jour leur notation.
4. La Commission recommande au gouvernement fédéral de prendre, conjointement avec les provinces et les représentants des collectivités locales, les mesures voulues pour décentraliser le financement et la notation des services nouveaux et pour accorder aux structures régionales des pouvoirs de décision authentique.
5. Il est nécessaire que les organismes gouvernementaux chargés du financement des services nouveaux mettent au point, en consultation avec le personnel de ces services, de meilleurs critères de notation. Comme nous l'avons déjà proposé, les projets soumis aux autorités devraient comprendre la définition des normes de notation établies par les promoteurs afin que les critères adoptés correspondent vraiment aux objectifs définis par les services. En outre, il devrait être possible de mettre au point des principes et des méthodes de notation relativement simples qui ne gêneraient pas le fonctionnement des services ni ne compromettraient leur originalité. Enfin, le personnel et la clientèle des services devraient, si possible, participer à la notation.
6. Il faudrait que les projets pilotes lancés sous les auspices du gouvernement fédéral ou des autorités provinciales puissent comporter, dans leur budget, les immobilisations comme les frais de fonctionnement. Seuls ceux-ci sont permis à l'heure actuelle.
7. D'après les règlements actuels, les projets pilotes doivent faire l'objet d'un examen annuel et ne peuvent en aucun cas toucher des subventions fédérales pendant plus de trois ans. La Commission recommande que ces projets bénéficient de subventions annuelles diminuant progressivement à partir de la deuxième année, à condition qu'il s'offre alors d'autres sources de financement. Cette mesure implique que le gouvernement fédéral ait mis au point une formule de partage des frais et un ordre de priorité avec les autorités provinciales.

8. Les organismes gouvernementaux qui financent les « cliniques libres » doivent comprendre que ces services expérimentaux, qui souvent, comme il se doit, critiquent les établissements médicaux traditionnels, ont tout particulièrement besoin de conserver une certaine indépendance dans leurs activités.
9. Pour mieux servir la population, les hôpitaux doivent envisager sérieusement de mettre en œuvre des projets du type que nous avons exposé, qui prévoient l'intégration de jeunes assistants au personnel.
10. À mesure que de plus grands établissements se chargent des soins d'urgence et de la diffusion de l'information relative aux drogues, rôles qu'assumaient à l'origine les services nouveaux, les organismes dirigés par les jeunes devraient consacrer leur efforts à l'élaboration de nouveaux programmes d'activités communautaires, récréatives, éducatives et sociales.
11. Les établissements enseignant l'assistance sociale devraient faire appel aux services nouveaux pour la formation des élèves dans tous les cas où cela serait compatible avec les objectifs et les besoins définis dans leurs projets. Les établissements qui décernent des diplômes en service social doivent reconnaître, par des crédits, les services fournis dans les postes d'urgence, les cliniques d'accueil, les internats et les communes thérapeutiques.
12. Dans leur notation des services nouveaux, le gouvernement fédéral et ses représentants régionaux ainsi que les représentants des autorités provinciales et des organismes locaux doivent accorder une attention particulière à la participation de la clientèle au fonctionnement des services. Les services nouveaux ont leur rôle à jouer lorsqu'il s'agit d'atténuer les sentiments d'aliénation, de déception et d'impuissance dans le domaine socio-politique qui ont contribué à l'usage de la drogue. Ils ne peuvent remplir ce rôle qu'en restant fidèles aux principes et aux objectifs auxquels ils doivent leur existence. Dans la notation des services, il faut d'abord se fonder sur les cinq critères que nous avons déjà définis : l'originalité et le sens des réalités ; la participation de la clientèle aux processus de décision et le rejet de la routine ; l'aptitude à l'auto-notation ; la faculté d'adaptation aux besoins de la clientèle, et la disposition à collaborer avec les autres services de la région. Par ailleurs, le personnel des services nouveaux doit accepter les limites de son action et ne pas chercher à dépasser ses possibilités. Ceux qui le composent ont résolu d'intervenir activement et de façon importante dans la vie de leurs semblables. Ils doivent donc illustrer le souci d'acquérir toutes les qualités nécessaires pour s'acquitter de cette tâche avec sérieux et compétence. Enfin, il faut veiller à ce que les services en question ne deviennent pas des foyers qui accentueraient, en les exploitant, les sentiments d'aliénation chez leurs clients.

## NOTES

1. CANADA, Journal des Débats de la Chambre des Communes, 27 janvier 1971, 115(63), p. 2801.
2. CANADA, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, n° 1 au catalogue, 1972. Une seconde édition du catalogue doit paraître à la fin de l'été 1973.
3. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU CANADA, projets de résolutions présentés à la conférence de l'Association, à Montréal, en février 1971.
4. Des projets relatifs à l'emploi de jeunes assistants ont aussi été mis en œuvre au *Jewish General Hospital* et au *Lakeshore General Hospital*, à Montréal. Il existe aussi une clinique libre, la *Youth Clinical Services*, qui est affiliée au *York-Finch Hospital* de Toronto.
5. Exemples : *Montreal Youth Clinic*, *People's Free Clinic*, Côte Saint-Luc (Montréal), *Toronto Free Clinic*, *Scarboro Medifree*, *Rochdale Clinic* (Toronto), *Ottawa Street Clinic*, *Clinic Collective* (London), *Medifree Project* (Kitchener), *Klinic* (Winnipeg), *Vancouver Free Clinic*.
6. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, «Council on Community Health Care», rapport présenté au Conseil d'administration de l'Association à Ottawa le 14 mars 1971.
7. Par exemple, la *Montreal Youth Clinic* est un prolongement officiel du *Meque Teaching Hospital*.
8. Exemples : *Dirnan* (Halifax), *Head and Hands* (Montréal), *Oolagen House* (Toronto), *Kiazam* (Winnipeg).
9. Exemples de communes rurales à fins thérapeutiques : *New Options*, près d'Halifax ; *Aware House*, près de Saint-Jean, au Nouveau-Brunswick ; *Crossroads*, près de Windsor, en Ontario ; *Get Your Act Together Enterprises*, projet d'Initiatives locales, près d'Ottawa ; *La Terre*, à Wotton, au Québec.
10. Articles 249 et 250 du *Code criminel*.
11. S.R.C., 1970, c. J-3, article 34.
12. Voir *Johnston c. The Wellesley Hospital and Williams* (1971), 2 O.R. 104, (1971) 17 D.L.R. 3d 139. La cour a statué qu'un jeune homme de vingt ans pouvait donner un consentement valide à un traitement médical. Les fondements de cette décision semblent indiquer que la validité du consentement du mineur dépend de chaque cas. On a associé à cette conception le terme de «Mature minor». En ce qui a trait aux écrits récents consacrés au consentement à des soins médicaux pour des mineurs, voir : Eckelaar, g. m., *What are Parental Rights*, 1973, 89 L.Q.R. 210 at 224 pp. et Wadlington, W., *Minors and Health Care: The Age of Consent*, 1973, 11 O.H.L.U. 115.
13. Statuts du Québec, c. 42, article 36.
14. De nombreux membres du personnel «paramédical» des services nouveaux songent à exercer la médecine à titre professionnel ou paraprofessionnel. Le directeur de la *Ottawa Street Clinic* a proposé une formule qui permettrait à son personnel de suivre des cours de médecine à temps partiel et de faire reconnaître par des crédits le travail à la clinique.
15. En particulier les programmes de Perspectives-Jeunesse et d'Initiatives locales.

## Appendice N

# Commissaires et personnel

### Commission

#### *Président*

Gérald Le Dain, C.R., professeur (Osgoode Hall Law School), Université York, Toronto.

#### *Commissaires*

Marie-Andrée Bertrand, professeur agrégé, école de criminologie, faculté des arts et des sciences, Université de Montréal.

Ian L. Campbell, doyen de la faculté des arts, Université Sir George Williams, Montréal.

Heinz E. Lehmann, M.D., directeur de la recherche et de la formation médicale, hôpital Douglas, Montréal; professeur et président, département de psychiatrie, Université McGill, Montréal.

Peter Stein, président, British Columbia Drug and Alcohol Commission, Victoria.

### Personnel\*

Ralph D. Miller, Ph.D., *Directeur de la Recherche*

C. Michael Bryan, *Adjoint particulier et responsable des publications*

Frederick Brown, *Adjoint administratif*

### COLLABORATEURS À LA RECHERCHE

Mel Green

Ralph Hansteen, Ph.D.

\* Les membres du personnel qui ont collaboré à la rédaction des ouvrages intitulés *Rapport provisoire* et *Le cannabis* sont indiqués aux appendices de ces rapports.

Appendice N

PREMIERS ASSISTANTS À LA RECHERCHE

Judith Blackwell  
Joan Brewster  
Barry Hemmings  
Pat Oestreicher  
Gordon Smith

ASSISTANTS À LA RECHERCHE

Brian Anthony	Florence Hughes	Byron Rogers
Adam Arda	Ann Lane	Vicki Rutledge
Paula Asselin	Barbara Myers	Penelope Thompson
Marcus Hollander	Richard Paterson	Linda Wright

BIBLIOTHÈQUE

Ed Hanna, *conservateur*

Olga Czersyki		Carolyn Petch
Jo-Anne Gunn	Robert Johns	Donna Wilson

ADMINISTRATION

C. W. Doylend, *directeur*

Robert Bazinet		Muller Vedam
Patrick Doylend	Lucille Lorange	Charles Wilson

SECRETARIAT

Marilyn Bryan, *secrétaire de Ralph D. Miller*  
Glenora Doherty, *secrétaire de C. Michael Bryan*  
Gwen Farquhar, *secrétaire de Mel Green*  
Vivian Luscombe, *secrétaire de Gérald Le Dain*

Louise L. Albert	Janice Jarvis	Sandra Roy
Carole Anderson	Collette Gagliano	Claire Sabourin
Alison Clark	Jane Kennedy	

## *Chercheurs contractuels et consultants*

### CHERCHEURS CONTRACTUELS

- Adamec (Cannie), Université Dalhousie (psychologie), Halifax  
Amit (Zalman), Université Sir George Williams (psychologie), Montréal  
Anderson (James E.), Université McMaster (anatomie), Hamilton, Ontario  
Andrews (Donald), Université Carleton (psychologie), Ottawa  
Aubin (Réal), Université de Montréal (criminologie)  
Awasthy (Mahaveen P.), Montréal  
Barash (Lucille), Montréal  
Basile (Jean M.), Montréal  
Beckstead (Harry), ministère de la Santé (chimie pharmaceutique), Ottawa  
Berg (Ruth), Addiction Research Foundation (études psychologiques), Toronto  
Broomfield (Howie), Vancouver  
Brulé (Michel), Montréal  
Buckner (Taylor), Université Sir George Williams (sociologie), Montréal  
Bussière (Claude), Université de Montréal  
Buriak (Myros), Winnipeg  
Callaghan (Michael), Callaghan and Authors Productions, Toronto  
Caplan (Aaron), Montréal  
Chopra (G. S.), Drug Addiction Clinic, Pendjab, (Inde)  
Clement (W. R.), Human Behaviour Research Group, Toronto  
Constantineau (G.), Montréal  
Cooper (Paul), Université de Montréal (pharmacie)  
Corcoran (Michael), Université de Colombie-Britannique (psychiatrie), Vancouver

O *Chercheurs contractuels et consultants*

- Crook (Rodney), Université Carleton (sociologie), Ottawa  
Darrough (Bill), Vancouver  
Daykin (Sheila), Université McGill (psychologie), Montréal  
Dewhirst (John), Ottawa  
Dudeck (Alan), Winnipeg  
Edwards (Sharon), Don Mills (Ontario)  
Ellis (David), Toronto  
Fefferman (Stanley), Université York (anglais), Toronto  
Fehr (Kevin), Université de Toronto (pharmacologie)  
Gagné (Denis), Montréal  
Gaussiran (Michel), Montréal  
Glass (J.), Willowdale (Ontario)  
Goddard (Peter), Toronto  
Goldner (Stanley), Ottawa  
Hackler (James), Université de l'Alberta (sociologie), Edmonton  
Hénault (Claude), Ottawa  
Hirsch (F. W.), Ottawa  
Hogarth (John), Université York (Osgoode Hall Law School) Downsview, Ontario  
Johnston (Duncan), Toronto  
Jones (Barry), hôpital général de Vancouver  
Lanphier (C. M.), Université York (recherche sur le comportement), Downsview, Ontario  
Laplante (Jacques), Université Laval (service social), Québec  
Latchford (Margaret), Université McMaster (sociologie), Hamilton, Ontario  
Leathers (Burton), Université Cornell (sociologie), Ithaca (New York)  
Leblanc (André), Montréal  
Leblanc (Marc), Université de Montréal (criminologie)  
Leth (Robert), London (Ontario)  
Letourneau (George), Institut de médecine sociale, Amsterdam  
Liljefors (Y.), Université York (Osgoode Hall Law School), Downsview (Ontario)  
Link (Stephen), Université McMaster (psychologie), Hamilton (Ontario)  
Lonero (Lawrence), ministère du Transport et des Communications, Toronto  
Madison (Bruce), Ottawa  
Manes (Ronald), Université York (Osgoode Hall Law School), Downsview (Ontario)

- Mann (W.), Don Mills (Ontario)
- Marchuk (Edward), Vancouver
- Maroney (Heather J.), Ottawa
- Marshmann (Joan), Addiction Research Foundation (études psychologiques), Toronto
- McFarlane (A. H.), hôpital général Henderson, Hamilton (Ontario)
- McNaughton (Bruce), Ottawa
- Mohr (Hans), Université York (Osgoode Hall Law School), Downsview (Ontario)
- Moiseiwitsch (Carel), Ottawa
- Moriarity (M. J.), Université York (Osgoode Hall Law School), Downsview (Ontario)
- Mouledoux (Joseph), Université Sir George Williams (sociologie), Montréal
- Muirhead (Gregory), Ottawa
- Murphy (Chris), Halifax
- O'Neill (Michael), York Castle High School, Brownstown, Jamaïque
- Ouellette (Carolyn), Winnipeg
- Ouellette (Kenneth), Winnipeg
- Parent (Paul), Ottawa
- Phelps (D.), Ottawa
- Phillips (Sondra), Université York (recherche), Toronto
- Polacek (E.), Addiction Research Foundation (documentation), Toronto
- Prince (J.), Université York (Osgoode Hall Law School), Downsview (Ontario)
- Proulx (Jean-Claude), ACCOM, Vanier (Ontario)
- Reid (Lloyd D.), Université de Toronto (études aérospatiales)
- Rizkalla (S.), Université de Montréal (criminologie)
- Rubin (Laurie), Winnipeg
- Ryan (Stuart), Université Queen, Kingston (Ontario)
- Sadava (S.), collège Loyola (psychologie) Montréal
- Shaw (Joseph), Hamilton (Ontario)
- Siegel (Ronald K.), Université de Californie (psychologie), Los Angeles
- Small (Ernest), ministère de l'Agriculture (recherche sur les végétaux), Ottawa
- Smith (Erskine), Halifax
- Solomon (Robert), University of Western Ontario (droit), London

O *Chercheurs contractuels et consultants*

Solway (Hadie), Toronto  
Solway (Jeff), Ottawa  
Solway (Nancy), Toronto  
Spicer (Wylie), Vancouver  
Stark (Mary), Montréal  
Stoddart (Ken), Université de Colombie-Britannique (anthropologie et sociologie), Vancouver  
Stoddart (Kenna), Vancouver  
Szabo (Denis), Université de Montréal (criminologie)  
Taylor (James G.), Université de Pennsylvanie (communications), Philadelphie  
Theodor (Leonard H.), Université York (psychologie), Downsview (Ontario)  
Torno (Barry), Toronto  
Wake (F. R.), Université Carleton (psychologie), Ottawa  
Watson (Patrick), P. Watson Enterprises, Toronto  
Weiler (Paul), Université York, Downsview (Ontario)  
Willinsky (Michael), Institut supérieur de santé, Rome  
Wine (William), Vancouver  
Woolfrey (Joy), Ithaca (New York)

CONSULTANTS

Ackroyd (John), Metropolitan Toronto Police  
Adler (Gerry), Université St. Mary (sociologie), Halifax  
Ahearne (James), Insurance Crime Prevention Institute, Westport (Connecticut)  
Aldrich (Michael E.), Amphoria Inc., Mill Valley (Californie)  
Anderson (F. E.), Bureau des narcotiques et des drogues dangereuses, Washington (D.C.)  
Anderson (Sven-Jacob), Uppsala (Suède)  
Angaard (E.), Uppsala (Suède)  
Archibald (H. David), directeur de l'Addiction Research Foundation, Toronto  
Arenson (Kenneth), Université du Manitoba (droit), Winnipeg  
Ban (Thomas A.), Université McGill (psychiatrie), Montréal  
Barratt (E.S.), Université du Texas (neurologie et psychiatrie), Galveston  
Beames (R. S.), Service national des libérations conditionnelles, Toronto  
Beaubrun (Michael), Université des Antilles (psychiatrie), Kingston, Jamaïque

- Beck (P. R.), Jewish General Hospital (programme de cure d'entretien à la méthadone), Montréal
- Becker (Howard), Northwestern University (sociologie), Evanston (Illinois)
- Bejerot (Nils), Institut Karolinska, Stockholm
- Bell (Gordon), Donwood Foundation, Toronto
- Bell (H. E.), hôpital universitaire (biochimie clinique), Edmonton
- Bent (Miriam H.), Corrections Service (Colombie-Britannique), Vancouver
- Berner (David), X-Kalay Foundation Society, Vancouver
- Bewley (T. H.), psychiatre consultant, Tooting Bec Hospital, Londres
- Bieber (B. A.), Service de liberté surveillée, ministère de la Santé et du Développement social, Winnipeg
- Bishop (R. O.), Service national des libérations conditionnelles, Vancouver
- Blewett (Duncan), Université de la Saskatchewan (psychologie), Régina
- Blum (R. H.), Université de Stanford (étude des problèmes humains), Californie
- Bowman (Marilyn), Université Queen, Kingston (Ontario)
- Braude (Monique C.), National Institute of Mental Health, Rockville (Maryland)
- Briekreutz (Herbert), Methadone Clinic, Edmonton
- Bricker (R. H.), Ministère du Solliciteur général, (probation des adultes), Edmonton
- Brill (Henry), Pilgrim State Hospital, Long Island (New York)
- Broughton (Colin), ministère de la Santé (Bureau des opérations régionales), Ottawa
- Brunet (Jacques), sous-ministre, ministère des Affaires sociales, Québec
- Bulmer (G. Ross), Department of Corrections (Colombie-Britannique), Vancouver
- Bunton (W. E.), Ministry of Correctional Services (probation et libérations conditionnelles), Toronto
- Buxton (D.), Roussel (Canada) Limitée, Montréal
- Byman (A.), Service national des libérations conditionnelles, Vancouver
- Cahal, (D. A.), ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, Londres
- Caillé (G.), Hôpital Saint-Charles (Institut de recherche psychiatrique), Joliette (Québec)
- Caldwell (D. F.), Lafayette Clinic (psychobiologie) Détroit (Michigan)
- Cameron (D. C.), Organisation mondiale de la Santé, Genève
- Campbell (Keith N.), Lakeshore Psychiatric Hospital, Toronto
- Cantor (Max), ministère du Solliciteur général (Alberta), Edmonton

O *Chercheurs contractuels et consultants*

- Carlson (Norman), ministère de la Justice, Washington (D. C.)  
Carrière (J. R. R.), ancien sous-commissaire de la Gendarmerie royale du Canada, Ottawa  
Carroll (Eleanor E.), Institut national de santé mentale, Rockville (Maryland)  
Chambers (C. D.), Jackson Memorial Hospital (Division of Addiction Sciences), Miami (Floride)  
Chapman (R. A.), ancien directeur général, ministère de la Santé (direction des Aliments et drogues), Ottawa  
Chiapolli (V.), Marin Open House, San Raphael (Californie)  
Child (Ian G.), I M S of Canada Ltd, Pointe-Claire (Québec)  
Ciale (Justin), Université d'Ottawa (criminologie)  
Clairmont (A.), Laboratoires Bristol du Canada, Candiac (Québec)  
Cohen (Maimon), Children's Hospital (pédiatrie), Buffalo (New York)  
Cohen (S.), Alcoholism Rehabilitation Centre, Régina  
Cohen (Sidney), Los Angeles (Californie)  
Cohrssen (John), Controlled Substances Information Inc., Washington (D.C.)  
Colburn (H. N.), ministère de la Santé (Usage du tabac), Ottawa  
Collins (David), Toronto  
Comstock (E. G.), Institut de toxicologie clinique, Houston (Texas)  
Corey (Margaret), Université Dalhousie (pédiatrie), Halifax  
Cotnam (H. B.), ministère de la Justice, Toronto  
Craigen (D.), Service pénitentiaire canadien, Ottawa  
Crancer (Alfred), ministère du Transport (Alcool Counter Measures), Washington (D. C.)  
Crane (James L.), Services correctionnels, Fredericton  
Dalton (C. J. A.), président de la Commission provinciale des libérations conditionnelles, Vancouver  
DaSilva (T.), ministère de la Santé, Ottawa  
Davis (Mervyn), John Howard Society, Vancouver  
Desjardins (J. P.), pharmacien, Ottawa  
Denholm (Douglas A.), Narcotic Addiction Foundation, Vancouver  
Dittert (Joseph), Organisation internationale du contrôle des stupéfiants, Genève (Suisse)  
Dole (V. P.), Université Rockefeller (centre médical Beth Israël), New York  
Doorenbos (N. J.), Université du Mississippi (pharmacie)  
Dryden (D.), Service national des libérations conditionnelles, Vancouver  
Eddy (Nathan B.), Bethesda (Maryland)  
Edwards (Griffith), Maudesley Hospital (Addiction Unit), Londres  
Edwards (John), Université de Toronto (criminologie)

- Ellinwood (E. H., fils), Université Duke (Centre médical), Durham (Caroline du Nord)
- Erikson (Jan H.), Uppsala (Suède)
- Everson (A. A.), Addiction Research Foundation, Toronto
- Eves (C. R.), sous-commissaire (services nationaux de Police), Gendarmerie royale du Canada, Ottawa
- Feinglass (Stanford), Institute for Social Concerns, Oakland (Californie)
- Fink (Max), New York Medical College
- Fishman (Stene), Brooklyn (New York)
- Forest (André), Service de probation des adultes, Montréal
- Fort (Joel), Fort Help, San Francisco (Californie)
- Fralick (George), ministère du Procureur général de l'Alberta (probation des adultes), Edmonton
- Gardiner (S.), juge à la cour supérieure, San Raphael (Californie)
- Gay (George R.), Haight-Ashbury Medical Clinic, San Francisco (Californie)
- Gay (Anne C.), Haight-Ashbury Medical Clinic, San Francisco (Californie)
- Geekie (D. A.), Association médicale canadienne, Ottawa
- Genest (Luc), Service national des libérations conditionnelles, Montréal
- Gerson (L. W.), Université Memorial de Terre-Neuve, Saint-Jean
- Gibbins (Robert J.), Addiction Research Foundation (études psychologiques), Toronto
- Giffen (P. James), Addiction Research Foundation (études sociales), Toronto
- Gillies (R.), Service national des libérations conditionnelles, Edmonton
- Ginsberg (Allen), New York
- Godfrey (K. E.), Hôpital des anciens combattants, Topeka (Kansas)
- Goldstein (A.), Université de Stanford (centre médical), Californie
- Goode (Erich), Université de l'état de New York (sociologie), Long Island
- Gorodetsky (C. W.), Institut national de santé mentale (Addiction Research), Lexington (Kentucky)
- Gowling (Michael), Charasee Press, Hamilton (Ontario)
- Graham (R. A.), ministère de la Santé (protection de la santé), Ottawa
- Green (P. T.), hôpital général, Saint-Boniface (Manitoba)
- Gregersen (A. I.), Ministry of Correctional Services (Chemical Abuse), Mimico (Ontario)
- Gregory (W.), Royal Victoria Hospital (cure d'entretien à la méthadone), Montréal
- Gunne (L. M.), Université d'Uppsala (recherche psychiatrique), Suède

O *Chercheurs contractuels et consultants*

- Halisky (T.), ministère de la Santé (protection de la santé), Ottawa
- Hammond (R. D.), ancien directeur du contrôle des narcotiques, ministère de la Santé, Ottawa
- Hann (Robert G.), Université de Toronto (criminologie)
- Hare (R. R.), University of Southern California (médecine), Los Angeles (Californie)
- Harper (Donald), Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada (Ottawa)
- Henderson (J.), ministère du Revenu national du Canada (Ottawa)
- Hermon (Harry C.), Buffalo (New York)
- Higgitt (W. L.), commissaire de la Gendarmerie royale du Canada (Ottawa)
- Hofer (Richard), hôpital et centre médical Mount Zion (recherche en psychologie), San Francisco (Californie)
- Hoff (Larry), Corrections Service (Colombie-Britannique), Vancouver
- Hoffer (A.), Saskatoon (Saskatchewan)
- Hollister (Leo E.), Veterans Administration Hospital, Palo Alto (Californie)
- Holt (Ken), Statistique Canada (statistique judiciaire), Ottawa
- Horger (L. M.), Laboratoires Smith, Kline and French, Philadelphie (Pennsylvanie)
- Huot (J), Programme d'entretien à la méthadone (deuxième ligne), Montréal
- Hyde (Byron), Ottawa
- Irwin (Samuel), Université de l'Orégon (psychiatrie), Portland
- Isbell (Harris), Université du Kentucky (médecine et pharmacologie), Lexington
- Jaffe (Jerome), Université de Chicago (psychiatrie), Illinois
- Johnson (John M.), Université de Californie (sociologie), San Diego
- Jones (Reese T.), Langlely Porter Neuropsychiatric Institute, San Francisco (Californie)
- Jonsson (Torsten), Stockholm (Suède)
- Kalant (Harold), Addiction Research Foundation (études biologiques), Toronto
- Kalant (Oriana J.), Addiction Research Foundation (études biologiques), Toronto
- Kaplan (John), Université de Stanford, Palo Alto (Californie)
- Kealey (Owen J.), Ottawa
- Klonoff (Harry), Université de la Colombie-Britannique (psychiatrie), Vancouver
- Knights (R.), Université Carleton (psychologie), Ottawa

- Kupperstein (L.), National Commission on Marihuana and Drug Abuse, Washington (D.C.)
- Kurke (M. I.), ministère de la Justice (Bureau des narcotiques), Washington (D. C.)
- Kusevic (V.), Division des stupéfiants (Secrétariat de l'O.N.U.), Genève (Suisse)
- Labelle (Roger), ministère de la Justice (Service des établissements de détention), Québec
- Lande (A.) Genève (Suisse)
- Laporte (Pierre), Université de Sherbrooke (sciences du comportement), Québec
- Lecker (S.), Montreal General Hospital
- Lee (J. D.), directeur des services correctionnels, ministère du Procureur général de l'Alberta, Edmonton
- Lemberger (Louis), Eli Lilly Company, Indianapolis (Indiana)
- Lennon (John), Londres
- Leute (R.), Syva Company, Palo Alto (Californie)
- Ling (George), Université d'Ottawa (pharmacologie)
- Logan (Frank), Institute for the Study of Drug Dependence, Londres
- Low (K.), Commission des écoles publiques de Calgary (Alberta)
- Lundell (F. W.), hôpital Reine-Marie (anciens combattants), Montréal
- Macauley (J. A.), Gendarmerie royale du Canada, Ottawa
- MacDonald (Ken), ministère du Bien-être, Charlottetown
- Mandel (Jerry), Drug Abuse Council, Washington (D.C.)
- Manno (Joseph E.), Université d'Auburn (pharmacie), Alabama
- Margoliash (Elizabeth), National Coordinating Council on Drug Abuse, Washington (D.C.)
- Martin (W. R.), Institut national de santé mentale (Addiction Research), Lexington (Kentucky)
- Matas (J.), hôpital Saint-Boniface, Winnipeg
- Mayer (Martin J.), Court Referral Project (Addiction Research), Brooklyn (New York)
- McDonald (Glen), Supervisory Coroner (Colombie-Britannique), Vancouver
- McFerran (le Rév. L. M.), Université d'Auckland (sociologie), Nouvelle-Zélande
- McGlothlin (W), Université de Californie (sociologie), Los Angeles
- McIntire (M. S.), Université du Nebraska (pédiatrie), Omaha
- McKim (Reid), ministère de la Santé (Bureau des drogues dangereuses), Ottawa

O *Chercheurs contractuels et consultants*

- McKinnon (F. R.), ministère du Bien-être, Halifax
- McLaughlin (Donald R.), Direct Alliance of Citizen Committees, North Lancaster (Ontario)
- McNaughton-Smith (Peter), Université de Toronto (criminologie)
- Mechoulam (Raphael), Université hébraïque de Jérusalem (sciences naturelles), Israël
- Melangeau (Pierre), Paris (France)
- Metge (Joan), Université Victoria (anthropologie), Wellington (Nouvelle-Zélande)
- Miles (C. G.), Addiction Research Foundation (études psychologiques), Toronto
- Miller (F. P.), ancien directeur exécutif du Service des libérations conditionnelles, Ottawa
- Milligan (T. E.), Alcohol and Drug Commission, Vancouver
- Miras (C. J.), Université d'Athènes (chimie biologique), Grèce
- Morley (Gregory), University of Western Ontario, London
- Morris (Terry), London School of Economics (criminologie)
- Morrison (A. B.), sous-ministre adjoint, ministère de la Santé (Protection de la santé), Ottawa
- Mortez (Otto), Université de Toronto (chimie)
- Moskowitz (H.), Université de Californie (transport et circulation), Los Angeles
- Moss (Stephen), Ottawa
- Murphy (B.), Service pénitentiaire canadien, Vancouver
- Napke (E.), ministère de la Santé (Protection de la santé), Ottawa
- Newmeyer (J. A.), Haight-Ashbury Medical Clinic, San Francisco (Californie)
- Nickerson (Mark), Université McGill (pharmacologie et thérapeutique), Montréal
- Nowlis (Helen), Université de Rochester (Projet NASPA), New York
- Ogden (Frank), Radio CKGM 980, Montréal
- Ogison (V. L.), directeur des services correctionnels, Gouvernement du Yukon, Whitehorse
- Oki (Gustave), Addiction Research Foundation (études sociales), Toronto
- Oppenheim (G. B.), psychiatre consultant, Charing Cross Hospital, Londres
- Oss (James N.), Hoffmann La Roche Inc. (Social Issues), Nutley (New Jersey)

- Page (D.), Ministry of Correctional Services (probation et libérations conditionnelles), Toronto
- Page (H.), Statistique Canada (statistique de l'état civil), Ottawa
- Paschelke (G.), Schering AG (neuropsychopharmacologie), Berlin (République fédérale de l'Allemagne)
- Paton (W. D. M.), Université d'Oxford (pharmacologie), Angleterre
- Paul (Ken), Police municipale d'Halifax
- Pawan (G. L. S.), Middlesex Hospital, Londres
- Perry (W. F. G.), Gendarmerie royale du Canada, Ottawa
- Popham, (Robert E.), Addiction Research Foundation, Toronto
- Prince (Raymond), The Mental Hygiene Institute Inc., Montréal
- Quinney (Richard), Université de New York
- Rankin (D. B.), Statistique Canada, Ottawa
- Read (J. G.), Edmonton Youth Emergency Society-Trust
- Rempel (D.), Service national des libérations conditionnelles, Winnipeg
- Rexed (Ingemar), Stockholm (Suède)
- Richards (Louise), Institut national de santé mentale (Studies of Narcotic and Drug Abuse), Chevy Chase (Maryland)
- Riley (R. E.), Statistique Canada, Ottawa
- Ringberg (Karen), Stockholm (Suède)
- Riva (J.), Commission des libérations conditionnelles de l'Ontario, Toronto
- Rivard (P. A.), directeur du service de probation des adultes (ministère de la Justice), Montréal
- Robbins (Lee), Université Washington (psychiatrie), Saint Louis (Missouri)
- Rocher (Guy), Université de Montréal (sociologie)
- Root (Marty), hôpital général de Toronto
- Rosenthal (Michael), Université du Texas, Houston
- Rubin (Vera), Research Institute for the Study of Man, New York
- Russell (John S.), Narcotic Addiction Foundation, Vancouver
- Schmidt (Wolfgang), Addiction Research Foundation (études sociales), Toronto
- Schur (Edwin), Université Tufts, Medford (Massachusetts)
- Schwartz (Louis), Université de Pennsylvanie, Philadelphie
- Seevers (M.), Université du Michigan (pharmacologie), Ann Arbor
- Segal (Mark), Université Dalhousie (pharmacologie), Halifax
- Selkirk (J. F. D.), Service national des libérations conditionnelles, Vancouver

O *Chercheurs contractuels et consultants*

- Seiple (Mary), Commission nationale des libérations conditionnelles, Ottawa
- Senay (Edward C.), Museum of Science and Industry (Drug Abuse Program), Chicago (Illinois)
- Shulgin (Alexander T.), Lafayette (Californie)
- Siegel (Anne), Université de Californie (psychiatrie), Los Angeles
- Sihvon (A. W.), sous-ministre du Bien-être, Regina
- Silver (Daniel), Jewish General Hospital, Montréal
- Sim (Heather), Strathmere, North Gower (Ontario)
- Simms (F. J.), ministère des Services sociaux et de la Rééducation, Saint-Jean (Terre-Neuve)
- Singh (M.), Université de l'Alberta (éducation physique), Edmonton
- Sipper (A.), ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, Londres
- Smart (Reginald G.), Addiction Research Foundation (études psychologiques), Toronto
- Smith (Jean Paul), Institut national de santé mentale (Studies of Narcotic and Drug Abuse), Rockville (Maryland)
- Smith (Roger), Marin Open House, San Raphael, Californie
- Solursh (L. P.), Toronto Western Hospital (psychiatrie)
- SouEIF (M.), Université de Lund (psychologie), Suède
- Spear (H. B.), Home Office, Londres
- Spector (Malcolm), Université McGill (sociologie), Montréal
- Spector (S.), institut Roche de biologie moléculaire, Nutley (New Jersey)
- Spriggs (J. E.), Ministry of Correctional Services (probation et libérations conditionnelles), Toronto
- Stalberg (E.), Uppsala (Suède)
- Stewart (Jane), Université Sir George Williams (psychologie), Montréal
- Stimson (Gerry), Centre de recherche en sociologie médicale, Swansea, Comté de Glamorgan (Pays de Galles)
- Stone (Martha), ministère de la Santé (Protection de la santé), Ottawa
- Street (T. G.), président de la Commission nationale des libérations conditionnelles, Ottawa
- Surprenant (J. R. G.), directeur du secrétariat du Service pénitentiaire canadien, Ottawa
- Susman (Ralph), National Commission on Marihuana and Drug Abuse, Washington (D.C.)
- Suzuki (D.), Université de la Colombie-Britannique (zoologie), Vancouver

*Consultants*

- Tart (Charles T.), Université de Californie (psychologie), Davis
- Taylor (Donald), Université de Southampton (psychologie), Angleterre
- Taylor (L.), Ministry of Correctional Services (probation et libérations conditionnelles), Toronto
- Thompson (Dixon), Université de Calgary (Environmental Design), Alberta
- Thompson (G. R.), sous-ministre adjoint, Ministry of Correctional Services (probation et libérations conditionnelles), Toronto
- Thompson (Z.), Methadone Clinic (Evaluation Committee), Edmonton
- Tomalty (G. L.), Gendarmerie royale du Canada, Ottawa
- Tombaugh (Josephine), Université Carleton (psychologie), Ottawa
- Townsend (Ian), Dawson College, Westmount (Québec)
- Townsend (J. F.), ministère du Solliciteur général (recherches et statistiques), Ottawa
- Truitt (E. B., fils), Battellé Memorial Institute, Columbus (Ohio)
- Turnbull (J. H.), The Royal Military College of Sciences (chimie appliquée), Wilts (Angleterre)
- Tucker (Kitty), National Free Clinic Council, San Francisco (Californie)
- Turner (Carlton), Université du Mississippi, University
- Turner (R. A.), Ministry of Correctional Services (probation et libérations conditionnelles), Toronto
- Unwin (J. Robertson), Allan Memorial Institute, Montréal
- Uppal (J. C.), ancien fonctionnaire de la Commission nationale des libérations conditionnelles, Ottawa
- Verde (Jacques), Paris (France)
- Vik (K. E.), Edmonton
- Wagner (A.), Division de la probation des adultes, Halifax
- Waller (Coy), Université du Mississippi (recherche pharmaceutique), University
- Waller (Irvin), Université de Toronto (criminologie)
- Watt (Alistar W.), Youth Agency, Halifax
- Weppner (Robert S.), NIMH Clinical Research Center, Lexington (Kentucky)
- Whyte (Donald), Université Carleton (sociologie et anthropologie), Ottawa
- Wilkins (C. F.), ministère du Développement social, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest
- Willox (John), British Columbia Borstal Association, Vancouver

**O: Chercheurs contractuels et consultants**

**Wilson (B., fils), California Civil Addict Program (libérations conditionnelles et services communautaires), Los Angeles**

**Wilson (E. V.), ministère de la Santé (Bureau des drogues dangereuses), Ottawa**

**Winslow (Jens), Université de Copenhague (sociologie)**

**Wood (Michael), Southern California Council of Free Clinics, Los Angeles**

**Wood (R. W.), California Rehabilitation Center, Corona**

**Yablonsky (Lewis), California State College, Hayward**

**Yawney (Carol), Williamsford (Ontario)**

**Zijderveld (A.), Université Sir George Williams, Montréal**

## *Les auteurs des mémoires présentés à la Commission*

### ASSOCIATIONS ET ORGANISMES

- Abbotsford Ministerial Association (Colombie-Britannique)
- Activator Society of British Columbia (Vancouver)
- Addiction Research Foundation (Toronto)
- Alberta Association of Students (Edmonton)
- Alberta, ministère de l'Éducation (Edmonton)
- Alberta Pharmaceutical Association (Edmonton)
- Alcohol and Drug Concerns Inc. (Toronto)
- Alcohol-Drug Education Council (Vancouver)
- Alcohol Education Service (Winnipeg)
- Alcoholism and Drug Addiction Foundation of Newfoundland (Saint-Jean)
- Alcoholism Foundation of British Columbia (Vancouver)
- Alcoholism Foundation of Manitoba (Winnipeg)
- Alcoholism Foundation of Prince Edward Island (Charlottetown)
- Alcoholism Rehabilitation Centre (Saskatoon), Saskatchewan
- Alcooliques anonymes (Vancouver)
- Alerte à la drogue (Trois-Rivières), Québec
- Alma Mater Society, Université de Colombie-Britannique (Vancouver)
- Association canadienne des travailleurs sociaux (Ottawa)
- Association canadienne pour la santé mentale (Division de la Colombie-Britannique), Vancouver
- Association canadienne pour la santé mentale (Ottawa)
- Association canadienne pour les Nations unies (Montréal)
- Association des distillateurs canadiens (Ottawa)

## Appendice P

Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada (Ottawa)  
Association des parents catholiques du Québec (Racine), Québec  
Association des psychiatres du Canada (Ottawa)  
Association du barreau canadien (Young Lawyer's Conference), Toronto  
Association médicale canadienne (Ottawa)  
Association pharmaceutique canadienne (Toronto)  
Beta Hi-Y, YMCA (Halifax)  
Bible Holiness Mission (Vancouver)  
B'nai B'rith Women, district 221 (Montréal)  
Board of School Commissioners, Special Services Department (Halifax)  
British Columbia Parent-Teacher Federation (Vancouver)  
British Columbia Pharmaceutical Association (Vancouver)  
British Columbia Special Counsellors Association (Vancouver)  
Calgary Public School Board  
Canadian Barristers' Association, Alberta Division, Junior Bar Section,  
Calgary  
Canadian Civil Liberties Association, New Brunswick Chapter, Fredericton  
Canadian Council of Young Drivers, Toronto  
Canadian Federation on Alcohol Problems (Toronto)  
Canadian Home and School and Parent-Teacher Federation, Drug  
Education Committee, Toronto  
Canadian League of Rights, British Columbia Branch (Vancouver)  
Canadian Student Liberals (Toronto)  
Cegep de Sherbrooke, service aux étudiants (Québec)  
Centre d'accueil pour les alcooliques et autres toxicomanes, Shawinigan  
(Québec)  
Centre d'orientation (Montréal)  
Charlottetown Inter-Faith Group and the Priests' Senate of the Diocese of  
Charlottetown  
Charlottetown Jaycees  
Charlottetown Public School Board  
Charlottetown School Principals  
Children's Aid Society (Vancouver)  
Christian Reformed Church, Ladies Society (Ottawa)  
Church of Jesus Christ Latter-Day Saints (Etobicoke), Ontario

*Les auteurs des mémoires présentés à la Commission*

Civic Committee on Drugs (Windsor), Ontario  
Civil Liberties Association of British Columbia (Vancouver)  
Clinique de l'enfant et de la famille (Montréal)  
Clinique de réadaptation pour alcooliques (Pointe-du-Lac), Québec  
Club Kiwanis du Lac Saint-Louis (Montréal)  
CODA Inter-Service Club Council (Kingston), Ontario  
Collège des pharmaciens de la province de Québec (Montréal)  
College of Physicians and Surgeons of British Columbia (Vancouver)  
Commission des écoles catholiques de Montréal, section anglaise  
Committee on the Misuse of Drugs and Narcotics, Human Resources Development Authority (Edmonton)  
Committee Representing Youth Problems of Today (CRYPT), Winnipeg  
Community Services Organization, St. Paul's Avenue Road United Church (Toronto)  
Community Welfare Planning Council (Winnipeg)  
Conférence des jeunes avocats de l'Alberta, L'Association du barreau canadien (Calgary)  
Congrès du travail du Canada (Ottawa)  
Conseil canadien de la réadaptation (Ottawa)  
Conseil canadien du bien-être (Montréal)  
Conseil des écoles séparées catholiques romaines des comtés de Dufferin et Peel (Ontario)  
Conseil national des femmes du Canada (Ottawa)  
Council on Drug Abuse (Toronto)  
Crisis Centre and House of Dawn Hostel (Regina)  
Dames Champlain, Habitation Marguerite d'Youville, Fort-Coulonge (Québec)  
Dawson College (Westmount)  
Département de Pharmacologie, Université Laval (Québec)  
Drogue-Secours (Montréal)  
Drop-In Centre, Thunder Bay (Ontario)  
Drug Advisory Council, Université de Calgary  
Drug Alert Committee (Edmonton)  
Drug Habituation Committee, British Columbia Medical Association (Vancouver)  
Drug Information Centre (Calgary)

Appendice P

- Drug Information Centre, Thunder Bay (Ontario)
- Drug Sub Committee, Policy Committee of the Toronto and District Liberal Association
- Eastview Secondary School, Business Education Department (Barrie), Ontario
- Edmonton and District Council of Churches, Social Action Committee  
Edmonton Public School Board
- Éducation anti-alcoolique et services communautaires, ministère de la Santé et du Bien-être, Saint-Jean (Nouveau-Brunswick)
- Elizabeth Fry Society, Kingston (Ontario)
- Elizabeth Fry Society, section de Toronto
- Elizabeth Fry Society of British Columbia, Social Action Committee (Vancouver)
- Environmental Health Laboratory (Winnipeg)
- Federated Women's Institutes of Canada, Tupperville (Nouvelle-Écosse)
- Fédération des Unions de Familles Inc. (Montréal)
- First Baptist Church Social Action Committee (Edmonton)
- First Portsmouth Cub and Scout Group, Kingston (Ontario)
- First United Church, Port Alberni (Colombie-Britannique)
- Fondation Spera, Rawdon (Québec)
- Fortune Society of Canada, section de Winnipeg
- Gendarmerie royale du Canada (Ottawa)
- Greater Kamloops Chamber of Commerce (Colombie-Britannique)
- Greater Moncton Committee on Non-Medical Use of Drugs
- Greater Vancouver Youth Communications Centre (Cool-Aid)
- Greater Victoria Association on Alcoholism
- Greater Victoria School Board, Special Education Services Group (The), Saint-Jean (Nouveau-Brunswick)
- Halifax Youth Communications Clinic
- Halifax Youth Communications Society
- Hamilton Academy of Medicine (Ontario)
- Hamilton Conference of the United Church of Canada, Kitchener (Ontario)
- Hamilton Local Council of Women (Ontario)
- Hamilton Presbyterian United Church Women (Ontario)
- Heads and Hands (Montréal)
- Hoffmann-LaRoche Ltée (Montréal)

*Les auteurs des mémoires présentés à la Commission*

- Hope Reformed Church (Vancouver)
- Howe Sound Citizens' Committee, Squamish (Colombie-Britannique)
- Humanist Association of Canada (Montréal)
- Humanist Association of Ottawa
- Île-du-Prince-Édouard, Département du Procureur général (Charlottetown)
- Île-du-Prince-Édouard, ministère de l'Éducation et de la Justice (Charlottetown)
- Information Troupe (Toronto)
- Institut canadien de recherches sur la paix, Oakville (Ontario)
- Institut de cardiologie de Québec, Université Laval (Québec)
- Inter-Service Club Council, Kiwanis Club of Kingston, Operation Drug Alert (Ontario)
- Jaycettes, Delta (Colombie-Britannique)
- Jeune Chambre de Trois-Rivières Inc. (Québec)
- Jewish Family and Child Service of Metropolitan Toronto Trailer Project
- Jewish General Hospital, Institute for Family and Community, Department of Psychiatry (Montréal)
- John Howard Society of British Columbia (Vancouver)
- John Howard Society of Ontario (Toronto)
- Kangaroo Court, Willowdale (Ontario)
- Kiwanis Club of Edmonton
- Kiwanis Club of Stamford Inc., Operation Drug Alert Program Inc. (Niagara Falls), Ontario
- Kiwanis Ontario-Québec-Maritime (and Carribean) District, Caso Loma (Toronto)
- Knights of Columbus, Charlottetown Council n° 824
- Knox-Metropolitan United Church Women (Regina)
- Knox United Church, Agincourt (Ontario)
- La Commission interministérielle de la toxicomanie au Nouveau-Brunswick (Fredericton)
- Law Students' Association, Faculté de droit, Université de Colombie-Britannique (Vancouver)
- Le Conseil des écoles séparées catholiques d'Ottawa
- Legalize Marihuana Committee, London (Ontario)
- Local Council of Women of Toronto (Willowdale)
- London Board of Education, Research Division (Ontario)

## Appendice P

- Manitoba Association for Children with Learning Disabilities (Winnipeg)
- Manitoba Medical Association, Committee on Drug Abuse (Winnipeg)
- Manitoba Psychiatric Association (Winnipeg)
- Mayor's Committee on Youth (Ottawa)
- McGill University Health Service (Montréal)
- Memorial University, The Students' Union, Committee on Drugs, Saint-Jean (Terre-Neuve)
- Mental Health Clinic, Saint-Jean ouest (Nouveau-Brunswick)
- Merri-Go-Round, Youth Group (Halifax)
- Ministère du Solliciteur général du Canada (Ottawa)
- Mississauga St. Patrick's Catholic Women's League (Ontario)
- Mississauga University Women's Club (Ontario)
- Montreal YMCA
- Moose Jaw Council of Women (Saskatchewan)
- Mouvement des femmes chrétiennes, paroisse Ste-Famille, Sherbrooke (Québec)
- Municipality of the District of Digby, Digby (Nouvelle-Écosse)
- Mysterious East (Fredericton)
- Nanaïmo Youth Crisis Centre (Colombie-Britannique)
- Narcotic Addiction Foundation of British Columbia (Vancouver)
- National Council of Jewish Women of Canada (Vancouver)
- National Parent-Youth Alert Inc. (Ottawa)
- New Brunswick Federation on Alcohol Drug Problems (McAdam)
- New Brunswick Pharmaceutical Association, Drug Abuse Program (Rothesay)
- New Brunswick Teachers' Association (Fredericton)
- Newfoundland Medical Association (Saint-Jean)
- Newfoundland Pharmaceutical Association (Saint-Jean)
- Newfoundland Teachers' Association (Saint-Jean)
- New Glasgow United Church Women (Charlottetown)
- Niagara Falls (Ville de), Ontario
- Northland Presbytery, Manitoba Conference, The United Church of Canada (Lynn Lake)
- North Shore Unitarian Church, Social Action Committee (Vancouver-Nord)
- North Toronto Youth Project
- Nouvelle-Écosse, ministère de l'Éducation (Halifax)

*Les auteurs des mémoires présentés à la Commission*

Nouvelle-Écosse, ministère du Bien-être (Halifax)  
Nova Scotia Federation of Home and School Associations (Truro)  
Nova Scotia Task Force on the Non-Medical Use of Drugs (Halifax)  
Office de la prévention et du traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies (OPTAT), Québec  
Office national du film (Ottawa)  
Ontario, ministère de l'Éducation (Toronto)  
Ontario Federation of Home and School Associations (Ottawa)  
Ontario Medical Association (Toronto)  
Ontario Progressive Conservative Student Association (Toronto)  
Ontario Provincial Council of Women (Toronto)  
Operation Crime Check (Montréal)  
Ottawa-Carleton Committee on Drug Abuse, Ottawa Board of Education  
Ottawa United Church Women  
Oxford Presbytery (Ontario), United Church of Canada (Toronto)  
Parents Anonymous of British Columbia (Vancouver)  
Parents Anonymous of Vancouver (Vancouver-Nord)  
Parents of Drug Abusers, Kingston (Ontario)  
Parti libéral du Canada (Québec), Commission politique (Beaconsfield)  
Peel County Task Force on Drugs, Cooksville (Ontario)  
Peel County Task Force on Drugs, Port Credit (Ontario)  
Penny Farthing Victorian Coffee House (Toronto)  
Penticton Parents' Anonymous (Vancouver)  
People's Youth Clinic (Montréal)  
Pharmaceutical Association of the Province of British Columbia (Vancouver)  
Police de Montréal, section de l'aide à la jeunesse  
Premier's Task Force (Charlottetown)  
Presbyterian Church in Canada, Board of Evangelism and Social Action, Don Mills (Ontario)  
Prescription Services Incorporated, Windsor (Ontario)  
Primrose Conservative League of British Columbia (Vancouver)  
Prince Edward Island Federation of Home and School Associations (Charlottetown)  
Prince Edward Island Federation of Labour (Charlottetown)  
Prince Edward Island Nurses Association (Charlottetown)  
Probation Officers' Association of Ontario (Toronto)

Protestant School Board of Greater Montreal  
Provincial Council of Women of British Columbia (Vancouver)  
Provincial Council of Women of Edmonton  
Provincial Council of Women of Ontario (Toronto)  
Quakers (Western Half-Yearly Meeting of Friends), Argenta (Colombie-Britannique)  
Radicals for Capitalism (Toronto)  
Regina Board of Education  
Regina Special Committee on New Approaches to Drug Abuse  
Riverside United Church (Ottawa)  
Rochdale College Board of Directors (Toronto)  
Saint Andrew's River Heights, United Church of Canada (Winnipeg)  
Saint Andrew's United Church Women (Edmonton)  
Saint John District Council of Home and School Associations (Nouveau-Brunswick)  
Saint John Medical Society (Nouveau-Brunswick)  
Saint John School Board (Nouveau-Brunswick)  
Saint Lawrence College (Québec)  
Saint Thomas University Students' Council (Fredericton)  
Salvation Army (Toronto)  
Sargent Park Home and School Association (Winnipeg)  
Saskatchewan Association of Social Workers (Saskatoon)  
Saskatchewan, ministère du Procureur général (Regina)  
Saskatchewan Federation of Home and School Associations (Regina)  
Saskatchewan Hospital (North Battleford)  
Saskatchewan Hospital Auxiliaries Association (Shellbrook)  
Saskatchewan (Province de), Regina  
Saskatchewan Provincial Council of Women (Regina)  
Scarborough Don Mills Inter Church Committee on Drug Abuse (Ontario)  
School of Social Work, University of Windsor (Ontario)  
Scouts du Canada, section de Kingston (Ontario)  
Social Action Committee, First Baptist Church (Edmonton)  
Social Planning Council of Metropolitan (Toronto)  
Société canadienne de criminologie (Ottawa)  
South Shore Protestant Regional School Board, Saint-Lambert (Québec)

Squamish District Council, City Hall (Colombie-Britannique)  
Student Counselling Services, Université de l'Alberta (Edmonton)  
Students' Council of Carleton University (Ottawa)  
Students Union, University of Saskatchewan (Regina)  
Study of Non-Medical Use of Drugs Committee, Hamilton and District Council of Women (Ontario)  
Sudbury YMCA (Ontario)  
Sûreté municipale de la Ville de Montréal  
Swift Current Local Council of Women (Saskatchewan)  
Swift Current Ministerial Association (Saskatchewan)  
Tell-It-As-It-Is, conseil d'administration (Montréal)  
Temple Rodeph Shalom, Social Concern Committee (Montréal)  
Thirteenth Floor Cooperative, Community for Participants of the Utopian Research Institute, Rochdale College (Toronto)  
Thomas Merton Clinic, Magog (Québec)  
Toc Alpha, Don Mills (Ontario)  
Toronto and District Liberal Association  
Toronto Board of Education  
Toronto (Conseil municipal de)  
Toronto Free Youth Clinic  
Toronto Stake of the Church of Jesus Christ of the Latter-Day Saints, Etobicoke (Ontario)  
Travailleurs sociaux de la Mauricie, La Tuque (Québec)  
Trust, Edmonton Youth Emergency Society  
Unitarian Service Commission (Charlottetown)  
United Church of Canada, Board of Evangelism and Social Service (Toronto)  
University Chaplains' Association, Université de Calgary  
University Women's Club of North York (Toronto)  
University Women's Club (Victoria)  
Vancouver Board of Trade  
Vancouver City Police Department  
Vancouver District Women's Christian Temperance Union  
Vancouver Inner-City Service Project  
Vancouver Jaycettes  
Vancouver (Ville de)

## Appendice P

Victoria Free Clinic

Victoria Youth Council

Voix des femmes (La), Nanaïmo (Colombie-Britannique)

Voix des femmes (La), Victoria

Wesleyan Methodist Church of America in Canada, Trenton (Ontario)

West Island Social Action Committee, Youth Clinic (Montréal)

West Point Grey Liberal Policy Committee, Quadro Constituency Association (Vancouver)

Women's Christian Temperance Union (Winnipeg)

Women's Christian Temperance Union of British Columbia (Victoria)

Women's Institute of Prince Edward Island (Charlottetown)

X-Kalay Foundation Society (Vancouver)

YM-YWCA Drop-In Centre (Ottawa)

Young Men's Christian Association (Halifax)

Young Men's Christian Association, Committee on Youthful Drug Use, Hamilton (Ontario)

Young Men's Christian Association, Board of Directors (Montréal)

Young Women's Christian Association of Canada (Toronto)

## PARTICULIERS

Aimers (John L.), Jeunesse progressiste conservatrice du Québec (Montréal)

Aldous (J. G.), Université Dalhousie (Halifax)

Amaron (Robert), Renfrew (Ontario)

Anderson (R. L.), Université de l'Alberta (Edmonton)

Arenson (Kenneth), Winnipeg

Asselstine (R. N. Asta), Winnipeg

Assimi (A.), Université Lakehead, Thunder Bay (Ontario)

Astin (M.), New-Westminster (Colombie-Britannique)

Banik (Sambhu N.), hôpital universitaire (Saskatoon), Saskatchewan

Banville (R.), Sept-Îles (Québec)

Barclay (J. F.), Université de l'Alberta (Edmonton)

Baron (Jonathan), Université McMaster, Hamilton (Ontario)

Barootes (E. W.), Regina (Saskatchewan)

*Les auteurs des mémoires présentés à la Commission*

- Beach (Horace D.), Université Dalhousie (Halifax)
- Beaulieu (Claude), professeur, Université du Québec (Montréal)
- Bennett (Peter), Alcoholism Committee of Saskatchewan (Regina)
- Bennett (Wayne), Regina (Saskatchewan)
- Bertrand (Elzéar), lieutenant de la Police municipale (Québec)
- Blewett (Duncan), Regina (Saskatchewan)
- Boddie (Charles), Université Memorial de Terre-Neuve (Saint-Jean)
- Boden (le Rév. Robert), Church of the Nazarene (Fredericton)
- Boyce (Murray), University of Western Ontario (London)
- Brady (John), University of Western Ontario (London)
- Brand (Robert H.), Burlington (Ontario)
- Briggs (Robert), Université Queen, Kingston (Ontario)
- Bruce (R.), conseiller en orientation, Scarborough (Ontario)
- Buckner (T.), professeur, Université Sir George Williams (Montréal)
- Burditt (A. M.), Saint-Jean (Nouveau-Brunswick)
- Burke (H. C.), Université Mount Allison, Sackville (Nouveau-Brunswick)
- Burton (le Rév. A. J.), Edith Avenue United Baptist Church, Saint-Jean (Nouveau-Brunswick)
- Butler (Phillip), Vancouver
- Campbell (Brian), Vancouver
- Cargo (John), Université McMaster, Hamilton (Ontario)
- Caron (Fernand), Université du Québec (Trois-Rivières)
- Carter (Robert E.), Université Sir George Williams (Montréal)
- Cashen (M. I.), Ottawa
- Cathcart (L. M.), Université de Colombie-Britannique (Vancouver)
- Cayouette (Richard), ministère de l'Agriculture et de la Colonisation (Québec)
- Chalmers (N. A.), c.r., ministère fédéral de la Justice (Toronto)
- Chapman (Bruce), Université Mount Allison, Sackville (Nouveau-Brunswick)
- Chiles (Vernon K.), Sarnia Pharmacy, Sarnia (Ontario)
- Christie (Norma), c.r., ministère fédéral de la Justice (Vancouver)
- Christopherson (C. J.), Vancouver
- Clarkson (Reginald), Victoria
- Clarkson (Steven), professeur, Université de Toronto
- Clement (Wilfrid C.), Toronto

- Cloud (Jonathan), professeur, Université York, Downsview (Ontario)
- Cody (Howard), Vancouver
- Cohen (M.), Children's Hospital, Buffalo (New York)
- Cohen (S.), Regina (Saskatchewan)
- Colby (Dennis), Toronto
- Cook (David), Université de l'Alberta (Edmonton)
- Cook (Shirley J.), Université de Toronto
- Copley (D. R.), Markham (Ontario)
- Corey (Margaret), Université Dalhousie (Halifax)
- Cornil (Paul), professeur, Université de Montréal
- Could (Rebecca), Sackville High School (Nouveau-Brunswick)
- Coulombe (Roland), Montréal
- Craig (David), Edmonton
- Crawford (Brian), Sackville (Nouveau-Brunswick)
- Cundill (G.), Calgary
- Cunningham (Kenneth), Confederation College, Thunder Bay (Ontario)
- Danis (Armand), Wesgate High School, Thunder Bay (Ontario)
- Davidson (Robert), Université de l'Alberta (Edmonton)
- Decarie (M. G.), professeur, Université de l'Île-du-Prince-Édouard (Charlottetown)
- Delaney (J. A.), coroner de Fredericton
- Dessureault (Jacques), professeur, Université du Québec (Trois-Rivières)
- Devlin (Terry), Vancouver
- Donovan (Greg), Nova Scotia Youth Agency (Halifax)
- Douyon (Emerson), professeur, Université de Montréal
- Dunlop (Michael), Vancouver
- Dunsworth (F. A.), Halifax
- Ellenberger (Henri F.), Université de Montréal
- Evans (Phyllis), Rexdale (Ontario)
- Falardeau (Jacques), professeur, Université du Québec (Trois-Rivières)
- Fattah (M. E.), professeur, Université de Montréal
- Faulkner (John), Edmonton
- Fenske (le Rév. T.), ministère de la Défense nationale (Halifax)
- Flight (Harvey), pharmacien, Saint-Jean (Terre-Neuve)
- Floyd (M. et M<sup>re</sup> Stan), Université de Colombie-Britannique (Vancouver)

*Les auteurs des mémoires présentés à la Commission.*

- Forestell (Francis), ministère de la Justice (Fredericton)
- Foulks (James G.), Université de Colombie-Britannique (Vancouver)
- Fowells (Gavin), Ottawa
- Frank (George B.), Université de l'Alberta (Edmonton)
- Freedman (Bernard), Saint-Jean (Nouveau-Brunswick)
- Gagné (Denis), Université de Montréal
- Gagnon (Claude), Institut des études médiévales, Université de Montréal
- Gander (Lea), Ottawa
- Gaussiran (Michel), Université de Montréal
- Ghan (Leonard), Regina (Saskatchewan)
- Gibseghen (Hubert), Centre d'orientation (Montréal)
- Golden (Allan), Windsor (Ontario)
- Gordon (John M.), Peterborough (Ontario)
- Grant (Sydney), Fredericton
- Green (B.), Toronto
- Grindstaff (Carl), University of Western Ontario (London)
- Grossman (Brian), professeur, Université McGill (Montréal)
- Gurevich (Howard), Winnipeg
- Gustin (Ann), Université de Saskatchewan (Regina)
- Hagen (Derek L.), Fredericton
- Hall (Dorothy), Vancouver
- Hansen (E. S.), Université Acadia, Wolfville (Nouvelle-Écosse)
- Hastie (J.), conseiller en orientation, Willowdale (Ontario)
- Hatfield (Richard), Fredericton
- Hawboldt (L. S.), Halifax
- Henderson (Harry), Charlottetown
- Henley (Steve), Saint-Jean (Terre-Neuve)
- Herren (Steven), Université de Saskatchewan (Regina)
- Hill (J.), Vancouver
- Hill (Terry), Toronto
- Hoffer (A.), Saskatoon (Saskatchewan)
- Holland (le Rév. D.), Gonzaga High School, Saint-Jean (Terre-Neuve)
- Hoskin (H. F.), Vancouver
- Howell (Sheila), Kingston (Ontario)
- Jamha (Roy), Edmonton

Appendice P

- Jamieson (W. R. E.), Fredericton
- Jobson (K. B.), Université Dalhousie (Halifax)
- Jones (R. C.), Department of Social Development (Edmonton)
- Julien (M.), professeur, Université de l'Alberta (Edmonton)
- Kirkham (Tim), Penticton (Colombie-Britannique)
- Kitz (Leonard), c.r., Halifax
- Kositsky (J.), Winnipeg
- Kuropatwa (Ralph), Winnipeg
- Kushner (Wilkie), Halifax
- Lake (B. U.), Ottawa
- Lalonde (Pierre), Université de Montréal
- Lambert (Dave), Fredericton
- Lamrock (Leonard), Université Mount Allison, Sackville (Nouveau-Brunswick)
- Landry (L. P.), c.r., ministère de la Justice (Montréal)
- Languirand (Jacques), Westmount
- LaPointe (John), Toronto
- Lapointe-Michaud (Blanche), Ottawa
- Laud (J. H.), Vancouver
- Lavery (S. G.), professeur, Alcoholism and Addiction Research Foundation of Ontario (Kingston)
- LeBel (Bernard), Université de Montréal
- LeBlanc (J.), clinique de réadaptation pour alcooliques, Pointe-du-Lac (Québec)
- Lee (Terry), Université McMaster, Hamilton (Ontario)
- Leon (Wolf), ministère provincial de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard (Charlottetown)
- Leslie (David F.), Vancouver
- Lévesque (Blandine), Hôpital du Christ-Roi (Québec)
- Levin (George), Université Mount Allison, Sackville (Nouveau-Brunswick)
- Levine (Saul), Hospital for Sick Children (Toronto)
- Lewis (W. G.), Harrow (Ontario)
- Linde (Gary), Université de Colombie-Britannique (Vancouver)
- Ling (George), Université d'Ottawa
- Lorimer (R. M.), Université Simon Fraser, Burnaby (Colombie-Britannique)
- Love (D.), Calgary

*Les auteurs des mémoires présentés à la Commission*

- Low (Kenneth), professeur (Calgary)  
Luka (Leslie B.), Don Mills Collegiate Institute (Ontario)  
Lundell (F. W.), Montréal  
Lynch (Thomas), London (Ontario)  
Lyon (Israel), Université du Manitoba (Winnipeg)  
MacGill (Neil W.), Université du Nouveau-Brunswick (Fredericton)  
MacKenzie (K. R.), professeur, Université de Calgary (Alberta)  
MacLean (le Rév. Ian), United Church of Canada (Fredericton)  
Macneill (Isabel), Mill Village, Comté de Queen (Nouvelle-Écosse)  
Mahaffy (Bry David), Ottawa  
Mahoney (Michael), Kingston (Ontario)  
Malloy (le Frère Kevin), Brother Rice High School, Saint-Jean (Terre-Neuve)  
Mansfield (N.), Vancouver  
Marier (Gérard), professeur, Université du Québec (Trois-Rivières)  
Martin (Douglas), Toronto  
Mason (Ian), Université de Toronto  
McAlister (Alexander), Toronto  
McAmmond (D.), professeur, Université de Calgary (Alberta)  
McBay (T. P.), Vancouver  
McCuaig (le Rév. Malcolm), Church of St. James (Charlottetown)  
McDonald (Angus), Clarke Institute of Psychiatry (Toronto)  
McDonald (Brian R.), Edmonton  
McDonald (Lynn), Université McMaster, Hamilton (Ontario)  
McGaw (David), Fredericton  
McKillop (D. B.), Thunder Bay (Ontario)  
McLaughlin (Donald R.), Montréal  
McLeod (Illette), Vancouver  
McLeod (Neil), Fort William Clinic, Thunder Bay (Ontario)  
McRae (E. D.), Vancouver  
McWhirter (K. G.), Edmonton  
Mechoulam (Raphael), Université hébraïque de Jérusalem (Israël)  
Medill (James), Surrey (Colombie-Britannique)  
Meehan (Michael R.), procureur fédéral, district de Sudbury (Ontario)  
Milton (P. B.), Saint-Jean (Nouveau-Brunswick)

- Mitchell (Ellen), St. John Fisher Church, Bramalea (Ontario)
- Moghadam (Hossein K.), Université de Toronto
- Moore (M<sup>me</sup> Gerald), Truro (Nouvelle-Écosse)
- Morin (Yves), Institut de cardiologie du Québec (Québec)
- Morley (Gregory), professeur, University of Western Ontario (London)
- Morrison (William), Université de Winnipeg
- Morton (A.), Nova Scotia Mental Hospital (Dartmouth)
- Mouledoux (Joseph), professeur, Université Sir George Williams (Montréal)
- Mountenay (Donald), Regina (Saskatchewan)
- Munro (Robert), London (Ontario)
- Munroe (I. A.), Dean of Women, Université de l'Alberta (Edmonton)
- Murray (David), Stoney Creek (Ontario)
- Naidu (S. B.), Université de Moncton (Nouveau-Brunswick)
- Nash (John C.), Université de Waterloo (Ontario)
- Neamta (Gertrude), Montréal
- Nelson (Sally), Montréal
- Nevin (W. H.), Vancouver-Nord
- Newton-Smith (Richard et Sheila), Windsor (Ontario)
- Nicholson (Jack), Charlottetown
- Nickerson (Mark), Université McGill (Montréal)
- Nixon (Gary), Vancouver
- Norman (Charles), Winnipeg
- Ogden (Frank), Montréal
- Olsson (M<sup>me</sup> Staig), Saint-Jean (Nouveau-Brunswick)
- Page (Harold J.), Victoria
- Paterson (J. Craig), University of Western Ontario (London)
- Pearce (K. I.), Université de Calgary
- Pelletier (D.), Montréal
- Peltier (Louis L., fils), Thunder Bay (Ontario)
- Pendergast (le Rév. Arthur J.) Saint Lawrence College (Québec)
- Penner (Rolland), professeur, Université du Manitoba (Winnipeg)
- Peters (Kenneth Gordon), Education Resources Centre, Sudbury (Ontario)
- Phillips (D. L.), Victoria
- Pinard (Pierre), Trois-Rivières (Québec)

*Les auteurs des mémoires présentés à la Commission*

- Pitts (le Rév. F. J. H.), Christ Anglican Church, Kitchener (Ontario)
- Poliquin (J. J.), Trois-Rivières (Québec)
- Porter (James), professeur, Université York (Toronto)
- Potts (Lynda), Windsor (Ontario)
- Pownall (M. et M<sup>me</sup> Steve), Windsor (Ontario)
- Radouco-Thomas (C. et S.), Université Laval (Québec)
- Rakoff (Vivian), Clark Institute of Psychiatry (Toronto)
- Reed (Jerry), Vancouver
- Reich (Carl J.), Calgary
- Reiffenstein (R. J.), professeur, Université de l'Alberta (Edmonton)
- Richardson (D. W.), Université Queen, Kingston (Ontario)
- Richmond (R. E. G.), ministère du Solliciteur général (Vancouver)
- Rittenhouse (J. E.), Vancouver
- Robertson (A. H.), professeur, Université du Nouveau-Brunswick (Fredericton)
- Robins (Lee), Université Washington, Saint-Louis (Missouri)
- Roper (Peter), Montréal
- Ross (Daniel), University of Western Ontario (London)
- Ross (Peter), Sherbrooke (Québec)
- Rothwell (A.), Calgary
- Roxburgh (P.), Université de Calgary
- Rush (G. B.), professeur, Université Simon Fraser (Vancouver)
- Rutman (Leonard), professeur, Université de Winnipeg
- Ryan (H. R. Stuart), professeur, Université Queen, Kingston (Ontario)
- Samuels (Jeffrey), Université York (Toronto)
- Saulnier (Maurice), Collège de Maisonneuve (Montréal)
- Schafer (Reuben), Toronto
- Schlegel (R. P.), professeur, Université de Windsor (Ontario)
- Schumiatcher (Morris C.), c.r., Regina (Saskatchewan)
- Schwarz (Conrad J.), Université de Colombie-Britannique (Vancouver)
- Scott (George), Canadian Penitentiary Service, Kingston (Ontario)
- Segal (Mark), Université Dalhousie (Halifax)
- Sharpe (Robin), Vancouver
- Shaw (Ellen), Richmond (Colombie-Britannique)

Appendice P

- Shragge (Sherve), Regina (Saskatchewan)  
Shuster (Bernard), Montréal  
Siegel (Ronald K.), Université Dalhousie (Halifax)  
Silverman (Saul), Université de l'Île-du-Prince-Édouard (Charlottetown)  
Simss (Thomas M.), Université Saint Thomas (Fredericton)  
Simons (Sidney), c.r., Vancouver  
Skirrow (J.), professeur, Université de Calgary  
Slaughnwhite (Bradley), Sackville High School (Nouveau-Brunswick)  
Smith (G. Brian), Sackville (Nouveau-Brunswick)  
Smith (M. et M<sup>me</sup> Newton), Windsor (Ontario)  
Solomon (David), professeur, Université York (Toronto)  
Solursh (L. P.), Toronto General Hospital  
Solway (Jeff), Downsview (Ontario)  
Spector (Malcolm), Université McGill (Montréal)  
Spellman (J. W.), Université de Windsor (Ontario)  
Stein (Allan), Spruce Grove (Alberta)  
Stein (Samuel), Jewish General Hospital (Montréal)  
Steinhart (James), pharmacien (Ottawa)  
Stennet (R. G.), Addiction Research Foundation, London (Ontario)  
Suthers (D.), Burlington (Ontario)  
Suzuki (D.), Université de Colombie-Britannique (Vancouver)  
Szabo (Denis), Université de Montréal  
Taylor (G.), Calgary  
Thérien (Marcel M.), Trois-Rivières (Québec)  
Thompson (Lloyd), Saskatoon (Saskatchewan)  
Thurlow (John), University of Western Ontario (London)  
Timovrian (J. G.), Université de l'Alberta (Edmonton)  
Topping (C. W.), professeur, Université de Colombie-Britannique (Vancouver)  
Trivett (le Rév D. F. L.), aumônier anglican, Université Dalhousie (Halifax)  
Trottier (Michel), Clinique pour l'aide à l'enfance (Québec)  
Tylke (Donald H.), Toronto  
Unwin (J. Robertson), Allan Memorial Institute (Montréal)  
Upfold (Michael), Université McMaster, Hamilton (Ontario)  
Vikander (Nils), professeur, Université Saint Thomas (Fredericton)

*Les auteurs des mémoires présentés à la Commission*

Villeneuve (André), Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï (Québec)  
Voft (Ruth), Regina (Saskatchewan)  
Wachna (Anthony), Windsor (Ontario)  
Walker (Eddy), Winnipeg  
Watt (Donna), Vancouver  
Watt (F. B.), Ottawa  
Watt (James W.), Sarnia Pharmacy, Sarnia (Ontario)  
Wayman (Ted), Fredericton  
Westmiller (W. J.), Kingston (Ontario)  
Weston (le Rév. Hugh), Saskatoon (Saskatchewan)  
Whealy (Arthur), Toronto  
Whitehead (Paul C.), professeur, Université Dalhousie (Halifax)  
Whitney (Beverley), London (Ontario)  
Wilson (Ray), Université McMaster, Hamilton (Ontario)  
Wilson (S. L.), Sackville (Nouveau-Brunswick)  
Wood (J. K.), Saskatoon (Saskatchewan)  
Wood (John N.), Saint-Jean (Terre-Neuve)  
Wright (Jane E.), Toronto  
Wybranowska (A. M.), Vancouver  
Wyrwal (John), Kitchener (Ontario)  
Yeudall (Lorne), Université de l'Alberta (Edmonton)  
Yonge (Keith), Edmonton (Alberta)  
Zlotkin (N. K.), Toronto

Appendice Q

*Audiences publiques de la Commission*

<b>TORONTO</b>	St. Lawrence Hall	16 octobre 1969
	Université York	16 octobre 1969
	St. Lawrence Hall	17 octobre 1969
	Hart House	17 octobre 1969
	Penny Farthing Coffee House	17 octobre 1969
	St. Lawrence Hall	18 octobre 1969
<b>VANCOUVER</b>	Queen Elizabeth Playhouse	30 octobre 1969
	Hôtel Vancouver	30 octobre 1969
	Queen Elizabeth Playhouse	31 octobre 1969
	Université de la Colombie-Britannique	31 octobre 1969
	Bistro Coffee House	31 octobre 1969
<b>VICTORIA</b>	City Hall Council Chambers	1 <sup>er</sup> novembre 1969
<b>MONTREAL</b>	Hôtel Reine Elizabeth	6 novembre 1969
	Université McGill	6 novembre 1969
	Université de Montréal	6 novembre 1969
	Hôtel Reine Elizabeth	7 novembre 1969
	Université Sir George Williams	7 novembre 1969
	Back Door Coffee House	7 novembre 1969
	Hôtel Reine Elizabeth	8 novembre 1969
<b>WINNIPEG</b>	Édifice Norquay	13 novembre 1969
	Université du Manitoba	13 novembre 1969
	Édifice Norquay	14 novembre 1969
	Civic Auditorium	14 novembre 1969
	Université de Winnipeg	14 novembre 1969
<b>OTTAWA</b>	Bibliothèque nationale	12 décembre 1969
	Université d'Ottawa	12 décembre 1969
	Université Carleton	12 décembre 1969
	Bibliothèque nationale	13 décembre 1969

Appendice Q

HALIFAX	Lord Nelson Hotel	29 janvier 1970
	Queen Elizabeth Auditorium	29 janvier 1970
	Lord Nelson Hotel	30 janvier 1970
	Université Dalhousie	30 janvier 1970
SAINT-JEAN (TERRE- NEUVE)	Newfoundland Hotel	31 janvier 1970
	Université Memorial	31 janvier 1970
FREDERICTON	Lord Beaverbrook Hotel	19 février 1970
	Université du Nouveau-Brunswick	19 février 1970
MONCTON	Harrison Trimble High School	20 février 1970
	Université de Moncton	20 février 1970
SACKVILLE	Université Mount Allison	20 février 1970
CHARLOTTE- TOWN	Centennial Centre	21 février 1970
	Université de l'Île-du-Prince-Édouard	21 février 1970
KINGSTON	Hôtel de Ville	5 mars 1970
	Université Queen	5 mars 1970
QUÉBEC	Château Frontenac	3 avril 1970
	Université Laval	3 avril 1970
	Cegep de Limoilou	3 avril 1970
	Château Frontenac	4 avril 1970
REGINA	Hôtel Saskatchewan	9 avril 1970
	Université de la Saskatchewan	9 avril 1970
SASKATOON	Centennial Centre	10 avril 1970
	Université de la Saskatchewan	10 avril 1970
CALGARY	The Calgary Inn	16 avril 1970
	Université de l'Alberta	16 avril 1970
SUDBURY	Bibliothèque municipale	7 mai 1970
THUNDER BAY	Royal Edward Hotel	8 mai 1970
EDMONTON	Bibliothèque municipale	17 avril 1970
	Student Union, Université de l'Alberta	17 avril 1970
HAMILTON	Board of Education Building	14 mai 1970
	Board of Education Building	15 mai 1970
LONDON	Shamrock Room, Hôtel London	22 mai 1970
	Bibliothèque municipale	22 mai 1970

*Audiences publiques de la Commission*

WINDSOR	Hôtel de Ville	23 mai 1970
TROIS- RIVIÈRES	Cegep	15 octobre 1970
	Université du Québec	15 octobre 1970
	Auditorium du Séminaire	15 octobre 1970
SHERBROOKE	Cegep	16 octobre 1970
	Université de Sherbrooke	16 octobre 1970
	Hôtel Wellington	16 octobre 1970
LENNOXVILLE	Université Bishop	17 octobre 1970
HALIFAX	Queen Elizabeth High School	23 octobre 1970
SAINT-JEAN (TERRE- NEUVE)	Newfoundland Hotel	24 octobre 1970
TORONTO	St. Lawrence Market	29 octobre 1970
	St. Lawrence Market (le soir)	29 octobre 1970
MONTRÉAL	Hôtel Reine Elizabeth	31 octobre 1970
SEPT-ÎLES	Hôtel Sept-Îles	5 novembre 1970
	Hôtel Sept-Îles (le soir)	5 novembre 1970
SAINT-JEAN (NOUVEAU- BRUNSWICK)	Holiday Inn	5 novembre 1970
BAIE COMEAU	Hôtel La Caravelle	6 novembre 1970
CHARLOTTE- TOWN	Charlottetown Hotel	6 novembre 1970
WINNIPEG	Fort Garry Hotel	12 novembre 1970
REGINA	Saskatchewan Centre	13 novembre 1970
EDMONTON	Holiday Inn	19 novembre 1970
VANCOUVER	Vancouver Hotel	20 novembre 1970
	Vancouver Hotel (le soir)	20 novembre 1970
OTTAWA	Skyline Hotel	19 février 1971

## *Travaux de recherche de la Commission*

La présente liste fait ressortir les principaux secteurs de recherche de la Commission et la répartition du travail entre les membres du personnel. Elle ne comprend pas certaines investigations ni certaines tâches de rédaction qui n'ont pas été classées parmi les travaux de recherche. Bon nombre d'études ont été effectuées en collaboration avec des chercheurs attachés à des universités ou à d'autres établissements, mais la plus grande partie du programme a été exécutée à Ottawa par le personnel à plein temps de la Commission. On trouvera à l'Appendice O les noms et les adresses des chercheurs et consultants à contrat et à l'Appendice N ceux du personnel de la Commission ayant collaboré au rapport final ; les premiers rapports contiennent les noms des anciens membres du personnel qui ont contribué à leur rédaction.

Les travaux de recherche présentent une grande variété de nature et d'étendue. Certains consistaient en études expérimentales ou préliminaires assez restreintes, qui ont été achevées après le stade initial de l'accumulation de données et de l'enquête. Certains travaux, consacrés à des questions particulières, ont abouti à des documents de base ou à des comptes rendus d'étude complets. Dans nombre de cas, un programme ne comportait qu'une étude particulière limitée ; alors, il ne correspondait pas à l'examen d'ensemble d'un sujet par la Commission. D'autres travaux exigeaient une investigation et une observation importantes et continues dans de vastes domaines. Aussi les commissaires et le personnel supérieur chargé de la rédaction de rapports recevaient-ils sans cesse de l'information, plutôt que des monographies achevées ; le contenu de ces études était, pour une bonne part, à jour et révisé à mesure que rentraient les nouvelles données. Souvent l'information essentielle était exploitée directement pour la rédaction des projets de rapports sans le stade intermédiaire de travaux distincts et complets. Autant que possible, la Commission a rendu compte de l'essentiel de ses recherches dans les rapports déjà publiés. Beaucoup d'études n'ont été poussées qu'au point où il le fallait pour élaborer les rapports officiels de la Commission ; alors, on ne les a pas complètement mises à profit d'un point de vue scientifique plus large. Certaines études entamées par la Commission pourront

faire l'objet d'une analyse plus poussée et de publications indépendantes par des chercheurs individuels, une fois que le présent rapport final aura paru. Il n'en sera pas ainsi, toutefois, des rapports techniques de la Commission.

Aux fins du présent appendice, les travaux de la Commission sont divisés en dix catégories, selon leur sujet : a) effets de la drogue ; b) aspects chimiques et botaniques ; c) sources et distribution ; d) ampleur et modalités de l'usage ; e) motivations et facteurs ; f) législation et application de la loi ; g) traitement médical et services auxiliaires ; h) information et éducation ; i) media ; j) divers. Beaucoup de travaux renferment des données intéressantes plus d'un domaine. Cependant, pour simplifier, nous avons réduit au minimum les chevauchements et les renvois.

*A. Effets de la drogue*

1. Étude critique de la recherche sur les effets de la drogue  
(R. Miller, R. Hansteen, J. Brewster, P. Oestreicher, B. Hemmings, Z. Amit, M. Corcoran, P. Thompson, L. Wright, D. Thompson, R. Paterson, B. Anthony, M. Willinsky).
28. Recherche sur la psychose cannabique  
(R. Miller, J. Brewster, J. Anderson, T. Ridley).
- 62a). Analyse des statistiques officielles sur les cas d'empoisonnement et de décès consécutifs à l'usage de la drogue  
(R. Miller, B. Hemmings).
- 62b). Étude des rapports des coroners provinciaux sur les décès consécutifs à l'usage de la drogue.  
(B. Hemmings, R. Miller, E. Bild, P. Thompson).
64. Enquête auprès des médecins de la région d'Ottawa sur l'usage des drogues  
(R. Miller, J. Brewster, B. Leathers, B. Hemmings).
65. Étude de la recherche sur le L.S.D. au Canada  
(B. Hemmings, R. Miller).
74. Effets du cannabis et de l'alcool sur certaines manœuvres de la conduite automobile  
(R. Hansteen, L. Lonero, R. Miller, B. Jones, J. Brewster, M. Elliott, H. Stankiewicz).
- 77a). Étude comparative des effets du trans-tétrahydrocannabinol ( $\Delta^9$ TIC) et de la marijuana sur les êtres humains  
(R. Miller, R. Hansteen, C. Adamec, J. Brewster, J. Bijou, S. Dayken, C. Farmilo, D. Hamilton, S. Link, R. Siegal, M. Willinsky, R. Mechoulam, C. Moisewitsch).
- 77b). Effets de la marijuana sur la détection visuelle des signaux et le recouvrement de l'acuité visuelle après un éblouissement  
(L. Theodor, R. Miller, J. Glass, R. Hansteen, S. Dayken).

78. Effets du cannabis et de l'alcool sur la fonction psychomotrice de poursuite

(L. Reid, R. Hansteen, R. Miller, N. Wexler, P. Muter, M. Awasthi).

90. Criminalité et usage de la drogue

(F. Hughes, M. Green, R. Miller, L. McDonald).

107. Usage de la drogue et hospitalisation d'après les dossiers des diagnostics des hôpitaux psychiatriques canadiens

(B. Hemmings, R. Miller, E. Bild).

Voir aussi les n° (B)103 ; (C)112 ; (D)92, 105b) ; (E)45, 58, 75.

### B. Aspects chimiques et botaniques

60. Examen des moyens et des besoins d'analyse de la drogue illicite au Canada

(P. Oestreicher, R. Miller, R. Paterson, C. Farmilo, I. Stankiewicz, L. Barash).

88. Aperçu historique sur la culture du chanvre indien au Canada

(L. Barash, C. Farmilo, R. Miller, R. Farmilo, H. Stankiewicz).

96a). Analyse chimique des drogues illicites au Canada

(R. Miller, P. Oestreicher, J. Marshman, H. Beckstead, R. Paterson, R. Berg, G. Larsson, B. Hemmings, M. Green, C. Farmilo, M. Willinsky, P. Cooper, L. Barash, J. Brewster).

96b). Analyse chimique des drogues saisies par la police au Canada

(R. Miller, P. Oestreicher, H. Beckstead, R. Paterson, C. Farmilo).

103. Étude de la documentation sur les aspects chimiques des cannabinoïdes et de leurs métabolites

(P. Oestreicher, R. Miller, C. Farmilo, B. McNaughton, D. Phelps, M. Willinsky, R. Mechoulam, D. Thompson).

104. Aspects botaniques et agricoles du cannabis

(E. Small, C. Farmilo, R. Miller, P. Oestreicher, L. Barash).

110. Effets de la combustion sur le cannabis

(K. Fehr, H. Kalant, R. Miller, R. Hansteen).

Voir aussi les n° (D)92 ; (J)99.

### C. Sources et distribution

8. Trafic de drogue au Canada

(M. Green, K. Stoddart, R. Solomon, M. Hollander, J. Hogarth, P. Thompson).

19. Crime organisé et trafic de la drogue au Canada

(J. Hogarth, R. Solomon, M. Green).

34. Importation, production et commercialisation des psychotropes au Canada

(J. Kodua, M. Green, C. Farmilo, R. Miller, J. Moore, A. Arda).

- 106. Aspects internationaux de la distribution de l'héroïne  
(R. Solomon, J. Hogarth, M. Green).
- 112. Historique de l'utilisation médicale du cannabis au Canada  
(R. Miller, P. Oestreicher, L. Barash, R. Farmilo).  
*Voir aussi les n° (B)96a, 96b ; (J)99.*

*D. Ampleur et modalités de l'usage*

- 7. «Observation participante» des usagers de drogues illicites dans les grandes villes du Canada durant l'été 1970  
(M. Green, R. Aubin, H. Broomfield, C. Bussière, B. Darrough, A. Dudeck, D. Gagné, M. Gaussiran, B. Hemmings, M. LeBlanc, G. Létourneau, R. Manes, E. Marchuk, D. McLachlen, C. Murphy, M. O'Neill, K. Stoddart, B. Torno, J. Woolfrey).
- 9. «Observation participante» des jeunes consommateurs de drogues dans les banlieues de la région de Montréal  
(M. O'Neill, M. Green).
- 14. «Observation participante» des usagers de drogues illicites à Toronto  
(R. Manes, B. Torno, J. Hogarth).
- 36. Consommation d'alcool et alcoolisme au Canada  
(J. Kodua, R. Miller).
- 41. Revue critique des études internationales sur l'ampleur et les modalités de l'usage des amphétamines  
(M. Green, M. Hollander, J. Blackwell, S. Sadava).
- 42. Place de la drogue dans les festivals de musique «rock»  
(W. Clement, B. Chapman, M. Balkar, G. Della-Stua).
- 51a). Enquête nationale dans les ménages sur l'usage de la drogue et ses prolongements  
(C. Lanphier, S. Phillips, N. Kuusisto, G. Smith, L. Thomas, P. Craven).
- 51b). Enquête nationale sur l'usage de la drogue chez les élèves du cours secondaire à partir de la septième année  
(C. Lanphier, S. Phillips, N. Kuusisto, G. Smith, L. Thomas, P. Craven).
- 52. Enquête nationale sur l'usage de la drogue chez les étudiants  
(C. Lanphier, S. Phillips, N. Kuusisto, G. Smith, L. Thomas, P. Craven).
- 57. Coordination de la documentation sociologique sur l'usage de l'héroïne  
(J. Blackwell, R. Miller, M. Green, S. Goldner, R. Solomon).
- 76. Vue d'ensemble des enquêtes sur l'usage de la drogue au Canada  
(G. Smith, B. Rogers).
- 86. «Observation participante» des consommateurs de drogue illicite de London (Ontario)  
(R. Leth, M. Green).

87. Étude sur l'usage de la drogue à Amsterdam  
(G. Létourneau).
  89. Entretiens avec des usagers adultes du cannabis  
(M. Green, B. Leathers, D. Ellis, M. Elliott, M. Hollander, E. Marchuk, S. Moss, K. Ouellette, M. Stark).
  92. Étude des modalités de l'usage de la drogue fondée sur le témoignage de consommateurs habituels du cannabis  
(M. Green, B. Hemmings, R. Miller, R. Hansteen, M. Hollander).
  97. Revue de la recherche sociologique sur les effets du cannabis, des hallucinogènes, des barbituriques et des solvants volatils  
(S. Sadava, J. Blackwell, M. Green, D. McLachlen, L. McDonald).
  98. Usage de l'alcool chez les Amérindiens du Canada  
(P. Trotter, G. Rushowick, J. Dewhirst, F. Walden, W. Hlady).
  102. «Observation participante» prolongée de toxicomanes détenus  
(M. Green, R. Aubin, B. Darrough, M. Hollander, M. O'Neill, K. Ouellette, E. Smith).
  - 105b). Étude de l'accoutumance dans le monde  
(M. Latchford, L. McDonald).
  109. Usage du tabac au Canada — épidémiologie et traitement  
(D. Andrews, F. Wake, J. MacLean, M. Green, P. Thompson, R. Miller).
  111. Enquête permanente au Canada auprès d'un groupe d'observateurs qualifiés en vue d'un dernier contrôle  
(M. Green, J. Blackwell, B. Anthony, R. Aubin, M. Buriak, R. Farmilo, G. Létourneau, K. Martin, C. Murphy, W. Spicer).
  115. Corrélations entre les modalités de l'usage de diverses drogues  
(G. Smith, R. Miller, C. Petch, J. Blackwell, J. Brewster).
- Voir aussi les n° (C)112; (E)a11; (J)99, 101.

#### E. Motivations et facteurs

13. Étude des écrits sociologiques sur l'usage de la drogue  
(J. Hackler).
24. Jeunesse, évolution de la société et aliénation d'après une analyse sociologique  
(R. Crooke, T. Buckner).
25. Études sociologiques sur l'usage de la drogue et la toxicomanie  
(B. Rogers, M. Green).
43. Analyse sociologique sur l'enfance et l'adolescence dans un monde en mutation  
(T. Buckner).
44. L'usage de la drogue aujourd'hui  
(M. Mouledoux).

54. Colloque de la Commission sur les aspects sociologiques de l'usage de la drogue, Montréal, décembre 1970  
(Les commissaires ainsi que H. Becker, J. Blackwell, M. Bryan, C. Farmilo, M. Green, B. Hemmings, J. Hogarth, L. McDonald, R. Miller, J. Moore, T. Morris, M. Rioux, E. Schur, F. Walden, A. Zijderveld).
58. Revue des écrits en psychologie, psychiatrie et pharmacologie sur l'usage de la drogue et la toxicomanie  
(Z. Amit, M. Corcoran, R. Miller, M. Elliott et B. Hemmings).
75. Théories de l'usage de la drogue et de la toxicomanie  
(L. McDonald).
- Voir aussi les n° (A)107; (D)42, 57, 115; (G)63; (I)81; (J)99, 101.*

*F. Législation et application de la loi*

2. Procureurs fédéraux et infractions en matières de drogue  
(J. Hogarth, M. Kleiman).
6. Étude comparative des législations étrangères sur les psychotropes  
(S. Ryan, S. Troster).
12. Répercussions économiques du phénomène de la drogue  
(D. Szabo, S. Rizkalla, R. Fasciaux, F. Gélinas).
15. Procédure de verdict pour infractions en matière de drogue  
(J. Hogarth, J. Prince, A. Kidd, M. Moriarity, J. Kodua, A. Arda).
16. Aspects démographiques de l'application de la loi au Canada  
(J. Hogarth, R. Solomon).
17. Entretiens avec des agents de police canadiens  
(J. Hogarth, R. Solomon, Y. Liljefors).
18. «Observation participante» auprès de la police canadienne  
(J. Hogarth, R. Solomon).
20. Pratiques pénales au Canada pour infractions en matières de drogue  
(J. Hogarth, J. Prince, A. Kidd, H. Kleiman, S. Kasman, Y. Liljefors, R. Solomon).
21. La probation des délinquants en matière de drogue au Canada  
(J. Hogarth, G. Fields, R. Solomon).
22. Étude de quelques établissements de correction, compte tenu de leurs effets sur les délinquants en matière de drogue  
(J. Hogarth, L. McDonald, R. Solomon, A. Caplan).
23. Les toxicomanes devant l'administration de la justice en matière criminelle au Québec  
(J. Laplante, J. Hogarth).
33. Étude des Conventions de l'O.N.U. sur le contrôle des psychotropes  
(C. Farmilo, R. Miller).

37. Condamnations et sentences pour infractions en matières de drogue au Canada  
(J. Hogarth, J. Kodua, J. Prince, P. Oestreicher, A. Arda et G. Doherty).
39. Étude théorique de la législation sur le contrôle de la drogue  
(P. Weiler).
73. Artifices et violence dans l'application des lois sur la drogue  
(B. Anthony, J. Moore, R. Solomon et M. Green).
85. Revue de la recherche sur les effets psychiques et comportementaux de l'emprisonnement  
(W. Mann).
93. Pratiques pénales canadiennes pour infractions en matière de drogue  
(J. Hogarth, L. McDonald, R. Solomon et collaborateurs).
94. Colloque de la Commission sur l'application de la législation en matière de drogue, Montréal, mars 1971  
(Les commissaires, ainsi que J. Ackroyd, J. Blackwell, M. Bryan, J. Edwards, M. Green, B. Hemmings, J. Hogarth, J. Kaplan, L. McDonald, R. Miller, H. Mohr, J. Moore, K. Paul, R. Quinney, M. Rosenthal, S. Ryan, L. Schwartz, R. Solomon, P. Weiler).
- 105a). Étude comparative de l'application des lois sur la drogue dans le monde  
(M. Latchford, L. McDonald).
- 113a). Régime d'internement non pénal et traitement obligatoire des toxicomanes au Canada  
(M. Bryan, F. Brown, A. Lane, B. Hemmings).
- 113b). Régime d'internement non pénal et traitement obligatoire des toxicomanes aux États-Unis  
(M. Green, J. Blackwell, R. Miller).
116. Le programme de contrôle de la méthadone du gouvernement canadien  
(A. Lane).
117. La probation des héroïnomanes  
(M. Bryan).
118. La libération conditionnelle des héroïnomanes  
(M. Bryan).
- Voir aussi les n° (A)90 ; (B)60 ; (C)112 ; (G)114 ; (J)61, 99, 101.*

*G. Traitement médical et services auxiliaires*

10. Étude des services nouveaux au Canada  
(B. Rogers, N. Martin, R. Farmilo, M. Morin, J. Anderson).
26. Analyse de certains programmes de traitement de la toxicomanie  
(J. Anderson, T. Ridley).

27. Étude des méthodes de traitement de l'alcoolisme  
(J. Anderson, T. Ridley).
29. Traitement de l'amphétaminomanie  
(J. Anderson, J. Shaw).
30. Étude des services communautaires de traitement au Canada  
(J. Anderson, T. Ridley).
31. Traitement et épidémiologie des accidents du L.S.D.  
(J. Anderson, R. Miller, J. Brewster, T. Martin, T. Lee, T. Johns).
32. Sommaire des traitements pour affections liées à l'usage des psychotropes  
(T. MacFarlane, J. Anderson).
38. Solutions de rechange à l'usage des psychotropes  
(W. Wine, J. Anderson, T. Ridley, R. Miller).
63. Colloque de la Commission sur le traitement de la toxicomanie, Montréal, janvier 1971  
(Les commissaires ainsi que J. Anderson, G. Bell, T. Bewley, J. Blackwell, H. Brill, M. Bryan, C. Farmilo, G. Gay, M. Green, R. Hansteen, B. Hemmings, J. Jaffe, R. Miller, J. Moore, J. Shaw, R. Smith, L. Yablonsky).
83. Étude critique des cures à la méthadone  
(J. Anderson, J. Shaw, M. Bryan, M. Green, J. Blackwell, R. Hansteen, R. Miller).
91. Sommaire des travaux sur le traitement  
(J. Anderson et collaborateurs).
114. La «méthode britannique» pour le traitement des toxicomanes  
(B. Anthony, J. Blackwell).
119. Moyens et effectifs de traitement dans les provinces  
(A. Lane, M. Bryan et B. Rogers).  
*Voir aussi les n° (A)64, 107; (D)42, 109; (F)12, 113a, 113b, 116, 117, 118; (J)99, 101.*

## II. Information

5. Information et services auxiliaires en matière de drogue dans certaines écoles de Toronto  
(J. Solway, H. Solway).
11. L'information scientifique et technique sur les psychotropes  
(C. Farmilo, R. Miller, E. Polascek, E. Hanna, A. Kerr, L. Barash, G. Larsson, I. Stankiewicz, D. Thompson).
46. Programmes communautaires d'information sur la drogue  
(D. Hanley, F. Walden).

- 53a). Bibliographie sommaire de l'information sur la drogue  
(F. Walden).
- 53b). Analyse des travaux de la Commission en information sur la drogue  
(B. Myers).
59. L'information sur la drogue dans l'enseignement public au Canada  
(B. Myers, F. Walden, D. Hanley, C. Lohoar).
67. Enquête sur les activités éducatives d'organismes importants dans la  
prévention de la toxicomanie  
(F. Walden, D. Hanley, S. Gillean).
68. Information sur la drogue dans les universités et les collèges  
(S. Gillean, D. Hanley, F. Walden).
71. Étude comparative de l'information sur la drogue dans certains pays  
étrangers  
(B. Myers, F. Walden, C. Lohoar, I. Stankiewicz).
84. Problèmes de statistique officielle  
(R. Miller, J. Kodua, M. Bryan, M. Green, B. Anthony, A. Arda).
108. L'information sur la drogue dans les écoles  
(F. Walden, B. Myers, H. Solway, J. Solway).
- Voir aussi les n° (F)12; (G)38; (I)81; (J)61.

### I. Media

- 81a). Vue d'ensemble des travaux de la Commission sur les media et le cadre  
social de l'usage de la drogue  
(J. Taylor, J. Moore, F. Walden et collaborateurs).
- 81b). La presse canadienne et l'usage de la drogue  
(C. Hénault).
- 81c). La presse clandestine  
(M. Slack, J. David, M. Green).
- 81d). Drogue et littérature  
(J. Basile, S. Fefferman).
- 81e). Drogue et musique  
(M. Green, P. Goddard, J. David).
- 81f). Publicité et attitudes à l'égard de la drogue  
(M. Collaghan).
- 81g). Phénomène de la drogue et cinéma canadien  
(M. Brûlé).
- 81h). Phénomène de la drogue et radio-télévision  
(P. Watson, G. Constantineau, P. Goddard, A. Sirois).

- 81i). Phénomène de la drogue et arts plastiques et décoratifs  
(A. Leblanc).

*J. Divers*

50. Analyse des lettres adressées spontanément à la Commission  
(D. Rebin, J. Moore, J. MacBeth, R. Miller, J. Kodua, P. Oestreicher).
61. Analyse de la politique canadienne de recherche sur l'usage de la drogue  
(R. Miller, P. Oestreicher, C. Farmilo, R. Hansteen, D. Thompson, R. Paterson, J. Moore, L. Barash).
66. Recherches en cours sur les psychotropes au Canada et à l'étranger  
(P. Oestreicher, R. Miller, R. Hansteen, C. Farmilo, J. Brewster, M. Wil-  
linsky, R. Paterson, G. Larsson, B. Myers).
72. Attitudes des organisations religieuses, professionnelles, militaires, com-  
merciales et autres à l'égard de la drogue  
(F. Walden, D. Hanley, S. Gillean).
82. Analyse des critiques sur le *Rapport provisoire*  
(D. Rebin, R. Miller, J. Moore, N. Eddy, S. Cohen, Z. Amit).
99. Aspects scientifiques et juridiques de l'information sur le tabac  
(P. Thompson, R. Miller).
101. Aspects scientifiques et juridiques de l'information sur l'alcool  
(F. Hughes, R. Miller, C. Petch, P. Thompson).

## Table des matières

	<i>Page</i>
<b>PREMIÈRE PARTIE</b> Introduction.....	1
<b>Section I</b> <b>Les travaux de la Commission</b> .....	3
La création de la Commission.....	3
L'interprétation du mandat.....	4
Les audiences publiques.....	5
Le personnel et le programme de recherches de la Commission....	6
Consultations et conseils.....	8
Le personnel administratif.....	9
Les rapports de la Commission.....	10
Les appendices.....	10
Traduction.....	11
<b>Section II</b> <b>Remarques préliminaires</b> .....	12
Les problèmes de la drogue.....	12
L'usage de plusieurs drogues.....	13
Politique sociale et politique individuelle.....	13
Mesures gouvernementales et autres.....	14
Les objectifs d'une politique sociale.....	14
Les moyens dont dispose la société.....	18
L'à-propos et l'efficacité des divers instruments d'une politique sociale.....	20
L'exercice de la possibilité de choisir.....	20
<b>Section III</b> <b>Les causes de la toxicomanie</b> .....	22
<b>Section IV</b> <b>L'ampleur du problème</b> .....	34
<b>DEUXIÈME PARTIE</b> Les contrôles juridiques.....	43
<b>Section V</b> <b>Le droit pénal et l'usage des stupéfiants</b> .....	45
Les principes.....	45
L'efficacité de la loi.....	50
Les inconvénients du droit pénal.....	53
Occasion d'un commerce illicite.....	53
Loi et traitement.....	53
La loi et l'information.....	54
Les ressources de l'appareil judiciaire.....	54

	<i>Page</i>
Le déshonneur de la condamnation.....	55
Les effets de la prison.....	55
Notes.....	57
<b>Section VI Le contrôle de l'offre.....</b>	<b>59</b>
Introduction.....	59
Le système international de contrôle.....	60
Les organismes internationaux.....	60
Les ententes internationales.....	61
Mesures législatives et administratives de contrôle au Canada.....	67
La Loi sur les stupéfiants.....	67
Distributeurs autorisés.....	67
Pharmaciens.....	68
Praticiens.....	68
Hôpitaux.....	68
Règlement spécial sur la méthadone.....	69
Mesures administratives applicables aux praticiens et pharmaciens en cas de manquement au Règlement.....	69
Autorisations à des fins de recherche, d'indentification et d'analyse.....	69
Personnes autorisées à détenir des stupéfiants.....	69
« Ordonnances multiples, ».....	70
Peine pour infraction au Règlement sur les stupéfiants.....	70
Les interdictions dans la Loi sur les stupéfiants.....	70
La Loi des aliments et drogues.....	70
Contrôles spéciaux de l'usage médical des amphétamines et des médicaments assimilés.....	72
Médicaments de l'Annexe F.....	73
Remèdes de vente libre.....	75
Médicaments interdits.....	75
Critères d'inscription aux annexes à des fins de contrôle.....	76
Application des contrôles canadiens à l'utilisation à des fins médicales et scientifiques.....	76
Autres contrôles juridiques.....	77
L'application de la loi contre la production et le trafic illicites.....	78
La coopération internationale.....	78
L'application des lois au Canada.....	78
La Gendarmerie royale du Canada.....	78
Douanes.....	78
Déclarations de culpabilité et saisies de stupéfiants.....	79
Substances d'usage restreint.....	81
Substances contrôlées.....	82

	<i>Page</i>
Conclusions et recommandations.....	83
L'efficacité de la répression du trafic.....	83
La loi canadienne est-elle assez sévère?.....	84
L'effet de la libération conditionnelle.....	85
Échange de petites quantités de drogue entre usagers.....	86
Contrôle des drogues à des fins médicales.....	86
Protection contre la perte et le vol.....	86
Le contrôle des substances de l'Annexe F.....	87
Restrictions à la production et à l'usage médical.....	88
Le contrôle de la prescription.....	89
Classification des drogues à des fins de contrôle.....	90
Y a-t-il lieu de refondre les lois et les règlements?.....	92
Le Canada devrait-il adhérer à la Convention sur les substances psychotropes?.....	97
Notes.....	100
<b>Section VII Mesures de contrôle applicables à l'usager.....</b>	<b>104</b>
Les conventions internationales.....	104
Le législation canadienne et son application aux contrôles sur les usagers.....	106
Les interdictions.....	106
Peines.....	107
Condamnations.....	108
Les stupéfiants opiacés.....	108
Les drogues d'usage restreint.....	110
Autres lois applicables aux usagers.....	110
Problèmes de la surveillance des usagers.....	111
Conclusions et recommandations sur les mesures de contrôle applicables à l'usager.....	122
Le délit de simple possession.....	122
Les contrôles dans le traitement de l'opiomanie.....	128
Faut-il créer un délit d'usage?.....	132
Notes.....	135
<b>TROISIÈME PARTIE Traitement et réadaptation.....</b>	<b>139</b>
Section VIII Considérations générales sur le traitement.....	141
Section IX La cure d'entretien aux opiacés.....	146
La cure d'entretien à la méthadone.....	146

	<i>Page</i>
Aide croissante.....	146
Incertitudes.....	147
La position de la Commission.....	149
Le programme de contrôle de la méthadone du gouvernement canadien.....	151
Les questions de compétence.....	152
Le programme de contrôle fédéral.....	154
À qui incombe la création de moyens de traitement.....	157
Contrôle de la clientèle.....	159
Rapports entre la cure d'entretien à la méthadone et les autres formes de traitement.....	160
La cure d'entretien à l'héroïne.....	160
Notes.....	163
 Section X L'internat thérapeutique.....	 164
 Section XI Réadaptation sociale.....	 169
 <b>QUATRIÈME PARTIE Influences.....</b>	 <b>171</b>
Section XII Recherche et information.....	173
Introduction.....	173
Recherche.....	174
Perspectives et recommandations dans les rapports antérieurs de la Commission.....	176
Vue d'ensemble sur la direction de l'usage non médical des drogues et sur les programmes fédéraux connexes.....	177
Observations générales et recommandations.....	180
L'analyse des drogues illicites.....	184
Considérations générales et recommandations.....	187
Information scientifique et technique.....	188
Points de vue et recommandations dans les rapports antérieurs....	189
L'éventail des services d'information nécessaires.....	190
Le programme d'information de la D.U.N.M.D.....	191
L'objet de la documentation actuelle.....	192
Les statistiques gouvernementales.....	193
Autres observations et recommandations sur le programme de la D.U.N.M.D.....	195
Notes.....	198
 Section XIII L'enseignement sur la drogue.....	 199
 Section XIV Les media.....	 207
 Section XV Les services nouveaux.....	 221

	<i>Page</i>
Section XVI La famille et les facteurs spirituels.....	223
La famille.....	223
Les valeurs morales.....	225
CINQUIÈME PARTIE Conclusions et recommandations supplémentaires.....	227
Conclusions et recommandations supplémentaires par Marie-Andrée Bertrand.....	229
Introduction.....	229
Le délit de simple possession est un moyen de dissuasion futile en matière d'usage de drogue.....	230
Une illusion : le traitement obligatoire.....	233
Comment contrôler et limiter l'usage des drogues fortes sans recourir au droit pénal.....	234
Mesures pour combattre l'importation, la fabrication et la vente illicites des drogues fortes.....	238
Mieux utiliser les ressources policières.....	238
Sanctions supplémentaires pour importation, fabrication et distribution illicites.....	239
Les dangers de l'abus des psychotropes.....	239
Recommandations.....	240
Conclusions et recommandations supplémentaires par Ian L. Campbell....	242
Introduction.....	242
Cadre social.....	242
La diffusion rapide des stupéfiants opiacés.....	242
Les causes principales de la diffusion des opiacés.....	243
L'offre de stupéfiants opiacés.....	243
La présence d'usagers.....	245
Accroissement des effectifs exposés à l'usage des opiacés.....	246
La nature des stupéfiants opiacés.....	248
Objectifs.....	250
Priorités sociales.....	250
Les lois actuelles.....	251
Recommandations.....	252
Le traitement des usagers.....	257
Autres recommandations.....	258
La thébaïne.....	258
La cocaïne.....	259

	<i>Page</i>
APPENDICES.....	261
Appendice A <i>Les effets de la drogue</i> .....	263
A. 1 <i>Introduction</i> .....	263
Vue d'ensemble.....	263
Définition des psychotropes.....	264
Le rôle de la science.....	265
La classification des drogues.....	266
La nature des drogues du marché illicite.....	270
Considérations psychologiques.....	271
Considérations pharmacologiques.....	272
L'importance du dosage.....	273
Le facteur temps.....	274
Effets principaux et effets secondaires.....	275
Interaction des drogues.....	275
Tolérance, dépendance et toxicomanie.....	275
Tolérance.....	275
Dépendance physique.....	277
Dépendance psychique.....	278
La toxicomanie.....	279
Les méthodes scientifiques.....	280
Le rôle des statistiques et le problème de l'échantillonnage....	280
Les méthodes expérimentales.....	281
Observations cliniques et accidents.....	283
A. 2 <i>Stupéfiants opiacés</i> .....	285
Introduction.....	285
Usage médical.....	288
Analyse chimique d'échantillons d'opiacés illicites au Canada.....	289
Administration, absorption, diffusion et dissolution.....	290
Dépistage des stupéfiants opiacés dans les liquides et les tissus de l'organisme.....	291
Effets psychiques.....	293
Effets physiologiques.....	295
Manifestations toxiques aiguës et empoisonnements mortels.....	296
Tolérance et dépendance.....	301
Stupéfiants opiacés et criminalité.....	307
Opiacés et autres drogues.....	308
Interaction pharmacodynamique.....	308
Le passage du cannabis et d'autres drogues à l'héroïne.....	309
La méthadone et ses dérivés à action durable.....	311
Introduction.....	311

	Page
Usage médical.....	312
Administration, absorption, diffusion et élimination.....	312
Effets, tolérance et dépendance.....	313
Les antagonistes des stupéfiants opiacés.....	318
A. 3 <i>Les amphétamines</i> .....	320
Introduction.....	320
Usage médical.....	322
Analyse chimique des substances illicites au Canada.....	323
Administration, absorption, diffusion et dissolution.....	325
Effets de doses modérées.....	325
Effets des doses élevées.....	326
"Speed kills".....	330
Conduite automobile.....	332
Tolérance et dépendance.....	332
Amphétamines et autres drogues.....	333
Antagonistes.....	334
A. 4 <i>Cocaïne</i> .....	335
Introduction.....	335
Usage médical.....	336
Analyse chimique d'échantillons de cocaïne illicites au Canada.....	336
Administration, absorption, diffusion et dissolution.....	337
Effets psychologiques.....	337
Effets physiologiques.....	339
Tolérance et dépendance.....	339
Cocaïne et autres drogues.....	340
A. 5 <i>Les hallucinogènes</i> .....	340
Introduction.....	340
Usage médical.....	345
Analyse chimique d'échantillons de drogue illicite au Canada.....	346
Résumé.....	349
Administration, absorption, diffusion et élimination.....	350
Effets psychiques.....	351
Accidents psychologiques aigus.....	357
Effets physiologiques.....	368
Chromosomes et hérédité.....	370
Empoisonnement et mort.....	371
Tolérance et dépendance.....	372
Hallucinogènes et autres drogues.....	373

	<i>Page</i>
<b>A. 6 L'alcool.....</b>	<b>374</b>
Introduction.....	374
Usage médical.....	377
Analyse chimique d'échantillons canadiens d'alcool illicite.....	378
Administration, absorption, diffusion et élimination.....	379
Les effets à court terme.....	380
La conduite automobile.....	382
Effets tardifs.....	384
La santé physique.....	385
Les accidents psychiques et nerveux.....	387
Les décès dus à l'alcoolisme.....	388
L'alcool et la délinquance.....	390
Tolérance et dépendance.....	392
L'alcool et les autres drogues.....	393
Interaction pharmacologique.....	393
Les barbituriques.....	394
Les sédatifs non barbituriques et les tranquillisants mineurs.....	394
Les solvants volatils.....	395
Les tranquillisants majeurs.....	395
Les antidépresseurs.....	395
Les stupéfiants opiacés.....	395
Les stimulants.....	396
Le cannabis et les hallucinogènes.....	396
Les médicaments non psychotropes et les antagonistes.....	396
La polytoxicomanie.....	398
<b>A. 7 Les barbituriques.....</b>	<b>400</b>
Introduction.....	400
Usage thérapeutique.....	402
Analyse de barbituriques illicites au Canada.....	403
Administration, absorption, diffusion et élimination.....	404
Les effets psychologiques.....	405
La conduite automobile.....	406
Les manifestations psychiatriques.....	407
La délinquance.....	408
Les effets physiques.....	408
Empoisonnements volontaires, suicides et autres accidents mortels.....	410
Tolérance et dépendance.....	413
Les barbituriques et les autres drogues.....	415

	<i>Page</i>
A. 8 <i>Tranquillisants mineurs et sédatifs hypnotiques non barbituriques...</i>	417
Introduction.....	417
Usage thérapeutique.....	421
Analyse d'échantillons de drogues illicites.....	422
Administration, absorption, diffusion et élimination.....	422
Les effets.....	423
La conduite automobile.....	423
Toxicité, empoisonnements et décès.....	424
Tolérance et dépendance.....	427
Tranquillisants mineurs, sédatifs non barbituriques et autres drogues.....	427
A. 9 <i>Substances volatiles : solvants et gaz.....</i>	428
Introduction.....	428
Usage médical.....	431
Administration, absorption, diffusion et dissolution.....	431
Effets des solvants.....	432
Tolérance et dépendance.....	435
Solvants et autres drogues.....	436
A. 10 <i>Le tabac.....</i>	436
Introduction.....	436
Usage médical.....	438
Administration, absorption, diffusion et dissolution.....	439
Effets physiologiques.....	439
Manifestations immédiates.....	439
Manifestations chroniques.....	441
Effets psychologiques.....	442
Tolérance et dépendance.....	444
Tabac et autres drogues.....	446
Annexe.....	449
Notes.....	468
<i>Références.....</i>	473
A. 1 <i>Introduction.....</i>	473
A. 2 <i>Stupéfiants opiacés.....</i>	474
A. 3 <i>Les amphétamines.....</i>	486
A. 4 <i>Cocaïne.....</i>	494
A. 5 <i>Les hallucinogènes.....</i>	497
A. 6 <i>L'alcool.....</i>	513
A. 7 <i>Les barbituriques.....</i>	529

	Page
A. 8 <i>Tranquillisants mineurs et sédatifs hypnotiques non barbituriques</i> .....	537
A. 9 <i>Substances volatiles : solvants et gaz</i> .....	544
A. 10 <i>Le tabac</i> .....	547
Appendice B <i>Sources et distribution licites et illicites</i> .....	553
B. 1 <i>Introduction</i> .....	553
B. 2 <i>Les stupéfiants opiacés</i> .....	554
Sources et distribution licites.....	554
Sources licites et distribution illicite.....	556
Sources et distribution illicites.....	556
Aspect international de la distribution illicite.....	556
Culture, production et consommation licites et illicites d'opium.....	557
La culture du pavot.....	557
Rendements, pureté, prix et importance économique.....	558
Production et usages licites.....	560
Production et consommation illicites.....	561
Le trafic international des stupéfiants — Depuis 1940.....	562
Le trafic des stupéfiants au Moyen-Orient.....	564
Bref historique des réseaux de fabrication et de distribution.....	564
Production, acheminement et préparation de l'opium au Moyen-Orient et en Europe occidentale.....	567
Le trafic des stupéfiants en Asie du Sud-Est.....	574
Birmanie.....	575
Thaïlande.....	575
Le trafic de l'opium en Indochine française (1945-1954).....	577
Laos.....	577
Viêt-nam du Sud.....	579
Hong Kong.....	580
La contrebande entre l'Asie du Sud-Est et l'Amérique du Nord : routes et procédés.....	580
Le trafic des stupéfiants au Mexique.....	582
Production.....	582
Distribution.....	583
Routes et procédés de contrebande.....	584
Le rôle des trois sources d'approvisionnement du marché nord-américain : récapitulation.....	585
Distribution illicite au Canada.....	587
Aperçu général du réseau de distribution.....	587

	<i>Page</i>
Direction, organisation, structure et importance du réseau de distribution.....	588
Direction et organisation.....	588
La structure du réseau de distribution.....	589
L'importance du réseau de distribution.....	594
La distribution d'héroïne à l'échelle régionale.....	595
Provinces de l'Atlantique.....	595
Québec.....	595
Ontario.....	596
Provinces de la Prairie.....	597
Colombie-Britannique.....	598
La rentabilité et les aléas de la distribution.....	600
Récapitulation et conclusion.....	600
<b>B. 3 Les amphétamines.....</b>	<b>601</b>
Sources et distribution licites.....	601
Sources licites et distribution illicite.....	604
Sources et distribution illicites.....	608
<b>B. 4 La cocaïne.....</b>	<b>610</b>
Sources et distribution licites.....	610
Sources licites et distribution illicite.....	610
Sources et distribution illicites.....	610
Sources et production illicites.....	610
Itinéraires et organisation en Amérique du Sud.....	611
Itinéraires et organisation hors de l'Amérique du Sud.....	612
Saisies.....	613
Prix et distribution.....	614
<b>B. 5 Les hallucinogènes.....</b>	<b>616</b>
Sources et distribution licites.....	616
Sources licites et distribution illicite.....	617
Sources et distribution illicites.....	617
<b>B. 6 L'alcool.....</b>	<b>621</b>
Sources et distribution licites.....	621
Sources licites et distribution illicite.....	623
Sources et distribution illicites.....	625
<b>B. 7 Tranquillisants mineurs, barbituriques et autres hypnotiques sédatifs.....</b>	<b>629</b>
Sources et distribution licites.....	629
Sources licites et distribution illicite.....	633
Sources et distribution illicites.....	636
<b>B. 8 Substances volatiles : solvants et gaz.....</b>	<b>636</b>

	<i>Page</i>
B. 9 <i>Le tabac</i> .....	638
Sources et distribution licites.....	638
Sources licites et distribution illicite.....	641
<i>Références</i> .....	643
B. 2 <i>Les stupéfiants opiacés</i> .....	643
B. 3 <i>Les amphétamines</i> .....	650
B. 4 <i>La cocaïne</i> .....	652
B. 5 <i>Les hallucinogènes</i> .....	654
B. 6 <i>L'alcool</i> .....	655
B. 7 <i>Tranquillisants mineurs, barbituriques et autres hypnotiques sédatifs</i> .....	657
B. 8 <i>Substances volatiles : solvants et gaz</i> .....	658
B. 9 <i>Le tabac</i> .....	659
Appendice C <i>Diffusion et modalités de l'usage de la drogue</i> .....	661
C. 1 <i>Introduction</i> .....	661
C. 2 <i>Diffusion de l'usage</i> .....	669
Les stupéfiants opiacés.....	670
Les amphétamines.....	675
Injection intraveineuse.....	675
Ingestion d'amphétamines et de médicaments assimilés.....	676
La caféine.....	678
Les hallucinogènes.....	678
L'alcool.....	680
Barbituriques, tranquillisants mineurs et autres hypnotiques sédatifs.....	681
Substances volatiles : solvants et gaz.....	683
Le tabac.....	684
C. 3 <i>Le consommateur</i> .....	685
Les stupéfiants opiacés.....	686
Les amphétamines.....	690
Les hallucinogènes.....	693
L'alcool.....	694
Les barbituriques, les tranquillisants mineurs et les autres hypnotiques sédatifs.....	695
Les solvants.....	696
Le tabac.....	698
C. 4 <i>Modalités de l'usage</i> .....	699
L'usage initial ou l'essai.....	700
L'usage intermittent.....	705
L'usage habituel.....	707
Comment on contracte l'habitude.....	708
Considérations juridiques.....	708
L'approvisionnement.....	708

	Page
Les effets de la drogue.....	710
Les facteurs sociaux.....	711
Les facteurs psychologiques.....	712
Les modalités de l'usage régulier.....	712
Usage utile.....	713
L'usage hédonique.....	714
Usage dicté par la dépendance.....	715
Les modalités de la polytoxicomanie.....	717
La polytoxicomanie parallèle.....	718
La polytoxicomanie consécutive.....	720
Genres de vie des toxicomanes.....	727
Abandon de la drogue.....	729
<b>Annexe 1 Diffusion de la polytoxicomanie.....</b>	<b>741</b>
<b>Annexe 2 Toxicomanes déclarés au Bureau des drogues dangereuses (1972).....</b>	<b>751</b>
<b>Références.....</b>	<b>756</b>
<b>Appendice D Motivation et autres causes du phénomène de la drogue.....</b>	<b>771</b>
<b>D. 1 Considérations générales.....</b>	<b>771</b>
Causes et motivations.....	771
Conditions nécessaires.....	772
Conditions macrosociologiques.....	773
Les drogues qui inquierent.....	776
<b>D. 2 Stupéfiants opiacés.....</b>	<b>777</b>
Facteurs individuels.....	779
Facteurs sociaux.....	782
Conclusion.....	786
<b>D. 3 Les amphétamines.....</b>	<b>788</b>
<b>D. 4 Les hallucinogènes.....</b>	<b>796</b>
Facteurs individuels.....	797
Facteurs sociaux.....	799
Références.....	802
<b>Appendice E Statistiques des condamnations relatives à la drogue.....</b>	<b>823</b>
<b>Appendice F Considérations juridiques.....</b>	<b>905</b>
<b>F. 1 Cadres constitutionnels.....</b>	<b>905</b>
Le droit pénal, fondement de la législation fédérale.....	905
Autres fondements possibles de la compétence fédérale en matière de drogue.....	906
Compétence en matière de santé publique.....	911

	<i>Page</i>
Les provinces et l'institution d'infractions pénales.....	919
Compétence en matière d'éducation.....	921
F. 2 <i>En principe, le droit pénal doit-il être appliqué à l'usage de la drogue?</i> .....	922
F. 3 <i>La loi sur les délits relatifs à la drogue</i> .....	930
La simple possession.....	930
Le trafic.....	931
Possession en vue du trafic.....	932
Importation et exportation.....	936
Culture.....	936
F. 4 <i>Dispositions du code criminel</i> .....	936
F. 5 <i>Législation relative à la délinquance juvénile</i> .....	937
F. 6 <i>Méthodes particulières d'exécution des lois</i> .....	938
Introduction.....	938
Perquisition, fouille et saisie.....	939
Usage de la force.....	940
Emploi d'indicateurs et d'informateurs.....	941
Incitation au délit.....	942
F. 7 <i>Les poursuites dans les affaires de drogue</i> .....	943
F. 8 <i>Pratique pénale</i> .....	946
Notes.....	949
Appendice G <i>La cure d'entretien aux opiacés</i> .....	959
G. 1 <i>Le programme de contrôle de la méthadone du gouvernement canadien</i> .....	959
G. 2 <i>La méthode britannique</i> .....	971
Notes.....	974
Appendice H <i>Moyens et effectifs de traitement dans les provinces</i> .....	977
Introduction.....	977
Colombie-Britannique.....	977
Entretien à la méthadone.....	977
Matériel d'analyse d'urine.....	979
Internats thérapeutiques et autres centres de séjour.....	979
Alberta.....	981
Saskatchewan.....	982
Manitoba.....	982
Ontario.....	983
Québec.....	984

	Page
Provinces maritimes.....	985
Installations hospitalières au Canada.....	985
Annexe <i>Capacité de logement des internats thérapeutiques pour toxicomanes au Canada (en date du 9 février 1973)</i> ....	987
Notes.....	990
<b>Appendice I <i>Le traitement de l'opiomane dans les pénitenciers fédéraux du Canada</i></b> .....	<b>991</b>
<b>Appendice J <i>La probation des héroïnomanes</i></b> .....	<b>999</b>
Loi et règlements relatifs à la probation.....	999
Le Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle.....	999
Dispositions du Code pénal.....	999
Le traitement en tant que condition de probation.....	1000
Sanction pour manquement à une ordonnance de probation.....	1003
La probation des opiomanes au Canada.....	1003
Colombie-Britannique.....	1003
Alberta.....	1009
Manitoba.....	1010
Ontario.....	1010
Québec.....	1013
Nouvelle-Écosse.....	1013
Annexe 1 Ordonnance de probation spécimen.....	1014
Annexe 2 Instructions à la Sûreté municipale de Vancouver relatives aux tests d'analyse d'urine des héroïnomanes en probation.....	1015
Annexe 3 Conditions spéciales de probation pour les personnes trouvées coupables de simple possession d'héroïne et placées en probation à Vancouver et à Toronto, en 1971 et 1972.....	1016
Notes.....	1018
<b>Appendice K <i>La libération conditionnelle des héroïnomanes</i></b> .....	<b>1019</b>
La libération conditionnelle.....	1019
Compétence en matière de libération conditionnelle.....	1019
Admissibilité à la libération conditionnelle.....	1020
L'effet de la libération conditionnelle.....	1020
Suspension, révocation et déchéance de la libération conditionnelle.....	1021
La « technique des cas spéciaux » appliquée à la libération conditionnelle des héroïnomanes au Canada, de 1962 à 1972.....	1023
L'héroïnomanie chez certains bénéficiaires de la libération conditionnelle.....	1031

	<i>Page</i>
La politique de la Commission nationale des libérations conditionnelles à l'égard des héroïnomanes.....	1033
Annexe 1 Libérations conditionnelles demandées, accordées et résiliées (pour violation) de 1959 (première année du régime) à 1972.....	1035
Annexe 2 Programme spécial contre la toxicomanie.....	1036
Annexe 3 Extrait du mémoire du Solliciteur général du Canada à la Commission (décembre 1969).....	1038
Annexe 4 Programmes spéciaux de recherche sur la toxicomanie (SNAP).....	1040
Notes.....	1041
Appendice L <i>Le régime d'internement des toxicomanes en Californie</i> .....	1045
Introduction.....	1045
L'autorité responsable.....	1045
Les genres d'internement.....	1046
L'internement volontaire.....	1046
L'internement obligatoire ne relevant pas du droit pénal.....	1046
Internement obligatoire des personnes déclarées coupables....	1048
Personnes non admissibles à ce régime.....	1049
Période maximum d'internement.....	1051
L'internat.....	1051
Le passage au statut d'externe.....	1053
Le traitement d'entretien à la méthadone.....	1055
Suspension du statut d'externe et renvoi du R.I.T.....	1056
Appréciation.....	1059
Notes.....	1062
Appendice M <i>Les services nouveaux</i> .....	1065
Introduction: Trois ans d'évolution.....	1065
Les changements dans la politique gouvernementale.....	1066
Les changements progressifs.....	1067
Quelques exemples de services nouveaux.....	1068
Les postes d'urgence.....	1068
Les jeunes assistants d'hôpitaux.....	1068
Les cliniques d'accueil.....	1069
Les centres communautaires.....	1070
Les communes thérapeutiques.....	1071
Les difficultés des services nouveaux.....	1073
Les limites inhérentes à la formule.....	1073
Les services nouveaux et la critique sociale.....	1074
L'usage de la drogue dans les services nouveaux.....	1075
Les services nouveaux et l'information sur les stupéfiants.....	1076

*Table des matières*

	<i>Page</i>
Considérations juridiques.....	1076
L'épuisement du personnel.....	1077
Les structures.....	1078
Pour dépister et freiner l'usage de l'héroïne chez les jeunes.....	1079
Principes et programmes de financement.....	1079
L'appui des autorités provinciales et municipales.....	1080
L'aide salariale.....	1081
Qu'est-ce qu'un « service nouveau ».....	1081
La place de la toxicomanie dans les programmes.....	1081
La politique et l'administration de la D.U.N.M.D.....	1082
L'importance de la participation des clients dans l'appréciation des services.....	1083
Conclusions et recommandations.....	1085
Notes.....	1088
Appendice N <i>Commissaires et personnel</i> .....	1089
Appendice O <i>Chercheurs contractuels et consultants</i> .....	1091
Chercheurs contractuels.....	1091
Consultants.....	1094
Appendice P <i>Les auteurs des mémoires présentés à la Commission</i> .....	1105
Associations et organismes.....	1105
Particuliers.....	1114
Appendice Q <i>Audiences publiques de la Commission</i> .....	1125
Appendice R <i>Travaux de recherche de la Commission</i> .....	1129

## Figures et Tableaux

	Page
Tableau 1	
Estimation des dépenses de la D.U.N.M.D.....	179
Figure 1	
Diffusion de l'héroïne dans une collectivité hypothétique.....	247
Tableau A. 1	
Classifications des principaux psychotropes.....	268
Tableau A. 2	
Décès causés par les opiacés au Canada (1969-1971).....	298
Tableau A. 3	
Le L.S.D. et les autres hallucinogènes dans les statistiques du service de lutte antipoison.....	366
Figure A. 1	
La prohibition, les décès par cirrhose et la mortalité générale aux États-Unis..	386a
Tableau A. 4	
Tranquillisants mineurs et sédatifs hypnotiques non barbituriques.....	417
Tableau A. 5	
Diagnosics de toxicomanie chez les sujets admis ou réadmis dans les éta- blissements ou sections psychiatriques au Canada en 1970-1971.....	450
Tableau A. 6	
Diagnosics de psychoses et d'autres affections psychiques reliées à la drogue chez les malades hospitalisés une première fois ou subséquemment dans les établissements ou les salles psychiatriques au Canada en 1971.....	452
Tableau A. 7	
Hospitalisations dans les établissements psychiatriques pour maladies reliées à la drogue (Canada, mai 1971).....	454
Tableau A. 8	
Éléments déclarés et éléments vérifiés dans les échantillons de drogues du marché illicite au Canada, 1971-1972	
Partie I. — Selon les éléments déclarés.....	455
Tableau A. 9	
Éléments déclarés et éléments vérifiés dans les échantillons de drogues du marché illicite au Canada, 1971-1972	
Partie II. — Selon l'analyse chimique.....	459
Tableau A. 10	
Échantillons de saisies de la police d'après des analyses effectuées par les laboratoires de la Protection de la santé d'avril 1970 à mars 1973.....	464

	Page
Tableau A. 11	
Mélanges de drogues et impuretés dans les saisies de la police d'après les laboratoires de la Protection de la santé, juin 1971 à octobre 1972.....	466
Tableau A. 12	
Statistiques nationales officielles des principales causes de décès liés à la drogue en 1971.....	467
Tableau B. 1	
Consommation estimative d'opiacés licites 1966-1971 (en kg).....	555
Tableau B. 2	
Prix payés aux producteurs d'opium brut — 1971.....	559
Tableau B. 3	
Rapport brut de l'opium et des cultures de remplacement à l'hectare en Turquie — 1971.....	560
Tableau B. 4	
Production illicite d'opium (chiffres estimatifs) — 1971.....	561
Figure B. 1	
Conversion de l'opium en héroïne.....	569
Figure B. 2	
Trafic des stupéfiants entre le Moyen-Orient et l'Europe.....	573
Figure B. 3	
Trafic des stupéfiants en Asie du Sud-Est.....	581
Figure B. 4	
Principales voies d'acheminement de l'héroïne vers l'Amérique du Nord.....	586
Figure B. 5	
La distribution d'héroïne au Canada (1971-1972).....	591
Figure B. 6	
Organigramme d'un réseau de distribution dans une ville canadienne (1971-1972).....	592
Figure B. 7	
Principales voies d'acheminement de l'héroïne au Canada.....	599
Tableau B. 5	
Estimations des ventes licites de phénmétrazine et de méthylphénidate aux pharmacies et aux hôpitaux, en kilogrammes, pour les années 1966 à 1972...	603
Tableau B. 6	
Estimations des ventes licites de phénmétrazine et de méthylphénidate par doses unitaires pour les années 1966 à 1972.....	604
Tableau B. 7	
Consommation d'amphétamines par tête, de 1966 à 1972.....	605
Tableau B. 8	
Fabrication et ventes licites d'amphétamines et écarts entre les deux, en kilogrammes, de 1966 à 1972 inclusivement.....	606

	<i>Page</i>
Figure B. 8	
Itinéraires de la cocaïne en Amérique du Sud.....	612
Tableau B. 9	
Saisies de cocaïne aux États-Unis de 1966 à 1971.....	614
Tableau B. 10	
Ventes de boissons alcooliques au Canada, en valeur, pour les exercices 1966-1967 à 1970-1971.....	623
Tableau B. 11	
Recettes des administrations publiques tirées de la réglementation, de l'imposition et de la vente des boissons alcooliques, exercices 1966-1967 à 1970-1971 .....	624
Tableau B. 12	
Saisies d'alcool et de boissons alcoolisées en vertu de la Loi sur l'accise de 1966-1967 à 1971-1972.....	626
Tableau B. 13	
Saisies d'alcool et de bière effectuées en vertu de la Loi sur l'accise, par province, 1970-1971 et 1971-1972.....	627
Tableau B. 14	
Estimation des ventes licites de diazepam, de chlordiazépoxyde et de méthա- qualone aux pharmacies et aux hôpitaux, en kilogrammes, pour les années 1966 à 1972.....	630
Tableau B. 15	
Estimation des ventes licites de diazepam, de chlordiazépoxyde et de méthա- qualone par doses unitaires, pour les années 1966 à 1972.....	631
Tableau B. 16	
Estimation de la consommation d'acide barbiturique, de ses sels et de ses dérivés, de 1966 à 1972, en kilogrammes.....	632
Tableau B. 17	
Estimation de la consommation d'acide barbiturique, de ses sels et de ses dérivés en doses moyennes, de 1966 à 1972.....	633
Tableau B. 18	
Vols de barbituriques consignés au Canada.....	634
Tableau B. 19	
Consommation de cigarettes fabriquées ou roulées à la main, de 1966 à 1972	639
Tableau B. 20	
Saisies de tabac en vertu des lois sur les douanes et l'accise (exercices 1966- 1967 à 1971-1972).....	641
Figure C. 1	
Niveau de consommation.....	664
Tableau C. 1	
Nombre des usagers des stupéfiants illicites figurant au registre de la Di- vision des stupéfiants (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social) pour le Canada et ses grandes régions, de 1962 à 1972.....	671

	Page
Tableau C. 2 Pourcentage des usagers de stupéfiants illicites par rapport à l'année précédente pour le Canada et ses grandes régions, de 1962 à 1972.....	671
Tableau C. 3 Pourcentage des usagers de stupéfiants illicites par régions au Canada, de 1962 à 1972.....	674
Tableau C. 4 Usagers de stupéfiants illicites pour 100 000 habitants, 1961 et 1971, et pourcentage d'accroissement de 1971 par rapport à 1961 pour le Canada et ses grandes régions.....	674
Tableau C. 5 Consommation de cigarettes chez les Canadiens de 15 ans et plus en 1965 et 1972.....	685
Tableau C. 6 Répartition, par groupe d'âge, des fumeurs d'habitude (hommes et femmes) âgés de 15 ans et plus, au Canada, en 1965 et 1972, et écarts entre ces deux années.....	698
Tableau C. 7 Pourcentage d'élèves d'écoles secondaires de la Colombie-Britannique qui ont cédé à l'occasion de prendre de la drogue.....	703
Tableau C. 8 Catégories de drogues par fréquence de consommation et par échantillon (sondages de la Commission, printemps 1970).....	744
Tableau C. 9 Types de toxicomanie représentant dix sujets ou plus, selon la fréquence de consommation (enquête de la Commission auprès des adultes, printemps 1970).....	745
Tableau C. 10 Types de toxicomanie représentant dix sujets ou plus, selon la fréquence de consommation (enquête de la Commission auprès des étudiants, printemps 1970).....	746
Tableau C. 11 Types de toxicomanie représentant dix sujets ou plus, selon la fréquence de consommation (enquête de la Commission auprès des élèves du secondaire, printemps 1970).....	747
Tableau C. 12 Coefficients de corrélation par paires entre catégories de drogues pour les deux ordres de fréquence de consommation (enquête de la Commission auprès des adultes, printemps 1970).....	748
Tableau C. 13 Coefficients de corrélation par paires entre catégories de drogues pour les deux ordres de fréquence de consommation (enquête de la Commission auprès des étudiants, printemps 1970).....	749

	<i>Page</i>
Tableau C. 14	
Coefficients de corrélation par paires entre catégories de drogues pour les deux ordres de fréquence de consommation (enquête de la Commission auprès des élèves du secondaire, printemps 1970).....	750
Tableau C. 15	
Répartition des consommateurs de stupéfiants inscrits dans les registres nominaux, au Canada en 1972, selon la catégorie, la province et le sexe.....	752
Tableau C. 16	
Répartition des consommateurs inscrits de drogues illicites selon le sexe et l'âge en 1972.....	753
Tableau C. 17	
Consommateurs inscrits de drogues illicites de moins de 18 ans en 1972.....	754
Tableau C. 18	
Consommateurs inscrits de drogues illicites en 1972 selon le produit, la provenance et la source d'information.....	755
Tableaux E. 1 à E. 77	
(Voir la liste de ces tableaux à l'Appendice E, pages 823-826)	
Tableau F. 1	
Répartition des résultats de quinze affaires hypothétiques.....	947
Tableau G. 1	
Médecins et vétérinaires autorisés à utiliser la méthadone à compter de novembre 1972.....	967
Tableau G. 2	
Programmes reconnus de traitement au Canada à compter de novembre 1972.....	968
Tableau H. 1	
Hôpitaux déclarant dispenser des traitements aux victimes de la drogue et de l'alcool, selon le type de service et la province, au 31 décembre 1971.....	986
Tableau H. 2	
Internats thérapeutiques au Canada (en date de février 1973).....	988
Tableau J. 1	
Conditions spéciales de probation pour les personnes trouvées coupables de simple possession d'héroïne et placées en probation à Vancouver et à Toronto, en 1971 et 1972.....	1016
Tableau K. 1	
Situation des libérés de SNAP II en janvier et en août 1967.....	1028
Tableau K. 2	
Libérations conditionnelles demandées, accordées et résiliées (pour violation) de 1959 (première année du régime) à 1972.....	1035
Tableau K. 3	
Programme spécial contre la toxicomanie (SNAP).....	1036