

AUTEURS

Jacinthe Brisson, conseillère scientifique
Réal Morin, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction du développement des individus et des communautés

Julie St-Pierre, conseillère scientifique spécialisée
Vice-présidence aux affaires scientifiques

SOUS LA COORDINATION DE

Thomas Paccalet, chef d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

RÉVISEURS

Étienne Blais, professeur titulaire
Université de Montréal

Chantal Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Élisabeth Papineau, conseillère scientifique spécialisée
Institut national de santé publique du Québec

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Sarah Mei Lapierre, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce document a été rendue possible grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les personnes suivantes ont généreusement accepté de prendre part au comité scientifique :

- Véronique Fortin, professeure, Faculté de droit, Université de Sherbrooke
- François Gagnon, conseiller scientifique spécialisé, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
- Fabienne Labbé, conseillère scientifique spécialisée, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Des remerciements doivent également être adressés à Rachel Vallée, stagiaire en droit à l'INSPQ et Marianne Boisvert Moreau, médecin résidente en santé publique et médecine préventive.

Bien que le contenu final du présent rapport n'engage que les auteurs, ces derniers tiennent à leur adresser leurs plus sincères remerciements, à la fois pour leur dévouement, le partage de leur expertise et leurs commentaires judicieux.

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

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

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

Dépôt légal – 3^e trimestre 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-94535-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

AVANT-PROPOS

Sur mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'INSPQ mène depuis plusieurs années des travaux sur différentes mesures pouvant mitiger les effets indésirables sur la santé associés au régime actuel de prohibition des drogues. L'action de l'INSPQ s'inscrit dans le cadre de la Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre¹. Le présent rapport s'inscrit aussi en soutien au MSSS dans ses réflexions sur les changements de politiques d'encadrement des drogues interdites de possession en vertu du paragraphe 56(1) de la *Loi encadrant l'usage de drogues et autres substances* (LRCDAS).

Ce document est un produit scientifique convenu avec le MSSS dans l'entente-cadre pour la consolidation et le développement d'une expertise québécoise en santé publique, volet « prévention des dépendances ». Les objectifs de ce projet ont été convenus entre l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Direction générale adjointe de la santé publique.

Principalement destiné aux décideurs et acteurs de santé publique, il vise à préciser les sens et les effets potentiels de régimes d'encadrement des drogues (décriminalisation et légalisation), ainsi que des approches de déjudiciarisation et de non-judiciarisation. Il présente, en outre, des éléments permettant de mieux saisir les fondements et les objectifs qui les sous-tendent. Les propos contenus dans ce rapport portent exclusivement sur l'infraction de possession de drogues et tiennent compte des lois et cadres juridiques en vigueur au Québec.

¹ Septième volet des « Mesures à mettre en place au Québec pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre » (*amorcer une réflexion quant aux changements à apporter aux politiques de régulation des drogues*).

NOTE AUX LECTEURS

Ce rapport comporte des interprétations de termes juridiques, lesquels sont présentés à des fins d'analyse de santé publique. Des juristes ont été consultés afin d'assurer la rigueur et l'exactitude des propos en contexte canadien et québécois. Néanmoins, ce document n'est pas un avis juridique et n'a aucune portée légale.

Les propos présentés ne constituent pas une prise de position de l'INSPQ. De même, afin de fournir une vision plus en profondeur des régimes d'encadrement possibles, les propos présentés vont parfois au-delà des objectifs et de la logique d'action qui peuvent généralement être visés dans une perspective de santé publique.

Par ailleurs, noter qu'aux fins de la présente publication, le mot « drogue » désigne un produit qui contient une ou plusieurs substances psychoactives interdites de possession dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRC DAS) et qui est consommé à des fins non médicales.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	V
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VI
MESSAGES CLÉS	1
SOMMAIRE	3
1 INTRODUCTION	7
2 MISE EN CONTEXTE	8
2.1 Les régimes de prohibition : leurs principales caractéristiques et conséquences socio-sanitaires	8
2.2 Les infractions pour possession de drogues : quelques données canadiennes et québécoises.....	10
2.3 Le traitement judiciaire de l’infraction de possession de drogues : quelques données canadiennes et québécoises.....	12
2.4 Déjudiciarisation, décriminalisation et légalisation des drogues : des concepts souvent utilisés, mais mal compris	13
3 MÉTHODOLOGIE	14
3.1 Méthode pour la recherche documentaire.....	14
3.1.1 Concepts, mots clés et processus de recherche documentaire pour la définition des approches et régimes d’encadrement.....	14
3.1.2 Sélection des juridictions ou mesures présentées dans les « fiches » et processus de recherche documentaire	14
3.2 Comité scientifique.....	15
3.3 Processus de révision externe.....	15
3.4 Limites du présent document.....	15
4 LA DÉJUDICIARISATION DE LA POSSESSION DE DROGUES	16
4.1 Fondements et objectifs poursuivis.....	17
4.1.1 Précisions sur les programmes québécois de déjudiciarisation et non- judiciarisation en matière de possession de drogues	19
5 LA DÉCRIMINALISATION DE LA POSSESSION DE DROGUES	21
5.1 Fondements et objectifs poursuivis.....	22
5.2 L’opérationnalisation de la décriminalisation.....	23
5.2.1 Les deux principales formes de décriminalisation : <i>de facto</i> et <i>de jure</i>	23

5.2.2	Les principaux « modèles » de décriminalisation.....	23
6	LA LÉGALISATION	26
6.1	Fondements et objectifs poursuivis.....	26
6.1.1	Les modèles d'encadrement légal.....	28
7	CONCLUSION.....	31
8	RÉFÉRENCES.....	33
ANNEXE 1	BANQUES DE DONNÉES CONSULTÉES ET PLATEFORMES ASSOCIÉES	42
ANNEXE 2	FICHE 1 : LES COMMISSIONS DE DISSUASION DE LA TOXICOMANIE	43
ANNEXE 3	FICHE 2 : MEXIQUE – LEY DE NARCOMENUDEO.....	44
ANNEXE 4	FICHE 3 : CERTAINES VILLES AMÉRICAINES — PROGRAMMES LEAD.....	45
ANNEXE 5	FICHE 4 : DÉCRIMINALISATION EN VERTU D'UNE EXEMPTION D'APPLICATION DU PARAGRAPHE 56(1) DE LA LRACDAS (COLOMBIE- BRITANNIQUE)*	46
ANNEXE 6	FICHE 5 : LA DÉCRIMINALISATION AVEC SANCTION (ÉTAT DE L'OREGON, ÉTATS-UNIS)	47

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Évolution du taux d'infraction pour possession de drogues, par 100 000 habitants, par province et territoire, 2000-2020.....	11
Figure 2	Évolution du taux d'infraction pour possession de drogues, par 100 000 habitants, par région métropolitaine de recensement (Québec, Montréal, Sherbrooke, Saguenay et Trois-Rivières), 2000-2020	12
Figure 3	Causes pour des infractions de possession de drogues exclusivement ayant mené à des condamnations à la Cour du Québec. Québec, 2005-2018.....	13

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CDT	Commission de dissuasion de la toxicomanie
CRDC	Commission de réforme du droit du Canada
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LRCDas	<i>Loi fédérale réglementant certaines drogues et autres substances</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PMRG	Programme de mesures de rechange général
PTTCQ	Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec
TUS	Trouble d'utilisation de substances psychoactives
UD	(personne) utilisatrice de drogues
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

MESSAGES CLÉS

Au Québec comme ailleurs, les incitations à reconsidérer le régime d'encadrement des drogues se sont multipliées au cours des dernières années.

Les termes déjudiciarisation, décriminalisation et légalisation, bien que ne signifiant pas la même chose, sont parfois utilisés de manière interchangeable. Cela a pour conséquence de limiter la compréhension de leurs enjeux juridiques respectifs et de leur retombées potentielles pour les personnes utilisatrices de drogues et la population, particulièrement en matière de santé. De plus, les termes n'étant pas toujours maîtrisés – notamment par les acteurs de santé – la concertation entre ces acteurs et leurs partenaires au sujet de leurs forces, limites et enjeux respectifs peut en être restreinte. Le présent document vise à expliciter les principales caractéristiques et les retombées potentielles des différents régimes d'encadrement des drogues (décriminalisation et légalisation), ainsi que des approches de déjudiciarisation et de non-judiciarisation. Il présente, en outre, des éléments permettant de mieux saisir les fondements et les objectifs qui les sous-tendent. Ce rapport porte exclusivement sur l'infraction de possession de drogues (i.e. l'usage à des fins personnelles) et tient compte des lois et cadres juridiques en vigueur au Québec.

Ce rapport met en évidence que les frontières entre ces différents régimes d'encadrement ou approches de déjudiciarisation (et non-judiciarisation) sont parfois floues et ne sont pas mutuellement exclusives. En conséquence, il peut y avoir un certain nombre de points communs entre ceux-ci.

À la suite de la consultation de la littérature et en fonction des lois et cadres juridiques canadiens et québécois, les termes d'intérêts peuvent succinctement être définis comme suit :

La **déjudiciarisation** est une pratique s'inscrivant dans le contexte du régime actuel de prohibition. Son application ne suppose pas l'absence de contact avec le système de justice, impliquant plutôt un traitement « alternatif » de certaines infractions. Au Canada, la déjudiciarisation réfère en outre à une diversité de mesures, soit : 1) les ententes survenues avant le procès; 2) le traitement des dossiers dans la collectivité plutôt qu'à l'intérieur du cadre de la justice pénale; 3) l'allègement des peines, notamment en prévoyant le recours à des mesures autres que l'emprisonnement et 4) le traitement des dossiers réglés par la police, sans contact avec le système judiciaire (connu au Québec sous l'appellation de « **non-judiciarisation** »).

La **décriminalisation** de la possession de drogues fait référence à des mesures permettant d'éviter l'application des sanctions criminelles. Ces mesures peuvent impliquer des changements à la loi (décriminalisation *de jure*) ou se limiter à des modifications dans les pratiques policières ou judiciaires (décriminalisation *de facto*). Une sanction non criminelle peut s'appliquer, tout

comme le recours à d'autres modalités (p. ex. : orientation vers des soins de santé et services sociaux, gradation dans la sévérité des sanctions, etc.).

La **légalisation** fait référence à la fois la reconnaissance par la loi d'une pratique auparavant non réglementée et à la levée des interdictions qui se rattachent à un comportement auparavant illégal. En ce qui a trait aux substances psychoactives, elle suppose la mise en œuvre d'un cadre légal permettant à l'État d'encadrer la production, la distribution et l'usage des drogues.

Enfin, la littérature consultée révèle que les impacts potentiels de ces régimes d'encadrement ou approches de déjudiciarisation (et non-judiciarisation) sur la santé de la population semblent parfois peu considérés dans la littérature et les prises de position de différents regroupements de personnes utilisatrices de drogues. Par exemple, advenant une potentielle hausse de l'usage de drogues dans la population, peu de données existent en vue d'évaluer les effets possibles sur le système de santé (p. ex. : accroissement possible de l'utilisation des soins et services et impacts sur l'accès et la disponibilité aux ressources). De la même manière, peu de données sur les effets d'une hausse de l'usage (et de l'usage problématique) dans la population ou encore sur la mortalité et la morbidité associées à la consommation de drogues ont été relevées dans la littérature. Dans certains cas, on observe également que ces considérations sont absentes dans les objectifs qui sous-tendent ces régimes d'encadrement ou mesures de déjudiciarisation et non-judiciarisation.

SOMMAIRE

MISE EN CONTEXTE ET MANDAT

Les méfaits associés aux régimes de prohibition des drogues sont l'objet d'une littérature croissante. Ceux-ci sont documentés à la fois dans la littérature scientifique et par différentes instances de la société civile. Au Canada comme ailleurs, l'incapacité à réduire le nombre de surdoses est généralement l'élément crucial évoqué pour remettre en cause le régime actuel de prohibition des drogues.

Malgré les débats que suscitent à la fois la déjudiciarisation, la décriminalisation et la légalisation, ces termes complexes peuvent être difficiles à saisir pour ceux qui ne sont pas familiers avec le domaine juridique. Principalement destiné aux décideurs et acteurs de santé publique et produit à la demande de la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce rapport vise ainsi à préciser les sens de ces termes, en fonction des lois et cadres juridiques en vigueur au Québec et au Canada. Il présente en outre des éléments permettant de mieux saisir les fondements et les objectifs qui les sous-tendent. Les propos tenus et les mesures qui sont présentées concernent la possession simple (i.e. à des fins d'usage personnel), excluant ainsi ce qui pourraient s'appliquer pour le trafic.

MÉTHODOLOGIE

La définition des termes est basée sur une recension des écrits non systématique. Elle inclut principalement la consultation de diverses sources gouvernementales canadiennes et québécoises. Des documents faisant état des prises de position de diverses organisations de la société civile en matière d'encadrement des drogues ont été utilisés pour, notamment, mieux cerner les fondements des différents régimes d'encadrement. Une recension des écrits non systématique a aussi été réalisée pour élaborer les fiches intégrées en annexe au présent rapport. Ces fiches permettent de mieux comprendre les différents modèles (ou modalités) pouvant être à l'œuvre dans un contexte de décriminalisation de la possession de drogues, en prenant pour exemple ce qui est en place dans différentes juridictions.

DÉFINITIONS SOMMAIRES, FONDEMENTS ET EXEMPLES D'OBJECTIFS POURSUIVIS

Ce rapport met en évidence que les frontières entre ces différents régimes d'encadrement ou approches de déjudiciarisation et non-judiciarisation sont floues et ne sont pas mutuellement exclusives. Par le fait même, il peut y avoir un certain nombre de points communs entre les logiques d'action et les objectifs poursuivis par ceux-ci.

1) La déjudiciarisation

- **Définition sommaire** : Au Canada comme au Québec, la déjudiciarisation fait référence à des mesures, programmes ou pratiques mis en place pour limiter les effets négatifs de la judiciarisation et cela, sans modifier le cadre légal entourant les drogues. Elle peut référer à de multiples mesures, dont : 1) le traitement des dossiers réglés par la police, sans contact avec le système judiciaire; 2) les ententes survenues avant le procès; 3) le traitement des dossiers dans la collectivité plutôt qu'à l'intérieur du cadre de la justice pénale et 4) l'allègement des peines, notamment en prévoyant le recours à des mesures autres que l'emprisonnement. En bref, contrairement à ce que suggère l'étymologie du terme, la déjudiciarisation ne suppose pas nécessairement l'absence de contact avec le système de justice. Toutefois, elle peut limiter des méfaits tels la possession d'un casier judiciaire et entraîner un allègement des peines ou conditions imposées par les tribunaux conventionnels. Au Québec comme au Canada, les appellations telles que « mesures de rechanges », « programmes sociaux à la Cour » et « programme de traitement non judiciaire » sont communément utilisées pour référer à cette approche. La déjudiciarisation et la non-judiciarisation peuvent donc prendre place dans le régime actuel de prohibition. Notons, en outre, que ces approches partagent de nombreux points communs avec certaines formes de décriminalisation.
- **Fondements ou logique d'action** : La déjudiciarisation répond généralement à la volonté de soutenir les personnes considérées vulnérables qui enfreignent la loi. Elle pose le postulat que plusieurs parmi elles peuvent s'engager dans des activités illégales en raison de problèmes de santé ou de caractéristiques liées à leur mode de vie et que les approches plus conventionnelles du système de justice sont inefficaces. En matière de drogues, elle ne remet cependant pas en question le paradigme dominant : la consommation continue d'être un comportement jugé déviant et devant être sanctionné en vue de ne pas entraîner la banalisation de l'usage et engendrer une hausse des méfaits possibles qui s'y rattachent (p. ex. : hausse de l'usage dans la population générale).
- **Exemples d'objectifs poursuivis** : 1) offrir une réponse judiciaire qui prend en compte les caractéristiques sociales et de santé de la personne; 2) réduire la récidive (notamment en favorisant l'accès à du traitement visant la cessation de l'usage); 3) traiter les infractions criminelles mineures ou les délits isolés autrement que par l'approche judiciaire conventionnelle et 4) désengorger les tribunaux en vue d'accroître son efficacité pour le traitement des cas constituant une menace pour la sécurité publique.

2) La décriminalisation

- **Définition sommaire :** La décriminalisation de la possession de drogues fait référence à des mesures permettant d'éviter l'application des sanctions criminelles. Elle ne concerne habituellement pas l'infraction à des fins de trafic. Elle ne remet pas en cause l'interdiction de posséder des drogues. Cependant, le fait de posséder celles-ci — sauf exception — ne mène pas à une sanction criminelle, bien qu'une autre forme de sanction ou une amende pénale puisse s'appliquer. Dans la plupart des juridictions, elle ne suppose habituellement pas de réglementation autorisant la production et la distribution, les drogues continuant donc d'être contrôlées par le marché clandestin. Des seuils destinés à départager l'infraction de possession et celle à des fins de trafic peuvent s'appliquer. Enfin, la décriminalisation peut impliquer des changements à la loi (décriminalisation *de jure*) ou encore, uniquement un changement au niveau des pratiques policières ou judiciaires (décriminalisation *de facto*).
- **Fondements ou logique d'action :** Le plus souvent, la décriminalisation répond à la volonté de considérer les personnes utilisatrices de drogues comme des personnes présentant un problème de santé ou de nature psychosociale plutôt que comme étant des personnes criminelles. Nombre de ceux se positionnant en faveur de ce régime d'encadrement considèrent que celui-ci s'inscrit en continuité avec l'approche de réduction des méfaits. Plusieurs estiment, en outre, que la décriminalisation a le potentiel de diminuer la stigmatisation, ce qui pourrait favoriser une utilisation accrue des soins de santé et services sociaux par les personnes utilisatrices de drogues. Le fait que la possession de drogues demeure interdite et qu'elle puisse entraîner une sanction autre que criminelle permettrait de conserver le caractère socialement et moralement répréhensible associé aux drogues. Cela pourrait, notamment, limiter la banalisation de l'usage.
- **Exemples d'objectifs poursuivis :** 1) éviter les méfaits associés au casier judiciaire; 2) encourager le recours aux soins de santé et des services sociaux; 3) réduire la stigmatisation et le profilage discriminatoire; 4) maintenir les personnes utilisatrices de drogues à l'extérieur du système judiciaire et réduire leurs contacts avec les forces de l'ordre; 5) diminuer les coûts pour le traitement de l'infraction de possession de drogues et désengorger les tribunaux.

3) La légalisation

- **Définition sommaire :** La légalisation désigne la reconnaissance par la loi d'une pratique auparavant non réglementée ou encore, la levée des interdictions se rattachant à un comportement ou à une pratique auparavant illégale. En matière de substances psychoactives précisément, elle peut s'accompagner de la mise en œuvre d'un encadrement légal de la production, de la distribution et de l'usage. Ainsi, elle suppose de légiférer quant aux différents contextes de possession et d'usage qui sont dorénavant autorisés et ceux qui demeurent interdits. Elle inclut aussi de statuer sur les sanctions – criminelles ou non – qui peuvent s'appliquer. Certains auteurs et certaines instances vont préconiser les termes « régulation » ou « réglementation » pour désigner un tel régime d'encadrement.

- **Fondements ou logique d'action** : Les chercheurs et organismes représentant les personnes utilisatrices de drogues se positionnant en faveur de la légalisation posent le postulat que seul un accès facilité à des drogues de qualité contrôlée contribuerait à réduire les méfaits associés à ces substances. De leur point de vue, seule la légalisation permet aux États d'accomplir pleinement leur rôle de protection de la population. Pour ces mêmes acteurs, la légalisation est considérée comme souhaitable au nom de la liberté individuelle, de l'autonomie et en respect des droits de la personne. Plusieurs parmi eux sont aussi d'avis que seule une minorité de personnes utilisatrices de drogues est aux prises avec un trouble de l'usage, un problème de santé mentale ou désaffiliée socialement, ce qui justifierait le recours à ce même régime d'encadrement. Il y a généralement consensus pour affirmer que la légalisation doit impliquer des investissements dans les soins de santé et les services sociaux, notamment dans l'optique d'accroître la sensibilisation et la prévention.
- **Exemples d'objectifs poursuivis** : 1) assurer un approvisionnement de qualité contrôlée, permettant de réduire certains méfaits des drogues; 2) déstigmatiser l'usage de drogues et les problématiques qui s'y rattachent; 3) fournir à l'État de nouvelles sources de revenus; 4) affaiblir le marché clandestin, ainsi que les tensions et la violence qui lui sont inhérentes.

Finalement, la littérature consultée met en évidence que les impacts potentiels sur la santé de la population semblent parfois peu considérés. Par exemple, advenant que le changement de régime d'encadrement ou qu'un recours plus accru à la déjudiciarisation entraîne une hausse de la prévalence de l'usage de drogues dans la population, peu de données permettent de comprendre les impacts que cela aurait sur l'utilisation du système de santé. Similairement, il semble que dans certains cas, les objectifs de santé publique (p. ex. : éviter ou retarder l'amorce de la consommation chez les jeunes, éviter la conduite avec facultés affaiblies, etc.) sont aussi peu pris en compte dans les écrits consultés, voire dans les objectifs qui sous-tendent ces régimes d'encadrement ou mesures de déjudiciarisation.

1 INTRODUCTION

Au cours des dernières années, plusieurs voix se sont élevées pour appeler à un changement du régime d'encadrement de la possession de drogues au Canada. L'incapacité à freiner les surdoses et la stigmatisation des personnes utilisatrices de drogues (UD) sont parmi les principales raisons invoquées pour réclamer un tel changement.

Malgré les débats que suscitent à la fois la déjudiciarisation, la décriminalisation et la légalisation, ces termes et leurs implications sont généralement peu ou mal compris et sont souvent utilisés de manière interchangeable, notamment par les acteurs de la santé publique. Comme il en sera question dans ce rapport, bien que répondant à des logiques distinctes, ces pratiques (déjudiciarisation et non-judiciarisation) et régimes d'encadrement (décriminalisation, légalisation) partagent parfois des objectifs similaires. Ils ont généralement pour trait commun de viser une baisse de la pression juridique exercée sur les personnes UD (1). Ils représentent ainsi des solutions de rechange ou des aménagements au régime actuel de prohibition. Dans le contexte actuel de remise en question du paradigme de prohibition, une meilleure compréhension des nuances et des similitudes qu'impliquent ces approches et régimes d'encadrement est donc cruciale pour favoriser une prise de décision éclairée.

Ce rapport est produit à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il a pour objectif de clarifier la définition et la portée des termes « déjudiciarisation », « décriminalisation » et « légalisation » de l'infraction de possession de drogues, spécifiquement au Canada et au Québec, en fonction des lois et cadres juridiques en vigueur, ainsi qu'à mieux cerner les fondements et objectifs qu'y s'y rattachent. Les propos et mesures présentés concernent la possession simple (i.e. à des fins d'usage personnel), excluant ainsi ce qui pourrait référer au traitement de l'infraction de trafic.

Afin de mieux comprendre les enjeux à l'origine de la remise en cause du cadre de prohibition par certains acteurs de santé publique, le présent rapport brosse, dans un premier temps un portrait sommaire des principales caractéristiques et méfaits sociosanitaires qui s'y rattachent. Des données canadiennes et québécoises portant sur les taux d'infraction pour possession de drogues et les causes portées devant les tribunaux québécois pour cette même infraction sont aussi présentées. L'approche méthodologique est ensuite détaillée. Enfin, les trois dernières sections portent, respectivement, sur la déjudiciarisation, la décriminalisation et la légalisation de la possession de drogues. Les définitions, tout comme les fondements et principaux objectifs de chacune de ces approches ou régimes d'encadrement, sont présentés. Notons que lorsque possible, les exemples présentés sont ceux de programmes et mesures en place au Québec ou dans le reste du Canada. Lorsque de tels exemples étaient inexistantes, des exemples provenant d'autres juridictions ont été privilégiés.

2 MISE EN CONTEXTE

2.1 Les régimes de prohibition : leurs principales caractéristiques et conséquences sociosanitaires

Les régimes de prohibition encadrant les drogues imposent des restrictions quant à leur production, leur distribution et leur usage. Historiquement, leurs principaux objectifs étaient de dissuader la consommation en rendant la possession de ces drogues passible d'une peine consécutive au contact avec la justice criminelle (2,3), tout comme d'assurer la protection des populations contre les effets néfastes qui peuvent s'y rattacher (1,4). Ces régimes concèdent donc un rôle majeur aux autorités policières, juridiques et correctionnelles (5). Toutefois, l'intensité d'intervention et de coercition qui en découlent peut varier grandement. Par exemple, dans certaines juridictions, le recours à l'incarcération (6) et la violence policière accrue (7–9) font partie des pratiques courantes adoptées à l'endroit des personnes UD. Tout en conservant un cadre général de prohibition, d'autres juridictions vont choisir de ne pas appliquer la loi si l'usage se fait dans des lieux spécifiques (p. ex. : dans les services de consommation supervisée ou de prévention des surdoses) ou dans des contextes précis (p. ex. : dans le cadre d'un programme d'analyse de drogues).

Les coûts sociaux et économiques des régimes de prohibition pour la société, tout comme les conséquences qu'ils engendrent pour les personnes UD, sont bien connus (6,10–12). Les contacts avec les forces de l'ordre constituent l'une d'entre elles. Le caractère illégal des drogues contribue à ce que toutes les personnes UD s'exposent au risque d'être l'objet d'interventions policières. Le stress subi lors de l'arrestation pour possession de drogues est étroitement lié à la probabilité d'avoir des démêlés avec la justice, voire d'être poursuivies en vertu de la loi criminelle, avec les conséquences qui s'y rattachent. Un verdict de culpabilité à la suite d'une infraction à une loi criminelle est en effet reconnu pour mener à un casier judiciaire, lequel peut occasionner des difficultés à trouver un emploi, une assurance ou un logement, en plus d'entraîner des interdictions dans les déplacements transfrontaliers (13). Cela dit, au Canada comme ailleurs, diverses mesures ont été déployées au cours de la dernière décennie en vue de réduire les risques d'arrestation pour possession de drogues. C'est le cas, notamment, pour la mise en œuvre des services de consommation supervisée et des centres de prévention des surdoses, fournissant aux personnes UD des espaces plus sécuritaires pour consommer, en plus de limiter leur visibilité dans l'espace public. La *Loi sur les Bons Samaritains secourant les victimes de surdoses*, offrant la protection juridique à toute personne faisant appel aux services d'urgence lors d'épisode de surdoses, devait également contribuer à réduire partiellement les contacts que les personnes UD ont avec les instances policières (14–16).

Il est, en outre, reconnu que les régimes de prohibition affectent de manière disproportionnée certains groupes de la population, soit les personnes visibles dans l'espace public, incluant celles vivant en contexte d'itinérance (17). Plusieurs études démontrent que la consommation dans l'espace public est associée à des risques accrus pour la santé, notamment en raison du recours à des pratiques d'usage peu sécuritaires ou se faisant dans des conditions d'hygiène défectueuses (absence d'eau stérile, omission de nettoyer le site d'injection, etc.) (6,8,18–20). Ces comportements accentuent le risque de développer des abcès, des infections, des plaies, des cellulites ou des problèmes veineux (8,21,22). Similairement, plusieurs personnes UD redoutent de se déplacer en ayant en leur possession ce même matériel, voire craignent d'être aperçues à proximité des services de consommation supervisée (19,23,24). Le partage de matériel d'injection ou d'inhalation est aussi une pratique répandue ayant des effets délétères sur la santé (transmission du virus de l'immunodéficience humaine, hépatite C, etc.). L'usage de drogues dans des lieux isolés et insalubres est aussi un phénomène fréquent chez ces mêmes personnes (20,25–28). Or, des données démontrent que les risques de surdoses sont plus élevés lorsque la consommation se fait dans des lieux publics (non destinés à la consommation) ou semi-publics (toilettes publiques, cages d'escaliers, etc.) (29). Dans nombre de cas, ces pratiques sont liées à la nécessité perçue de devoir consommer de manière hâtive pour éviter d'être repéré par les forces de l'ordre (20,25–28). Toujours en ce qui a trait aux surdoses, des travaux indiquent qu'au Canada précisément, seulement 30 à 65 % des personnes qui administrent la naloxone lors d'intoxication aiguë aux opioïdes font simultanément appel aux services d'urgence. Dans plus du tiers des cas, la raison invoquée pour s'abstenir d'obtenir un tel soutien est la crainte des démêlés avec les policiers (p. ex. : peur d'être poursuivi pour possession de drogues, de perdre la garde de leurs enfants, etc.) (30). Selon certaines études, l'entrée en vigueur de la *Loi sur les Bons Samaritains secourant les victimes de surdoses* n'aurait pas nécessairement l'effet attendu en ce sens (16,31,32).

La stigmatisation qu'entraînent les régimes de prohibition est aussi reconnue pour limiter la recherche de soutien, la prévention, la sensibilisation et l'obtention de soins et services de santé (12,33–35). Plusieurs personnes UD cumulent diverses problématiques de santé physique et mentale, en plus d'être désaffiliées socialement (5,36). Or, nombre d'entre elles sont peu enclines à faire usage des ressources requises par leur condition, appréhendant à la fois d'être jugées, ainsi que d'être dénoncées par les professionnels de la santé et sanctionnées criminellement (33–35). Ces éléments, en plus d'avoir une incidence directe sur la santé et la qualité de vie des personnes UD, peuvent également avoir des effets délétères sur leurs proches (37–39).

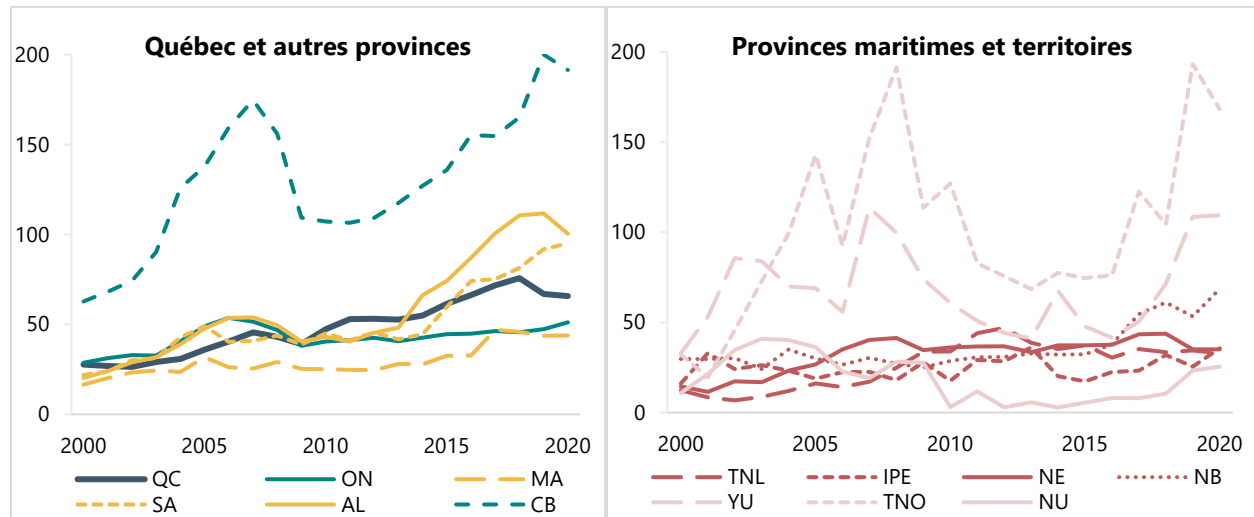
L'accroissement de la violence et de l'insécurité au sein des communautés fait aussi partie des méfaits sociosanitaires communément associés aux régimes de prohibition (11,40–42). La visibilité des personnes UD dans l'espace public, l'adoption de certains comportements induits par l'état d'intoxication, tout comme la présence de déchets générés par la consommation, sont reconnus pour renforcer le sentiment d'insécurité et affecter la cohésion sociale. Il en va de même pour le déploiement et la présence d'effectifs policiers, qui, à la base, vise pourtant à sécuriser les espaces publics où l'on observe de fortes concentrations de personnes UD (43,44).

Dans un autre ordre d'idées, la mise en circulation de drogues à l'origine de plusieurs surdoses et autres méfaits sur la santé telles que le fentanyl et ses analogues plus puissants (p. ex. carfentanyl) serait en partie liée aux stratégies déployées par les acteurs du marché clandestin en réaction au renforcement des pressions exercées par les forces policières dans la lutte au trafic et aux trafiquants (45). Pour les trafiquants, l'avantage est que ces drogues sont particulièrement faciles à dissimuler et à transporter. En plus des méfaits sur la santé pour les personnes UD, s'ajoute le fait qu'elles sont habituellement peu coûteuses à produire et à importer, accroissant ainsi l'intérêt pour les acteurs clandestins d'en répandre l'accessibilité (46,47).

2.2 Les infractions pour possession de drogues : quelques données canadiennes et québécoises

Les données de source policière présentées dans la figure 1 font état de l'évolution des taux d'infraction pour possession de drogues (autres que cannabis) pour la période de 2000 à 2020, dans toutes les provinces canadiennes. On y constate que ce taux est globalement à la hausse pour la période de 2000 à 2017 (ou 2018, selon les provinces). Au cours de cette période, la Colombie-Britannique, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon se démarquent nettement des autres provinces et territoires, avec des taux atteignant jusqu'à 200 infractions par 100 000 habitants. Au Québec, les taux d'infraction ont pour leur part varié de 26,9 à 75,7 infractions par 100 000 habitants. Les données les plus récentes indiquent, pour leur part, qu'au cours des dernières années, le Québec est l'une des provinces canadiennes où une diminution de ce taux est observable.

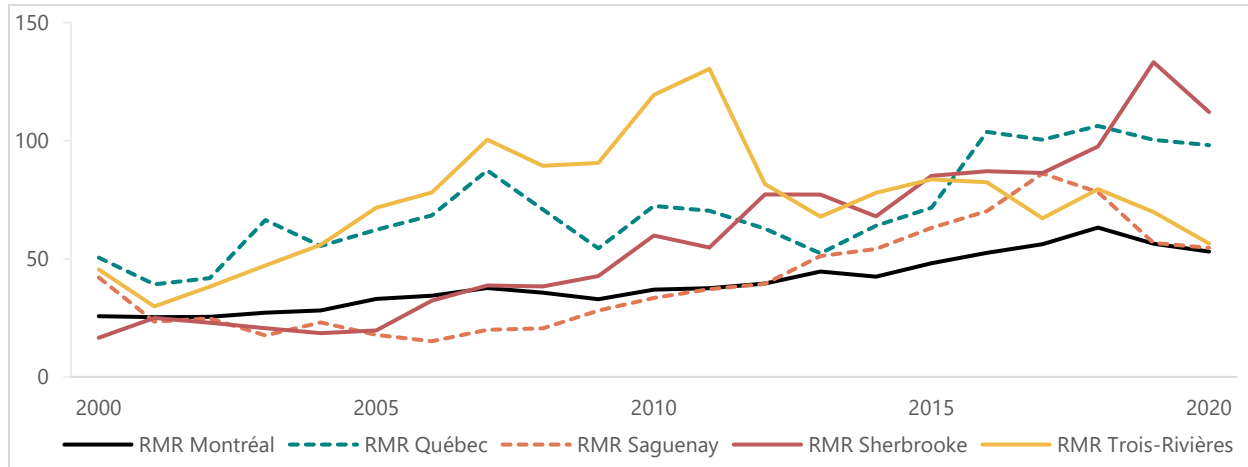
Figure 1 Évolution du taux d'infraction pour possession de drogues, par 100 000 habitants, par province et territoire, 2000-2020



Source : Statistique Canada. Tableau 35-10-0177-01. Statistique des crimes fondés sur l'affaire, par infractions détaillées, Canada, provinces, territoires et régions métropolitaines de recensement. Date de diffusion : 2021-07-27. Note : ces taux incluent les infractions de possession suivantes : cocaïne (4120); héroïne (4110) et autres drogues (4130), de 2000 à 2020; MDMA en cristaux (4150) et ecstasy (4160) de 2006 à 2020 et opioïdes autres que l'héroïne (4170) de 2011 à 2020.

Par ailleurs, au Québec précisément et bien que les données disponibles soient restreintes et non représentatives de l'ensemble de la situation dans la province, on observe d'importantes variations entre les différentes régions en ce qui a trait à ces taux. Comme le démontre la figure 2, de 2000 à 2020, la région montréalaise a eu un taux d'infraction pour possession de drogues inférieur à la région de Québec. Ceux-ci ont varié de 25,7 à 63,2 infractions par 100 000 habitants dans la région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal, tandis que dans la RMR de Québec, ceux-ci ont varié de 39,2 à 106,3 infractions par 100 000 habitants. La RMR du Saguenay a pour sa part eu des taux oscillant de 15,1 à 70,22 infractions par 100 000 habitants, tandis que la RMR de Sherbrooke est celle a connu les écarts les plus importants, variant de 16,6 à 133,2 infractions par 100 000 habitants. Ces données doivent cependant être interprétées avec prudence puisque de multiples facteurs peuvent expliquer de telles variations et la prise en compte de ceux-ci dépasse le cadre de ce rapport. Ce pourrait être le cas, par exemple, pour la disponibilité et l'affectation des forces policières en fonction des priorités locales.

Figure 2 Évolution du taux d'infraction pour possession de drogues, par 100 000 habitants, par région métropolitaine de recensement (Québec, Montréal, Sherbrooke, Saguenay et Trois-Rivières), 2000-2020



Source : Statistique Canada. Tableau 35-10-0177-01. Statistique des crimes fondés sur l'affaire, par infractions détaillées, Canada, provinces, territoires et régions métropolitaines de recensement. Date de diffusion : 2021-07-27. Note : ces taux incluent les infractions de possession suivantes : cocaïne (4120); héroïne (4110) et autres drogues (4130), de 2000 à 2020; MDMA en cristaux (4150) et ecstasy (4160) de 2006 à 2020 et opioïdes autres que l'héroïne (4170) de 2011 à 2020.

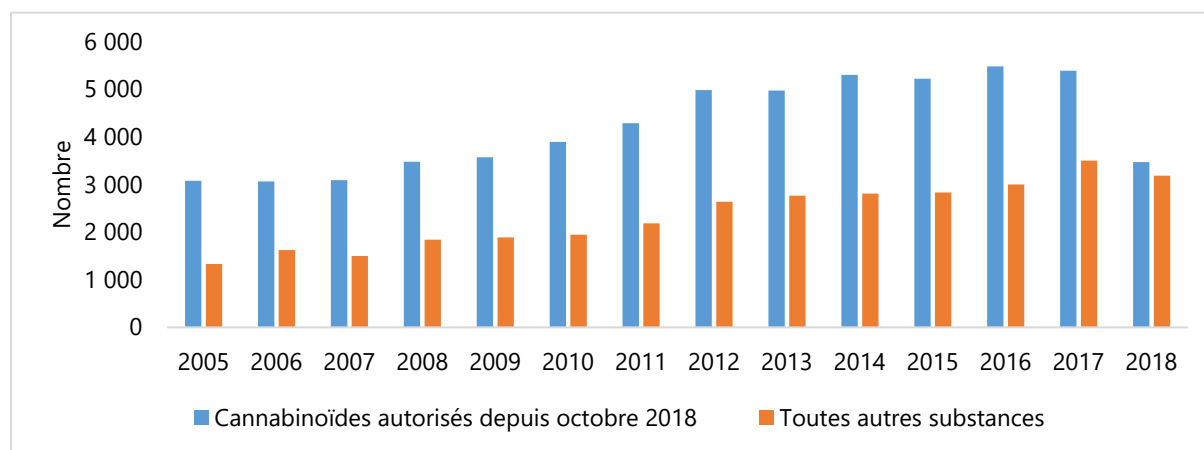
2.3 Le traitement judiciaire de l'infraction de possession de drogues : quelques données canadiennes et québécoises

Toutes les arrestations policières pour motif de possession de drogues n'entraînent pas des accusations ou des condamnations. Lorsqu'il y a insuffisance de preuves, que l'infraction est de faible gravité ou que des conditions particulières permettent l'admissibilité de la personne à un programme alternatif, les procureurs peuvent choisir de ne pas engager de poursuite. Au Canada, les seules données repérées démontrent qu'en 2006-2007, près de 43 % des causes judiciaires comprenant minimalement une infraction pour possession de drogues ont été l'objet d'un rejet, d'une absolution ou d'un retrait (48).

Des données provenant de la Cour du Québec indiquent que pour l'ensemble des drogues (incluant le cannabis), le nombre de dossiers traités pour possession de drogues a été en augmentation constante de 2005 à 2017. Le nombre de causes traitées est passé de 4416 à 8900 causes (voir figure 3). Jusqu'en 2017, la possession de cannabis (et autres cannabinoïdes) a constitué en moyenne 65 % de ces causes, alors que cette proportion est passée à environ 52 % en 2018. Il est toutefois fréquent qu'une même cause comporte plusieurs chefs d'accusation. De même, il est aussi courant que lors d'une seule arrestation, une même personne soit l'objet de plus d'une cause. Du fait de la légalisation du cannabis survenue à la fin de l'année 2018, il est attendu que le nombre de causes en lien avec la possession de cette substance occasionne un

allègement du fardeau pour le système judiciaire, et ce, bien que les procès pour possession de cannabis aient toujours été peu fréquents².

Figure 3 Causes pour des infractions de possession de drogues exclusivement ayant mené à des condamnations à la Cour du Québec. Québec, 2005-2018



Source : Système du plumitif M013 — Gestion des causes criminelles adulte. Date d'extraction : 2020-09-22.

2.4 Déjudiciarisation, décriminalisation et légalisation des drogues : des concepts souvent utilisés, mais mal compris

Comme le suggèrent les propos antérieurs, les impacts associés au régime de prohibition des drogues sont bien connus. Les termes « déjudiciarisation », « décriminalisation » et « légalisation » sont de plus en plus fréquemment utilisés — autant dans la littérature scientifique que par les organismes œuvrant auprès des personnes UD ou dans la presse écrite et orale — pour faire état des approches alternatives à ce régime. Ces approches et ces régimes d'encadrement ne sont pas mutuellement exclusifs et partagent parfois des objectifs communs. Toutefois, ils peuvent comporter des différences significatives en termes d'applicabilité et peuvent avoir des retombées potentiellement distinctes sur les personnes UD, voire sur la population.

Après la présentation de l'approche méthodologique, les sections suivantes de ce rapport visent à rendre plus explicites de telles différences et similitudes, ainsi qu'à présenter les logiques d'action et les objectifs poursuivis à la fois par la déjudiciarisation, la décriminalisation et la légalisation des drogues.

² Échange personnel entre l'auteure principale et un professionnel du ministère de la Justice du Québec, le 10 octobre 2000.

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Méthode pour la recherche documentaire

3.1.1 Concepts, mots clés et processus de recherche documentaire pour la définition des approches et régimes d'encadrement

La recherche de la littérature pour la présentation des définitions a été effectuée entre les mois de mai et d'octobre 2021. Différents concepts ont été identifiés et traduits en mots clés en anglais : substances contrôlées, substances psychoactives, possession de drogues, décriminalisation, légalisation, déjudiciarisation. Ces termes ont été utilisés pour explorer différentes bases de données scientifiques hébergées sur la plateforme EBSCOHost. La plateforme HeinOnline, spécialisée dans la littérature juridique, a également été consultée, tout comme les moteurs de recherche Google et Google Scholar (voir l'annexe 1 pour plus de détails). Les articles en anglais, en espagnol et en français ont été considérés, sans restriction quant aux dates de publication. Pour être retenus, les articles devaient répondre minimalement à l'un des critères suivants : 1) permettre de mieux comprendre les assises et les principaux objectifs poursuivis de la déjudiciarisation, la décriminalisation ou la légalisation; 2) proposer des éléments permettant de définir ces mêmes termes et leur utilisation au regard des lois en vigueur, tant au Québec qu'au Canada et 3) concerner uniquement la possession à des fins d'usage personnel.

L'examen des bibliographies des publications les plus pertinentes a aussi été effectué. Une attention particulière a été portée aux références suggérées par des membres du comité scientifique ayant accompagné les membres de l'équipe-projet. Enfin, les documents faisant état des prises de position des organismes et instances les plus connues au Canada et dans le monde, que ce soit en matière de réduction des méfaits ou de défense des droits des personnes UD, ont été intégrés à la suite d'une recherche dans Google. Cette littérature a été utilisée afin de rendre plus explicites les fondements de la décriminalisation et de la légalisation. Dans tous les cas, lorsque des exemples québécois ou canadiens permettaient d'illustrer les propos, ceux-ci ont été privilégiés. Au besoin — et notamment dans le cas de la décriminalisation — des exemples issus de différentes juridictions ont été introduits, lorsque les mesures sont inexistantes au Canada ou au Québec en matière de possession de drogues.

3.1.2 Sélection des juridictions ou mesures présentées dans les « fiches » et processus de recherche documentaire

La décriminalisation étant un processus particulièrement complexe et pouvant être mis en place de différentes manières, il a été choisi d'élaborer des fiches permettant d'exemplifier les « modèles » les plus fréquemment cités dans la littérature. Ces fiches présentent les mesures mises en place (ou envisagées) au sein de juridictions données. Intégrées en annexe au présent

document, elles font succinctement mention d'aspects tels les fondements de ces mesures, les principaux objectifs poursuivis, les étapes majeures préalables à l'implantation, les mécanismes d'action et la mention des seuils permettant de départager l'infraction de possession de drogues et celle à des fins de trafic. De manière pragmatique, il a été choisi de présenter les modèles les plus souvent cités dans la littérature et les mieux documentés. Les membres du comité scientifique ont été invités à confirmer la pertinence des choix effectués, ainsi qu'à proposer des exemples supplémentaires. La recherche documentaire en vue d'élaborer ces fiches a été faite par l'entremise de Google Scholar, en consultant les dix premières pages des résultats et cela, pour chaque modèle présenté. Une recherche dans Google a été effectuée pour compléter l'information recherchée. Elle a aussi inclus la consultation des sites gouvernementaux des juridictions où sont implantés les modèles ciblés. La littérature publiée en français, en anglais et en espagnol a été utilisée et aucune limite quant aux dates de publication n'a été considérée.

3.2 Comité scientifique

Un comité scientifique a accompagné les membres de l'équipe projet. Celui-ci était constitué de deux experts de l'INSPQ ainsi que d'une juriste, également chercheuse en milieu universitaire. Ce comité avait pour mandat : 1) de conseiller les membres de l'équipe projet quant à la méthodologie à utiliser; 2) d'offrir un avis sur les aspects éthiques et juridiques du projet; 3) de proposer des documents ou articles pouvant enrichir le contenu du présent rapport; 4) de commenter la version préfinale. La participation au comité scientifique n'engage pas les experts à adhérer au contenu de la présente publication.

3.3 Processus de révision externe

Afin de remplir les exigences institutionnelles, trois relecteurs externes ont évalué et commenté le présent rapport. L'ensemble des commentaires reçus a été compilé et pris en compte par les membres de l'équipe projet.

3.4 Limites du présent document

Le recours à une recension des écrits non systématique — incluant pour la réalisation des fiches présentées en annexe — peut avoir limité l'exhaustivité des informations présentées. Par ailleurs, plusieurs des articles utilisés pour mieux comprendre les fondements et les objectifs poursuivis prennent la forme de commentaires ou de lettres à l'éditeur, ne sont généralement pas soumis au processus d'évaluation par les pairs. Toutefois, l'objectif du document étant de définir les régimes d'encadrement et approches de déjudiciarisation, ainsi que de présenter les fondements et objectifs visés, ce type de publication était pertinent pour présenter une plus grande diversité de perspectives sur le sujet.

4 LA DÉJUDICIARISATION DE LA POSSESSION DE DROGUES

Si l'on s'en tient à l'étymologie du terme, la déjudiciarisation devrait impliquer le traitement des infractions à l'extérieur du système de justice (49). Au Canada, toutefois, il s'agit d'un concept aux contours flous, regroupant des modalités variées qui n'excluent pas nécessairement l'absence de contact avec les acteurs de la justice. Selon la Commission de réforme du droit du Canada (CRDC), elle peut référer à la fois : 1) au traitement des incidents dans la collectivité plutôt qu'à l'intérieur du cadre de la justice pénale; 2) au traitement de dossiers réglés par la police et non transmis à la justice; 3) aux ententes survenues avant le procès et 4) au recours à des peines autres que l'emprisonnement (50).

Au Canada, les programmes de déjudiciarisation destinés aux adultes sont encadrés par le droit criminel fédéral (art. 716 à 717.4 du Code Criminel). Ils sont définis en vertu de l'article 716 du Code criminel, stipulant que « le procureur de la Couronne peut exercer son pouvoir discrétionnaire (voir l'encadré ci-dessous) et avoir recours à des mesures autres que des procédures judiciaires et des poursuites traditionnelles à l'égard des personnes qui auraient commis des infractions »³ (49,51). La CRDC propose d'y recourir, notamment lorsque l'infraction ne constitue pas un risque pour la protection et la sécurité de la population. Chaque province est responsable de mettre en œuvre, administrer et financer de tels programmes, faisant en sorte que leur implantation se fait à géométrie variable dans le Canada (52). Les autorités provinciales ont, en outre, la responsabilité d'identifier les infractions qui peuvent être traitées par l'entremise de programmes ou de mesures de déjudiciarisation. Le Code criminel est peu restrictif dans la détermination des infractions pouvant être traitées par l'entremise de ceux-ci, laissant ainsi aux procureurs des poursuites un important pouvoir discrétionnaire (53).

ENCADRÉ 1 — LE POUVOIR DISCRÉTIONNAIRE

Le pouvoir discrétionnaire se fonde sur l'idée que certains acteurs dotés d'un « pouvoir de décider » (54) — tels les policiers, les procureurs ou les juges — ont la responsabilité d'exercer leur jugement de manière juste et équitable (55). Afin de limiter la subjectivité, de réduire les ambiguïtés et d'assurer une prise de décision rationnelle, l'exercice du pouvoir discrétionnaire est encadré par des lois ou des lignes directrices (56). Celles-ci peuvent inclure, par exemple, la liste des infractions qui devraient être traitées hors cour (55). S'agissant des policiers, la manière dont ceux-ci exercent ce pouvoir discrétionnaire et les décisions qui en découlent ont des conséquences sur la trajectoire judiciaire qu'une personne empruntera. En effet, c'est à eux que revient la décision de porter ou non des accusations à la Cour (57).

³ Voir : <https://www.ppsc-sppc.gc.ca/fra/pub/sfpg-fpsd/sfp-fps/tpd/p3/ch08.html#fnb5-ref>, page consultée le 2 août 2022.

La littérature consultée suggère qu'au Québec, le terme « déjudiciarisation » est peu employé et que les programmes connus sous le nom de « mesures de rechange » répondent à cette logique. Les autorités provinciales ont également mis en place un programme de « non judiciarisation ». Ce dernier implique que la poursuite choisit de ne pas porter d'accusation et permet à l'auteur d'une infraction de bénéficier d'une mesure autre que celle normalement prévue à la démarche judiciaire conventionnelle (p. ex : un simple avertissement émis par la Cour, sans comparution)⁴.

Au Québec, ce sont principalement les tribunaux spécialisés (en traitement de la toxicomanie, en santé mentale, en itinérance, etc.) qui sont parfois considérés comme des formes de déjudiciarisation, tout comme le programme de mesures de rechange général pour adultes et le Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions commises par des adultes (voir section 3.1.1). Tel qu'évoqué précédemment, la plupart de ces programmes ne supposent pas l'absence de contact avec le système de justice. Toutefois, les audiences peuvent avoir un caractère plus informel et la démarche adoptée peut inclure la prise en compte de certains besoins sociaux et de santé de la personne contrevenante. Cela peut supposer, par exemple, l'implication d'intervenants de la santé et l'élaboration de plans de traitement individualisés (58,59). L'évitement de l'incarcération est le principal apport de ces programmes. Les peines alternatives peuvent inclure la médiation, la justice réparatrice (52) l'orientation vers du traitement (60,61), le recours à des mesures de soutien telles que l'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle, la gestion de la colère ou l'accomplissement de travaux communautaires (60). Dans nombre de cas, les accusations portées contre la personne peuvent être retirées si les conditions imposées par la Cour sont respectées. En ce qui a trait précisément aux tribunaux spécialisés en traitement de la toxicomanie — présents dans de nombreuses juridictions ailleurs dans le monde depuis plusieurs décennies — les participants font habituellement l'objet d'un encadrement strict, exigeant de prendre part à un traitement intensif, souvent axé sur le maintien de l'abstinence. Cela peut aussi impliquer des visites régulières au tribunal pour l'évaluation du cheminement (62).

4.1 Fondements et objectifs poursuivis

Les objectifs poursuivis par la déjudiciarisation sont variés, étant largement tributaires des personnes auxquelles les programmes sont destinés. Ces programmes s'inscrivent habituellement dans une optique de modération et de rationalisation des ressources judiciaires (49). Plus explicitement, plusieurs se donnent pour objectif de désengorger le système de justice et d'en accroître la célérité (49,53).

⁴ Voir : <https://www.justice.gouv.qc.ca/programmes-et-services/programmes/programme-de-mesures-de-rechange-general-pour-adultes/>, page consultée le 2 août 2022.

Un autre des objectifs pouvant être poursuivis est de traiter certaines infractions criminelles mineures ou délits isolés autrement que par le système pénal conventionnel (49). Toutefois, dans un contexte de déjudiciarisation, le caractère répréhensible du geste ou de l'infraction commise n'est normalement pas remis en question. Cependant, cette approche part du postulat qu'il peut parfois être judicieux pour la personne ayant enfreint la loi de répondre de ses actes autrement que par la voie du système(63,64) pénal conventionnel (49,53). Les programmes répondent alors à la volonté de « faire preuve de compassion à l'égard des personnes vulnérables qui enfreignent la loi, tout en assurant à la société une protection équivalente à celle fournie par le système de justice conventionnel (65). L'idée avancée est qu'une personne peut commettre une infraction en raison de certains problèmes de santé ou de particularités liées à ses conditions de vie. Après de ces personnes, les procédures conventionnelles du système de justice sont souvent inefficaces et peu dissuasives, comme en témoignent, par exemple, les hauts taux de récidive criminelle chez celles aux prises avec un problème de santé mentale ou un trouble de l'usage de substances (TUS). En d'autres termes, la déjudiciarisation, plutôt de « simplement punir », vise normalement à mettre en relation des personnes ayant certaines problématiques de santé (p. ex. : problème de santé mentale, TUS, itinérance, etc.) avec des ressources sociales ou de santé. Cela dit, il doit être démontré que l'infraction commise est réellement liée à une telle problématique (58).

Pour les personnes qui en bénéficient, la déjudiciarisation (mais aussi, la non-judiciarisation) permet de mitiger les impacts associés à un passage par le système de justice ou encore, de bénéficier de peines moins lourdes que celles communément associées à la comparution devant des tribunaux «conventionnels » (63,64).

En matière de possession de drogues, la déjudiciarisation peut aussi découler de la volonté d'atténuer l'impact de l'application de la loi, tant et aussi longtemps qu'il est démontré que la personne s'engage dans des activités criminelles en raison d'un problème de santé comme le TUS⁵(63). La non-judiciarisation, pour sa part, vise davantage à traiter l'infraction commise comme un geste isolé, lorsqu'il est déterminé que le risque de récidive est faible ou inexistant. Dans les deux cas, le caractère illégal du geste posé n'est toutefois pas remis en question.

⁵ En d'autres termes, il semble donc possible que la personne qui prend part à ce programme ne soit pas qu'accusée de possession de drogues, mais aussi d'avoir commis un autre délit (voire, acte criminel) alors qu'elle était intoxiquée.

ENCADRÉ 2 — EXEMPLES D'OBJECTIFS ASSOCIÉS À LA DÉJUDICIARISATION ET À LA NON-JUDICIARISATION

- Désengorger les tribunaux et accroître l'efficacité du système de justice pour le traitement des cas les plus graves, constituant une menace pour la sécurité publique;
- Traiter les infractions criminelles mineures ou les délits isolés autrement que par l'approche judiciaire conventionnelle;
- Réduire la récidive, particulièrement lorsque l'infraction implique une personne aux prises avec des problèmes de santé mentale, un TUS ou vivant dans un contexte de grande vulnérabilité sociale;
- Reconnaître que les caractéristiques sociales et de santé de la personne qui peuvent avoir un lien avec l'adoption de certains comportements et certains gestes dits « déviants ».

4.1.1 Précisions sur les programmes québécois de déjudiciarisation et non-judiciarisation en matière de possession de drogues

En ce qui a trait spécifiquement aux programmes québécois pouvant permettre le traitement de l'infraction de possession de certaines drogues, trois voies peuvent potentiellement être adoptées :

1. Le **Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ)**, mis en place en vertu de l'article 720 du Code criminel. Destiné de manière plus spécifique aux personnes aux prises avec un TUS, il vise à favoriser leur réadaptation et leur réinsertion sociale. Pour être admise, la personne doit, notamment, enregistrer un plaidoyer de culpabilité⁶. Advenant que les conditions fixées par la Cour soient remplies, ce programme permet le retrait des chefs d'accusation ou un allègement de la peine. La réussite se mesure principalement par le maintien de l'abstinence, la stabilité résidentielle, l'obtention d'un emploi (ou l'engagement soutenu dans des démarches en ce sens) et l'amélioration significative de la condition de la personne au niveau psychologique, physique et social (59). En date de juin 2019, 896 dossiers ont été soumis à ce programme implanté exclusivement dans la région de Montréal et à Puvirnituk au Nunavik⁷. De ce nombre, 266 ont été jugés admissibles et 59 personnes l'ont complété avec succès. Le taux de réussite (20 %) est comparable à celui d'autres programmes similaires ailleurs au Canada⁸.
2. Le **Programme de mesures de rechange général** du ministère de la Justice du Québec, destiné aux adultes accusés de certaines infractions criminelles mineures, dont la possession de drogues. Une fois la personne ayant admis sa responsabilité au regard du geste ou comportement reproché (sans nécessité de plaider coupable), elle comparait devant le juge.

⁶ Échange personnel entre la première auteure et une professionnelle du ministère de la Justice du Québec (7 octobre 2019).

⁷ Voir : <https://www.justice.gouv.qc.ca/programmes-et-services/programmes/programme-de-traitement-de-la-toxicomanie-de-la-cour-du-quebec-pttcq/> (page consultée le 17 septembre 2021).

⁸ Échange personnel entre la première auteure et une professionnelle du ministère de la Justice du Québec (10 octobre 2019).

Celui-ci, s'il considère son dossier admissible, la réfère à l'organisme du réseau Équijustice, chargé de déterminer la mesure de rechange la plus appropriée. La réussite du programme mène au retrait des accusations. Le programme a d'abord été lancé comme projet pilote dans trois villes du Québec en 2017 (53). Une évaluation réalisée pour le compte du ministère de la Justice du Québec indique que du 1^{er} septembre 2017 au 31 mars 2019, 596 dossiers ont été soumis en vue de la participation à ce programme et, de ce nombre, 372 ont été acceptés. Les données indiquent que sur un total de 590 dossiers, seulement 99 avaient comme principal motif une infraction relative aux drogues. Les résultats indiquent, entre autres, que dans 62 % des cas, la mesure de rechange la plus utilisée a été le dédommagement à la collectivité. La somme moyenne versée était de 212,10 \$. La seconde mesure de rechange en importance était le service dans la communauté, d'une durée moyenne de 19,2 jours. À l'été 2022, ce programme était implanté dans les cours municipales de 12 villes à travers la province, en plus d'être disponible à la Cour du Québec dans l'ensemble des districts judiciaires⁹.

3. Le **Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions commises par des adultes**. Celui-ci part du postulat que certaines infractions constituent des écarts de conduite isolés qui, s'ils ne perturbent pas l'ordre social, peuvent être exemptés d'une procédure judiciaire. Ce programme permet de traiter certaines infractions criminelles par une simple lettre d'avertissement, sans dépôt d'accusations. Seules les personnes sans antécédents judiciaires y sont admissibles. En matière de drogues, seules certaines infractions liées au cannabis peuvent actuellement être traitées par l'entremise de ce programme. Les autres infractions admissibles incluent, notamment, les méfaits publics ou les voies de fait¹⁰.

⁹ Voir : <https://www.justice.gouv.qc.ca/programmes-et-services/programmes/programme-de-mesures-de-rechange-general-pour-adultes/> (page consultée le 27 juin 2022).

¹⁰ Voir : <https://www.quebec.ca/justice-et-etat-civil/systeme-judiciaire/processus-judiciaire/processus-judiciaire-au-criminel/traitement-non-judiciaire-infractions-commises-par-adultes> (page consultée le 23 mai 2022).

5 LA DÉCRIMINALISATION DE LA POSSESSION DE DROGUES

Le *Juridictionnaire* propose deux définitions de ce terme en contexte canadien, soit : 1) « un processus permettant de réduire la gravité d'une infraction ou encore, lui retirer tout caractère criminel ou pénal »; 2) « l'action de soustraire à la juridiction criminelle un acte ou une omission qui était auparavant considéré comme une infraction criminelle »¹¹. Dit autrement, la décriminalisation fait habituellement référence à des mesures permettant d'éviter le recours aux sanctions criminelles (66), contribuant ainsi à réduire le contrôle exercé par les instances policières ou judiciaires (67). Comme il en sera question subséquemment, ces mesures peuvent impliquer des changements à la loi (décriminalisation *de jure*) ou encore, uniquement au niveau des pratiques policières ou judiciaires (décriminalisation *de facto*). D'autres éléments clefs de ce processus sont présentés en encadré.

ENCADRÉ 3 — ÉLÉMENTS CLEFS EN LIEN AVEC LE PROCESSUS DE DÉCRIMINALISATION

- La décriminalisation des drogues vise, le plus souvent, la possession de drogues (par opposition au trafic) (67–74)
- Contrairement à la légalisation, elle ne remet pas en cause l'interdiction de possession de drogues : détenir une substance demeure illégal, sans mener nécessairement à des sanctions criminelles (75). Une juridiction pourrait cependant décider de recourir à une amende de nature autre que criminelle ou à une autre forme de sanction (p. ex. : interdiction de fréquenter certains lieux ou certaines personnes, etc.) (37,67,69,71). Ces amendes ou sanctions ne mènent pas à un casier judiciaire.
- Dans la plupart des juridictions, elle ne concerne habituellement pas la production et la distribution des drogues qui demeurent contrôlées par le marché clandestin (71,76). Toutefois, en matière de cannabis, certaines juridictions ont opté pour un modèle impliquant un contrôle sur de telles activités. Un exemple connu est celui des *coffee shop* aux Pays-Bas, où il est permis d'acheter de petites quantités de cannabis si l'usage se fait sur les lieux de vente (3).
- Elle implique parfois l'établissement de seuils destinés à départager l'infraction de possession de drogues et celle de trafic (39,62,77). En cas de dépassement de ceux-ci, l'infraction est considérée de nature criminelle (38,39). Ces seuils peuvent varier selon la substance (voir les fiches en annexe pour des exemples). Néanmoins, des pressions existent en vue de l'absence de seuils, de sorte à ne pas criminaliser indûment des personnes UD ayant un niveau de tolérance plus élevé à certaines drogues (78) ou celles souhaitant se procurer une plus grande quantité de substances pour limiter leurs contacts avec des acteurs du marché clandestin¹².
- Lorsqu'elle suppose un changement de loi (décriminalisation *de jure*), elle est normalement accompagnée d'un cadre légal pouvant préciser des éléments tels : 1) les drogues décriminalisées; 2) les lieux et les contextes d'usage autorisés; 3) les autres conditions entourant la décriminalisation (p. ex. : âge autorisé) (39).

¹¹ Voir : https://www.btb.termiumplus.gc.ca/juridi-srch?lang=fra&srchtxt=d%C3%A9criminalisation&i=&lettr=indx_catlog_d&cur=1&nbr=&comencsrch.x=0&comencsrch.y=0 (dernière consultation le 6 décembre 2021).

¹² Voir : <https://aidq.org/communiquer-il-faut-decriminaliser-la-possession-de-drogues-pour-toutes-les-personnes-qui-consomment-projet-loi-c216> (dernière consultation le 6 décembre 2021).

5.1 Fondements et objectifs poursuivis

Les tenants de la décriminalisation considèrent souvent que celle-ci est appropriée pour réduire la disproportion entre la sévérité des sanctions et la gravité réelle des infractions. Plusieurs parmi ceux contestant le régime actuel de prohibition estiment que cette disproportion concerne particulièrement la possession de drogues (58) et qu'elle affecte certains groupes sociaux plus que d'autres, notamment certains groupes racisés (79). En matière de possession de drogues, l'inefficacité des sanctions criminelles pour réduire la récidive est aussi un des motifs souvent invoqués pour justifier le recours à la décriminalisation. Certains allèguent que la décriminalisation apparaît comme une approche « équilibrée », compatible avec la perspective de réduction des méfaits (46). Nombre d'entre eux estiment en outre que le fait de décriminaliser la possession de drogues pourrait être associé à une diminution de la stigmatisation, ce qui pourrait faire en sorte que les personnes UD seraient plus enclines à faire usage des soins de santé et des services sociaux (42,74,77). Alors que la crainte d'être arrêté pour possession de drogues amène plusieurs personnes UD à recourir à des pratiques de consommation à risque (dont les injections hâtives ou la consommation dans des lieux insalubres), la décriminalisation pourrait avoir un effet positif sur les surdoses, en plus de jouer un rôle dans le respect du droit à la vie et à la sécurité, du fait de l'évitement de la criminalisation (12,80). Des auteurs y voient aussi une possible diminution du profilage discriminatoire (81–83), bien que tous ne partagent pas ce point de vue (84). Ceci dit, le fait que la possession de drogues continue d'être illégale et qu'elle puisse entraîner une sanction autre que criminelle est vu comme une stratégie permettant de conserver le caractère socialement et moralement répréhensible associé à l'usage de drogues (85).

ENCADRÉ 4 — EXEMPLES D'OBJECTIFS ASSOCIÉS À LA DÉCRIMINALISATION

- Éviter les méfaits liés au casier judiciaire pour la possession de drogues (p. ex. : difficultés à trouver un emploi ou un hébergement, etc.)
- Favoriser l'accès des personnes UD aux soins de santé et services sociaux et ainsi accroître leur santé, leur bien-être et leur insertion sociale
- Diminuer la stigmatisation et le profilage discriminatoire
- Maintenir les personnes UD à l'extérieur du système de justice et limiter leurs contacts avec les forces de l'ordre (si des consignes de dépriorisation des interventions policières sont émises en vue de limiter les interpellations)
- Diminuer les coûts pour le traitement de l'infraction de possession de drogues et désengorger les tribunaux

5.2 L'opérationnalisation de la décriminalisation

5.2.1 Les deux principales formes de décriminalisation : *de facto* et *de jure*

La décriminalisation *de facto* signifie que les sanctions criminelles prévues à la loi sont suspendues ou non appliquées (4,37,39,66,67,69,81,82,86,87). On parle alors de la reclassification ou de la dépriorisation du traitement de l'infraction (37,82,88,89). Cette forme de décriminalisation s'inscrit donc dans une logique similaire à la non-judiciarisation telle qu'appliquée au Québec. Elle a pour avantage de diminuer le fardeau qu'entraîne le traitement des infractions de possession de drogues pour le système de justice (10), en plus de pouvoir être mise en place rapidement (39). En contrepartie, sa principale limite — au même titre que la déjudiciarisation — est qu'elle se fonde sur l'utilisation du pouvoir discrétionnaire (voir encadré 1), tant des policiers que des procureurs. Cette forme de décriminalisation tend donc à être appliquée à géométrie variable, pouvant ainsi exacerber le risque de profilage discriminatoire (84,87) davantage que la décriminalisation *de jure* (73). De même, en raison de son caractère informel, sa pérennité n'est pas aussi solidement assurée que dans le cas de la décriminalisation *de jure* (74,77).

La décriminalisation est dite *de jure* lorsque l'infraction est retirée du champ criminel par l'intervention du législateur (10,39,66,71,74,81,90). Cela ne signifie pas que cette infraction est supprimée du système de justice dans son ensemble. En ce qui a trait aux limites de ce modèle, celui-ci s'avère complexe à mettre en œuvre à brève échéance du fait qu'il implique des changements législatifs. Contrairement à la décriminalisation *de facto*, qui est fréquemment implantée à une échelle locale, elle a l'avantage d'être appliquée à l'ensemble d'une juridiction, réduisant ainsi les iniquités.

5.2.2 Les principaux « modèles » de décriminalisation

Qu'elle soit *de facto* ou *de jure*, la décriminalisation peut s'actualiser de diverses manières. Le plus souvent, elle implique la mise en place de mécanismes ou modalités destinés à suppléer à l'application de la sanction criminelle. Les principaux modèles recensés sont présentés dans les pages suivantes. Pour illustrer leur diversité, des exemples provenant de juridictions étrangères ont été intégrés par l'entremise de fiches se trouvant en annexe du présent rapport.

La prise en charge par les services sociaux ou de santé (*de jure* ou *de facto*) (avec ou sans imposition d'amende). Ce modèle suppose que l'interpellation policière est l'occasion de procéder à l'évaluation des besoins sociaux et de santé de la personne ou de la sensibiliser sur les risques et méfaits associés à l'usage de drogues. Les **Commissions de dissuasion de la toxicomanie** (CDT) mises en œuvre au Portugal à la suite de changements à la loi est l'exemple le plus connu. Ces instances sont destinées à encourager l'accès aux soins et services sociaux,

sans imposition de traitement (91–93)¹³. Dans certains cas, les professionnels des CDT peuvent choisir d'imposer une sanction de nature autre que criminelle (voir annexe 2). Le **Mexique** a adopté une approche similaire, essentiellement dans l'optique de réduire la violence, la corruption et la surpopulation carcérale (voir annexe 3). Le **programme LEAD** mis en place dans un contexte de décriminalisation *de facto* dans certaines villes aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Afrique du Sud suit aussi une approche semblable (94) (voir annexe 4). Il en va de même pour les mesures entrées en vigueur au début de l'année 2023 en **Colombie-Britannique**. Dans ce cas, toutefois, les données disponibles suggèrent une plus grande souplesse que dans le cas du programme LEAD et des CDT en ce qui a trait à la notion « d'orientation » vers des soins et services de santé. La simple remise d'une carte par les policiers, sur laquelle figureraient les coordonnées d'une instance à contacter en cas de besoin semble en effet la modalité choisie (voir annexe 5).

Le recours à un modèle supposant une gradation dans la sévérité des sanctions (*de facto* ou *de jure*). Ce modèle que l'on retrouve dans différents États australiens et certaines villes étatsuniennes concerne le plus souvent la possession de cannabis. Les programmes ou mesures suivant cette logique permettent d'abord aux policiers d'émettre un avis formel à une personne arrêtée ou interpellée pour une infraction en lien avec la possession de cette drogue. Advenant une seconde interpellation policière pour cette même infraction, la personne est tenue de contacter une ligne de soutien et, lors d'une troisième infraction, la Cour est avisée et une comparution devant les tribunaux peut en découler. D'autres conditions peuvent s'appliquer pour les personnes UD, comme reconnaître qu'une infraction a été commise ou n'avoir aucune accusation criminelle à leur dossier (95–98).

L'imposition d'une contravention/amende (*de jure*). Ce modèle est également en place depuis plusieurs décennies dans différents États australiens et étatsuniens pour le traitement de l'infraction de possession de cannabis (99). La logique poursuivie est de considérer la possession de drogues comme une infraction mineure et ainsi réduire le fardeau que représente la gestion de celle-ci tant pour la sécurité publique que le système judiciaire (5). L'action unique consiste à donner une contravention. **L'État de l'Orégon**, aux États-Unis, a également adopté un tel modèle en 2021, offrant aux personnes UD la possibilité de payer une contravention ou de contacter une ligne de soutien en vue de procéder à l'évaluation de leur consommation (100–103) (voir annexe 6).

La dépriorisation des interventions, sans sanction ou orientation vers les soins de santé (*de facto*). Ce modèle suppose que des lignes directrices sont émises afin de limiter les interventions policières ou les poursuites portant sur les dossiers de possession de drogues (51,77,82). Au Canada, il s'agit du mécanisme adopté en 2020 par le gouvernement fédéral avec

¹³ Pour plus de précisions sur la démarche portugaise, voir le rapport suivant réalisé à l'INSPQ : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2712>

l'émission de lignes directrices aux procureurs, statuant que les poursuites portant sur les dossiers de possession de drogues doivent être limitées aux cas les plus graves, qui constituent des menaces à la sécurité publique¹⁴. Les directives émises depuis quelques années dans certains secteurs en Colombie-Britannique pour dissuader les policiers d'intervenir auprès des personnes UD si l'infraction concerne uniquement la possession en constituent aussi un exemple (70). Un autre cas bien connu est celui de la « politique de la tolérance » en place aux Pays-Bas en matière de cannabis. Dans cette juridiction, les autorités gouvernementales considèrent l'achat et la possession de petites quantités de cannabis comme des infractions de « faible priorité » si la vente et l'usage se font dans les *coffee shop*. Des consignes gouvernementales sont données aux procureurs en vue de ne pas entamer de poursuites pour la vente et la possession de cette substance, alors que les policiers sont tenus d'intensifier leurs actions pour la lutte contre le trafic et les trafiquants (104,105).

Le modèle ne prévoyant aucune sanction ou orientation vers des soins de santé ou services sociaux (*de jure*). Ce modèle, selon Hughes et ses collaborateurs (2019), serait en place dans quelques juridictions en matière de possession de cannabis. Il est similaire au modèle antérieur, excepté que contrairement à celui-ci, il suppose une modification à la loi. Ce modèle s'appuie sur l'idée que toute forme de sanction — qu'elle soit de nature criminelle ou non — est contreproductive, en plus d'être coûteuse à la fois pour la sécurité publique et le système de justice. Il s'agit de l'approche recommandée par différents chercheurs et organisations de défense des droits des personnes UD, au Québec comme ailleurs (23,106,107).

¹⁴ Voir : <https://www.ppsc-sppc.gc.ca/fra/pub/sfpg-fpsd/sfp-fps/tpd/p5/ch13.html> (page consultée le 25 mai 2022). Cette mesure n'est cependant pas à l'œuvre au Québec, où l'application de la LRCDAS est confiée au procureur général du Québec.

6 LA LÉGALISATION

La légalisation réfère, d'une part, à la reconnaissance par la loi d'une pratique auparavant non réglementée. D'autre part, elle peut désigner uniquement la levée des interdictions associées à un comportement auparavant prohibé par la loi, sans adopter d'autres modalités. Dans le premier cas, elle suppose l'édiction d'un cadre légal permettant de circonscrire les conditions associées à l'exercice d'une liberté (108).

En ce qui a trait aux drogues, un tel cadre légal permet à l'État d'encadrer à la fois la production, la distribution, la vente et l'usage (68,74,76,86,109–116). La légalisation requiert aussi de baliser les différents contextes de possession (et d'usage) autorisés et ceux qui demeurent interdits, en plus de spécifier les sanctions (criminelles ou non) qui peuvent s'appliquer, s'il y a lieu. Certaines sources vont préférer adopter le terme « régulation » ou « réglementation » pour parler de ce régime d'encadrement (80,117–119).

Par ailleurs, ce n'est pas nécessairement une substance en tant que telle qui est légalisée, mais plutôt le contexte de son usage (à des fins médicales, récréatives, etc.). Par exemple, la consommation de psilocybine (champignons magiques) et de MDMA (drogue de synthèse) sont interdites en vertu de la LRCDS pour un usage à des fins récréatives. Toutefois, Santé Canada autorise les médecins à y recourir dans certains cas, dont le traitement de troubles graves de santé mentale (117,120,121). Similairement, l'usage de la *ayahuasca* est désormais autorisé au Québec pour certains groupes d'origine brésilienne pour un usage à des fins religieuses (122).

Dans la plupart des juridictions, la légalisation (qu'elle soit à des fins médicales ou autres) concerne généralement le cannabis. Certaines sources indiquent toutefois que des États étatsuniens envisagent ou mettront en place sous peu un régime autorisant l'usage de la psilocybine et de la MDMA à des fins médicales (118,119)¹⁵. Certaines instances et certains experts considèrent la feuille de coca non transformée comme une drogue. En Bolivie, la mastication et la consommation à des fins autres que médicales sont légales (123,124).

6.1 Fondements et objectifs poursuivis

La littérature consultée suggère que l'intérêt porté à la légalisation s'inscrit souvent en réaction aux limites de la décriminalisation, parfois jugée insuffisante pour avoir des bénéfices sur la santé des personnes UD. Ainsi, certains chercheurs et regroupements de personnes UD se penchant sur cette question sont d'avis que la réduction des méfaits associés aux drogues (notamment en matière de surdoses) passerait inéluctablement par un accès facilité et légal à des drogues de qualité contrôlée. Ils avancent que la légalisation est le seul régime

¹⁵ Ceci dit, l'information trouvée dans la littérature ne fait pas consensus, certains parlant d'une décriminalisation *de jure* dans le cas de la Californie. Ces informations contradictoires démontrent la confusion qui entoure l'usage de ces termes (118,119).

d'encadrement permettant un accès à des drogues de qualité contrôlée. La légalisation leur apparaît donc cohérente avec un objectif majeur de santé publique en matière de drogues, soit celui de protéger la santé des personnes UD. De leur point de vue, ce régime d'encadrement serait le plus propice pour permettre aux États d'accomplir pleinement leur rôle de protection de la population (76,112,113,115,116) et de procéder à une « gestion responsable des risques » (76), indiquant, en outre, que la sécurité des personnes UD doit constituer une priorité fondamentale du gouvernement. L'encadrement de la production et de la distribution des drogues aurait aussi pour objectif l'affaiblissement du marché clandestin, pouvant ainsi jouer un rôle dans la diminution de la violence et la hausse du sentiment de sécurité au sein des communautés (122,125).

Un autre objectif communément associé à la légalisation est de réduire la stigmatisation vécue par les personnes UD. De l'avis de certaines sources, l'usage de drogues porterait rarement préjudice à autrui. Par le fait même, les interdictions en place dans un cadre de prohibition et de décriminalisation seraient peu justifiées et pourraient contribuer à alimenter une telle stigmatisation (112,125). De même, le fait de reconnaître que les personnes UD présentent nécessairement un problème de santé (ce qui serait parfois prôné dans un contexte de décriminalisation), c'est-à-dire de pathologiser la consommation de drogues, est aussi vu comme un élément pouvant alimenter la stigmatisation. Plusieurs chercheurs et regroupements de personnes UD s'interdisent également de considérer les personnes UD comme nécessairement marginales, désaffiliées socialement ou à risque de le devenir (126–128). De l'avis de certaines sources, ces problématiques ne concernent qu'une faible proportion des personnes UD (111,115,116). Ceci dit, plusieurs des sources consultées soulignent néanmoins que la légalisation devrait être accompagnée d'investissements de l'État afin de faciliter l'accès aux soins, ainsi qu'aux ressources psychosociales et d'accroître la sensibilisation et la prévention (111,112,129).

Enfin, pour différents chercheurs et représentants d'organismes de personnes UD, la légalisation est souhaitable au nom de la liberté individuelle, de l'autonomie et en respect des droits de la personne (76,115,125,127,128,128,130).

ENCADRÉ 5 — EXEMPLES D'OBJECTIFS ASSOCIÉS À LA LÉGALISATION

Les principaux objectifs communément associés à ce régime d'encadrement sont :

- Limiter les méfaits sur la santé en assurant un accès adéquat et satisfaisant à des drogues de qualité contrôlée.
- Affaiblir le marché clandestin, ainsi que les tensions et la violence qui lui sont inhérentes.
- Déstigmatiser l'usage de drogues et les problématiques qui s'y rattachent.
- Reconnaître la consommation comme un droit individuel, ainsi que la capacité des personnes UD à faire leurs propres choix.

6.1.1 Les modèles d'encadrement légal

Le processus menant à la légalisation des drogues est beaucoup plus complexe que celui de la décriminalisation, du fait qu'il concerne à la fois la production, la distribution et l'usage. Compte tenu de cette complexité et en considérant que toutes les drogues ne posent pas les mêmes risques pour la santé, il apparaît peu probable qu'un modèle d'encadrement puisse parvenir à l'atteinte simultanée et complète de tous les objectifs précédemment cités dans l'encadré 5 (129).

Le plus souvent, les différentes modalités d'encadrement recensées dans les écrits se rattachent à la logique des cadres établis pour le tabac, l'alcool et le cannabis (114). Néanmoins, cette littérature n'a permis de repérer aucun modèle d'encadrement pour la légalisation d'autres substances psychoactives pour un usage à des fins autres que médicales. Dit autrement, la littérature consultée permet uniquement d'extrapoler quant aux modalités plus spécifiques à mettre en œuvre advenant une volonté de légalisation des drogues à des fins récréatives et cela, à la lumière des expériences d'encadrement d'autres substances psychoactives. Les principales modalités recensées sont présentées succinctement ci-dessous.

1) Les mécanismes de contrôle de la production

Ces mécanismes concernent principalement les personnes ou les instances responsables d'assurer la production et la prise en compte des caractéristiques toxicologiques des drogues, de sorte que la production soit la plus sécuritaire possible. Ces mécanismes seraient variables selon les drogues. Par exemple, il est probable que les modalités préconisées pour assurer le contrôle de la production de drogues de synthèse (*speed*, MDMA, ecstasy, etc.) ne soient pas les mêmes que celles pour produire la psilocybine (champignons magiques), la complexité du processus et le niveau de risque associés à leur usage étant différents. S'appuyant essentiellement sur les modalités à l'œuvre dans le cadre de la légalisation du cannabis, ces mécanismes peuvent inclure :

- le **choix des organisations, personnes ou lieux de production autorisés** (p. ex. : production à domicile, production à grande échelle dans des coopératives d'usagers, etc.);
- les **critères de qualité et de sécurité applicables à la production** des drogues (p. ex. : limite dans le choix et la quantité des pesticides autorisées pour la production de certaines drogues);
- Les **formes autorisées**, incluant le niveau de pureté ou la concentration des agents actifs. La question de la diversification des produits doit être l'objet d'une attention particulière, notamment dans l'optique de limiter la demande, d'éviter d'attirer de nouveaux consommateurs ou encore, de banaliser l'usage (129).

2) Les modèles de distribution et de commercialisation

Les auteurs et organismes s'étant intéressés aux modalités de distribution indiquent que chaque substance devrait faire l'objet de modalités d'encadrement spécifiques, en fonction des risques et des méfaits qui s'y rattachent (76). Quelques chercheurs et organisations internationales proposent les modèles de distribution suivants :

- l'**ordonnance médicale (avec suivi médical)**, pour les drogues ayant un fort potentiel de dépendance;
- les **pharmacies communautaires**, permettant d'obtenir des drogues sans qu'un suivi médical ne soit requis. Le modèle de distribution du cannabis uruguayen en est un exemple;
- la **vente au détail, par des détenteurs de licence ou d'autorisation à cet effet**, où les drogues ne peuvent être consommées sur les lieux d'achats;
- la **vente au détail par une entreprise détenant une licence ou une autorisation, avec l'obligation de consommer sur les lieux d'achat**, comme c'est le cas pour le cannabis vendu dans les *coffee shop* aux Pays-Bas;
- la **vente au détail sans licence**, comme c'est le cas pour les infusions de coca dans différents pays andins (76,88,114,131).

En termes d'enjeux, s'appuyant sur les expériences de l'industrie du tabac, de l'alcool, ainsi que sur celles plus récentes du cannabis, différentes sources indiquent que la commercialisation et les stratégies de marketing — plutôt que le seul changement de statut légal — peuvent mener à une hausse de la prévalence de l'usage et des autres méfaits sur la santé (voir notamment les références (132,133)). La publicité, la présence d'emballages visuellement attrayants et toutes autres formes de promotion devraient ainsi être interdites (3,134). Différentes organisations découragent, en outre, le recours à des modèles de distribution axés sur la recherche de profits (76,129,131). Celles-ci recommandent de privilégier les modèles de distribution à but non lucratif (76,114,131). Par exemple, des modèles tels que les coopératives d'usagers, similaires à celles mises en place en Espagne ou en Uruguay pour le cannabis (76,125), sont parfois cités parmi les avenues à privilégier (71,76). Il en va de même pour les modèles impliquant un contrôle total ou partiel du marché par l'État, à l'image de ce qui est fait au Québec avec le cannabis (76).

3) L'encadrement de la consommation, des lieux d'usage et le maintien d'interdictions

La mise en place d'un cadre légal nécessite aussi de baliser l'approvisionnement, notamment en ce qui a trait à **l'âge légal**, aux **quantités d'achat permises** et aux **lieux de vente et de consommation autorisés**. Ce cadre légal peut aussi prévoir des conditions autres, comme un accès aux drogues réservé uniquement aux personnes aux prises avec un TUS, la réussite d'un test de connaissances sur les méfaits de l'usage avant de pouvoir s'approvisionner ou encore, l'interdiction de fournir des drogues aux personnes en état d'intoxication (130,131). Enfin, la légalisation peut supposer le maintien d'interdictions qui pourraient entraîner des sanctions criminelles. Au Canada, par exemple, donner du cannabis à un mineur peut entraîner une telle sanction¹⁶.

¹⁶ Voir: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2018/06/document-dinformation--la-loi-sur-le-cannabis-les-faits.html>, (page consultée le 25 mai 2022)

7 CONCLUSION

Avec les prises de position de diverses instances de la société civile en vue de la décriminalisation et même, de la légalisation des drogues au cours des dernières années, le débat a considérablement évolué concernant l'encadrement des drogues. Tout en reconnaissant la pertinence de mitiger les effets délétères associés aux régimes de prohibition — notamment au regard des difficultés à réduire les surdoses — le défi de la santé publique est celui d'encourager le maintien d'une approche équilibrée, qui permette de réduire les méfaits associés à la consommation et l'évitement de la banalisation de l'usage, tout en tenant compte des besoins des personnes UD.

Afin de favoriser des échanges et des prises de position éclairées, une meilleure compréhension des tenants et aboutissants des différents régimes d'encadrement (décriminalisation, légalisation) et des pratiques possibles dans le contexte du régime actuel de prohibition (déjudiciarisation, non-judiciarisation) en contexte canadien et québécois s'avère essentielle. Produit dans le cadre d'un mandat confié par le MSSS, ce rapport poursuivait un tel objectif. Il visait à clarifier le sens de ces termes et à présenter des éléments permettant de mieux saisir les fondements et les objectifs qui les sous-tendent.

Les définitions présentées suggèrent que, malgré leurs spécificités et certains objectifs qui leur sont propres, la déjudiciarisation, tout comme la décriminalisation ou la légalisation, ont pour caractéristique commune la volonté de réduire ou éliminer la pression juridique associée à l'infraction de possession de drogues. Certains modèles de décriminalisation et de déjudiciarisation mettent essentiellement l'accent sur les besoins sociaux et de santé non comblés des personnes UD qui sont, le plus souvent (selon les modalités à l'œuvre), considérées comme « malades » plutôt que comme criminelles. La légalisation mise principalement sur la reconnaissance de la consommation comme un droit individuel, sur le respect et l'autonomie des personnes UD, ainsi que sur le fait que la réduction des risques associés à la consommation de drogues sur la santé doit passer par un accès à des substances de qualité contrôlée.

Ces définitions mettent en exergue qu'il existe certains enchevêtrements entre la déjudiciarisation et certains modèles de décriminalisation. Par exemple, il a été démontré que la déjudiciarisation (et la non-judiciarisation) peut favoriser l'émergence de pratiques et de programmes qui rejoignent sur plusieurs points les objectifs et les fondements de la décriminalisation. Le contenu présenté indique aussi que la décriminalisation *de jure* et la légalisation ont pour limite d'être complexes à mettre en œuvre, du fait qu'elles requièrent des changements au niveau légal. Dans le cas de la légalisation, cela suppose aussi l'édiction d'un cadre réglementaire en vue de baliser la production, la distribution et la vente de drogues pour un usage à des fins autres que médicales et cela, sans pour autant que les effets positifs sur la santé des personnes UD ne soient scientifiquement démontrés.

Finalement, la littérature consultée indique que les impacts potentiels que pourrait avoir la décriminalisation, la légalisation ou une utilisation plus accrue des mesures de déjudiciarisation sur la santé de la population semblent parfois peu considérés. Par exemple, advenant que le changement de régime d'encadrement ou qu'un recours accru à la déjudiciarisation entraîne une hausse de la prévalence de l'usage de drogues dans la population, peu de données démontrent les impacts que cela aurait sur l'utilisation du système de santé. De la même manière, il semble que dans certains cas, les objectifs de santé publique (p. ex. : diminuer le fardeau sanitaire de l'usage de drogues, éviter ou retarder l'amorce de la consommation chez les jeunes, éviter la conduite avec facultés affaiblies, etc.) sont parfois peu pris en compte dans les écrits consultés, voire dans les objectifs qui sous-tendent ces régimes d'encadrement ou mesures de déjudiciarisation.

8 RÉFÉRENCES

1. van de Kerchove M. Les différentes formes de baisse de la pression juridique et leurs principaux enjeux. *Cah Rech Sociol.* 1989;(13):11-29.
2. Magura S. Drug prohibition and the treatment system: perfect together. *Subst Use Misuse.* 2007;42(2-3):495-501.
3. MacCoun RJ. What can we learn from the Dutch cannabis coffeeshop system? *Addiction.* 2011;106(11):1899-910.
4. Nolin PC, Kenny C, Banks T, Maheu S, Rossiter E. Report of the Senate Special Committee on illegal drugs. *Ott Senate Can.* 2002.
5. Gagnon F. Synthèse de connaissances : actions novatrices en matière de substances psychoactives « illicites ». Québec: Institut national de santé publique; 2016.
6. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, et al. Public health and international drug policy. *The Lancet.* 2016;387(10026):1427-80.
7. Park JN, Linton SL, Sherman SG, German D. Police violence among people who inject drugs in Baltimore, Maryland. *Int J Drug Policy.* 2019;64:54-61.
8. Cooper H, Moore L, Gruskin S, Krieger N. The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: a qualitative study. *Soc Sci Med.* 2005;61(3):673-84.
9. Hernandez AP. Drugs legislation and prison situation in Mexico. Dans: *Systems overload Drug laws and prison in Latin America.* Transnational Institute. 2015. p. 60-70.
10. Rosmarin A, Eastwood N. A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe. *Drugs Law Hum Rights Release Lond* 2012. 2012.
11. Yablon DR. The effect of drug decriminalization in Portugal on homicide and drug mortality rates. *Univ Calif Berkeley.* 2011.
12. Rioux N. La crise des surdoses d'opioïdes au Canada : quand la décriminalisation des drogues devient une question de droit à la vie. *Can B Rev.* 2021;99:389.
13. Association des services de réhabilitation sociale du Québec (ASRSQ). Impacts du casier judiciaire : dossier thématique. [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://asrsq.ca/assets/files/casier-judiciaire.pdf>
14. Nguyen H, Parker BR. Assessing the effectiveness of New York's 911 Good Samaritan Law: evidence from a natural experiment. *Int J Drug Policy.* 2018;58:149-56.
15. Anwer H. Evaluation of the effectiveness of the good samaritan provision of act 139 in Allegeny county, Pennsylvania [PhD Thesis]. University of Pittsburgh; 2019.
16. Moallem S, DeBeck K, Milloy MJ, Somers J, Kerr T, Hayashi K. Knowledge of a drug-related Good Samaritan law among people who use drugs, Vancouver, Canada. *Health Educ Behav.* 2021;1090198121999303.

17. Noël L, Gagné D, Gagnon F, Lambert R, Bouchard LM, Bruneau S. Partenariat entre les services de police et les programmes d'échange de seringues : les enjeux de l'action intersectorielle. Québec: Institut national de santé publique; 2012.
18. Stoltz JA, Wood E, Small W, Li K, Tyndall M, Montaner J, et al. Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *J Public Health*. 2007;29(1):35-9.
19. Kerr T, Tyndall M, Li K, Montaner J, Wood E. Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *The Lancet*. 2005;366(9482):316-8.
20. Rachlis B, Lloyd-Smith E, Small W, Tobin D, Stone D, Li K, et al. Harmful microinjecting practices among a cohort of injection drug users in Vancouver Canada. *Subst Use Misuse*. 2010;45(9):1351-66.
21. Marshall BD, Kerr T, Qi J, Montaner JS, Wood E. Public injecting and HIV risk behaviour among street-involved youth. *Drug Alcohol Depend*. 2010;110(3):254-8.
22. Ickowicz S, Hayashi K, Dong H, Milloy MJ, Kerr T, Montaner JSG, et al. Benzodiazepine use as an independent risk factor for HIV infection in a Canadian setting. *Drug Alcohol Depend*. 2015;155:190-4.
23. Beauchesne L. Les drogues: enjeux actuels et réflexions nouvelles sur leur régulation. Québec: Bayard Canada; 2018.
24. Wood E, Kerr T. Measuring the public health impact of police activities on illicit drug users. *Int J Drug Policy*. 2005;16(3):148-9.
25. Collins AB, Boyd J, Mayer S, Fowler A, Kennedy MC, Bluthenthal RN, et al. Policing space in the overdose crisis: a rapid ethnographic study of the impact of law enforcement practices on the effectiveness of overdose prevention sites. *Int J Drug Policy*. 2019;73:199-207.
26. Miller CL, Firestone M, Ramos R, Burris S, Ramos ME, Case P, et al. Injecting drug users' experiences of policing practices in two Mexican-US border cities: public health perspectives. *Int J Drug Policy*. 2008;19(4):324-31.
27. Small D, Palepu A, Tyndall MW. The establishment of North America's first state sanctioned supervised injection facility: a case study in culture change. *Int J Drug Policy*. 2006;17(2):73-82.
28. Pan SW, Christian CWM, Pearce ME, Blair AH, Jongbloed K, Zhang H, et al. The Cedar Project: impacts of policing among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in British Columbia, Canada. *Int J Drug Policy*. 2013;24(5):449-59.
29. Hunter K, Park JN, Allen ST, Chaulk P, Frost T, Weir BW, et al. Safe and unsafe spaces: non-fatal overdose, arrest, and receptive syringe sharing among people who inject drugs in public and semi-public spaces in Baltimore City. *Int J Drug Policy*. 2018;57:25-31.
30. Centre canadien de lutte contre les toxicomanie/Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanie (CCLCT). Bulletin de RCCET. Composer le 911 en cas intoxication à la drogue. [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-CCENDU-Calling-911-Drug-Poisoning-2017-fr.pdf>

31. van der Meulen E, Chu SK, Butler-McPhee J. "That's why people don't call 911": ending routine police attendance at drug overdoses. *Int J Drug Policy*. 2021;88:103039.
32. Moallem S, Choi J, Milloy MJ, DeBeck K, Kerr T, Hayashi K. A drug-related Good Samaritan Law and calling emergency medical services for drug overdoses in a Canadian setting. *Harm Reduct J*. 2021;18(1):1-11.
33. Barberi D, Taxman FS. Diversion and alternatives to arrest: a qualitative understanding of police and substance users' perspective. *J Drug Issues*. 1 oct 2019;49(4):703-17.
34. Knaak S, Mercer S, Christie R, Stuart H. La stigmatisation et la crise des opioïdes. 2019;64.
35. Neale J, Tompkins C, Sheard L. Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users. *Health Soc Care Community*. 2008;16(2):147-54.
36. Saloner B, McGinty EE, Beletsky L, Bluthenthal R, Beyrer C, Botticelli M, et al. A public health strategy for the opioid crisis. *Public Health Rep*. 2018;133(1_suppl):24S-34S.
37. Comité spécial sur la décriminalisation des drogues illicites (CSDDI). Rapport sur les conclusions et recommandations. Décriminalisation pour la possession simple de drogues illicites: exploration des répercussions sur la sécurité publique et la police [Internet]. 2020. Disponible sur : https://www.cacp.ca/index.html?asst_id=2190
38. Eastwood N, Fox E, Rosmarin A. A quiet revolution: drug decriminalisation across the globe. 2016.
39. Greer A, Bonn M, Ritter A, Shane C, Stevens A, Tousevard N. How to decriminalize drugs: the design features of a non-criminal response to the personal possession of drugs. *CrimRxiv*. 2021.
40. Brochu S, Orsi M. Les substances psychoactives au Canada. *Deviance Soc*. 21 août 2008;Vol. 32(3):363-76.
41. MacGregor S. The politics of drugs [Internet]. London: Palgrave Macmillan UK; 2017 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur : <http://link.springer.com/10.1057/978-1-137-49682-9>
42. Benfer I, Zahnow R, Barratt MJ, Maier L, Winstock A, Ferris J. The impact of drug policy liberalisation on willingness to seek help for problem drug use: a comparison of 20 countries. *Int J Drug Policy*. 2018;56:162-75.
43. Noël L, Gagné D, Gagnon F, Lambert R, Bouchard LM, Bruneau S, et al. Partenariat entre les services de police et les programmes d'échange de seringues: les enjeux de l'action intersectorielle. 2012.
44. De Koninck M, Lagrange V. Rapport sur la situation de la consommation de drogues par injection à Québec et la pertinence d'offrir des services d'injection supervisée [Internet]. 2014. Disponible sur : https://www.ciussc-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/NosServices/AlcoolDrogueJeu/DSMD_rapport_sis.pdf
45. Rosen JD. Addiction, fentanyl, and the border. Dans: Rosen JD, éditeur. *The US war on drugs at home and abroad* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021 [cité 12 juill 2022]. p. 75-95. Disponible sur : https://doi.org/10.1007/978-3-030-71734-6_4

46. Baldwin N, Gray R, Goel A, Wood E, Buxton JA, Rieb LM. Fentanyl and heroin contained in seized illicit drugs and overdose-related deaths in British Columbia, Canada: an observational analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2018;185:322-7.
47. Suzuki J, El-Haddad S. A review: fentanyl and non-pharmaceutical fentanyls. *Drug and alcohol dependence.* 171^e éd. 2017;107-16.
48. Dauvergne M. Tendances des infractions relatives aux drogues déclarées par la police au Canada. *Juristat.* 2009;29(2).
49. Desrosiers J, Rossi C, Cloutier M, Brassard V, Béland-Ouellette A. Étude comparative des programmes canadiens de mesures de rechange ou comment favoriser le désengorgement des tribunaux. *Rev Générale Droit.* 2020;50(1):95-150.
50. Commission de réforme du droit du Canada. La déjudiciarisation [Internet]. 1975. Disponible sur : https://publications.gc.ca/collections/collection_2022/jus/j32-1/J32-1-7-1975-fra.pdf
51. Noreau P. Judiciarisation et déjudiciarisation: la part de la poursuite et de la défense: contribution à la sociologie du droit. *Criminologie.* 2000;33(2):35-79.
52. Sylvestre MÈ, Perreault J. La non-judiciarisation, la déjudiciarisation et les programmes de mesures de rechange pour adultes en milieu autochtone au Québec. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains ...; 2019.
53. Rossi C, Desrosiers J, Brassard V, Marceau L, Cloutier M, Béland-Ouellette A. Le Programme de mesures de rechange général pour adultes, portrait, analyse et enjeux du projet pilote 2017-2019, Rapport de recherche soumis au ministère de la Justice du Québec, Université Laval, Québec. 2020. Disponible sur : https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr_francais_/centredoc/rapports/programmes-services/RA_PMRG_Rossi_2017-2019.pdf
54. Elrod P, Ryder RS. *Juvenile justice: a social, historical, and legal perspective.* Jones & Bartlett Publishers; 2020.
55. Faubert C, Montmagny Grenier C, Boivin R. Décisions policières sous la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents : l'influence du sexe et de l'apparence ethnique. *Criminologie.* 2015;48(1):235-59.
56. Faubert C. L'utilisation du pouvoir discrétionnaire des policiers dans le cadre de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). 2015.
57. Tustin L. *A guide to the youth criminal justice act.* LexisNexis Butterworths; 2008.
58. Fortin V, Raffestin I. Le Programme d'accompagnement justice-itinérance à la cour municipale de Montréal (PAJIC) : un tribunal spécialisé ancré dans le communautaire. *Rev Générale Droit.* 2017;47:177-208.
59. Ministère de la Justice du Québec (MJQ). Programme de traitement de la toxicomanie de la cour du Québec (PTTCQ). (2013).
60. Ministère de la Justice Canada. Recherche en un coup d'œil : la déjudiciarisation [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr/rco-rg/2018/mar01.pdf>

61. Noreau P. Judiciarisation et déjudiciarisation : la part de la poursuite et de la défense: contribution à la sociologie du droit. *Criminologie*. 2 oct 2002;33(2):35-79.
62. Jessman R, Payer D. La décriminalisation: les options et les données probantes. Ottawa: Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [Internet]. 2018 [cité 10 août 2020]. Disponible sur : <https://www.ccsa.ca/fr/la-decriminalisation-les-options-et-les-donnees-probantes-document-dorientation>
63. Allard P, Lyons T, Elliott R. Jugement déficient: évaluation de l'opportunité des tribunaux de traitement de la toxicomanie, en réponse à l'usage de drogue au Canada. Réseau juridique canadien VIH/sida; 2012.
64. Csete J, Tomasini-Joshi D. Drug courts: equivocal evidence on a popular intervention. 2015.
65. Solliciteur général du Canada. La déjudiciarisation : vers un concept et une expérience propres au Canada. Rapport de la première Conférence nationale sur la déjudiciarisation, du 23 au 26 octobre 1976 à Québec. 1978.
66. Luzon G. Beyond decriminalization: the transition from relative transparency to deliberate ambiguity. *Theory Pract Legis*. 2 janv 2019;7(1):47-65.
67. Beauchesne L. La décriminalisation de la possession simple de l'ensemble des drogues : ses limites. 2020;18(1):48.
68. Roberts MR. Decriminalization and legalization. Dans: *The Encyclopedia of Theoretical Criminology* [Internet]. American Cancer Society; 2014 [cité 10 mai 2021]. p. 1-5. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118517390.wbetc076>
69. Jesseman R, Payer D. Decriminalization: options and evidence. 2018.
70. Henry B. Stopping the harm: decriminalization of people who use drugs in BC. Off Prov Health Off. 2019.
71. Hughes C, Ritter A, Chalmers J, Lancaster K, Barratt M, Moxham-Hall V. Decriminalisation of drug use and possession in Australia: a briefing note. Syd Drug Policy Model Program NDARC UNSW. 2016.
72. Vicknasingam B, Narayanan S, Singh D, Chawarski M. Decriminalization of drug use. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31(4):300-5.
73. Stevens A, Hughes CE, Hulme S, Cassidy R. Depenalization, diversion and decriminalization: a realist review and programme theory of alternatives to criminalization for simple drug possession. *Eur J Criminol*. 28 nov 2019;1477370819887514.
74. Godwin J. A public health approach to drug use in Asia: principles and practices for decriminalisation. U K IDPC Publ. 2016.
75. Svrakic DM, Lustman PJ, Mallya A, Lynn TA, Finney R, Svrakic NM. Legalization, decriminalization & medicinal use of cannabis: a scientific and public health perspective. *Mo Med*. 2012;109(2):90.
76. Commission globale de politiques en matière de drogues. Régulation : pour un contrôle responsable des drogues [Internet]. 2018. Disponible sur : http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/09/FR-2018_Regulation_Report_WEB-FINAL-1.pdf

77. Unlu A, Tammi T, Hakkarainen P. Drug decriminalization policy: literature review: models, implementation and outcomes. 2020.
78. International Network of People who Use Drugs (INPUD). Drug decriminalisation: progress or political red herring? Assessing the impact of current models of decriminalisation on people who use drugs [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://inpud.net/drug-decriminalisation-progress-or-political-red-herring/>
79. Brown DK. Decriminalization, regulation, privatization: a response to Professor Natapoff. *Vand Rev En Banc*. 2016;69:1.
80. Maynard R, Jozaghi E. The drug war must end: the right to life, liberty and security of the person during the COVID-19 pandemic for people who use drugs. *Harm Reduct J*. 2021;18(1):1-2.
81. Earp BD, Lewis J, Hart CL, Bioethicists with, Reform AP for DP. Racial justice requires ending the war on drugs. *Am J Bioeth*. 2021;21(4):4-19.
82. Natapoff A. Misdemeanor decriminalization. *Vanderbilt Law Rev*. 2015;68:1055.
83. Fritz KG. The Importance of Rights to the Argument for the Decriminalization of Drugs. *Am J Bioeth*. avr 2021;21(4):46-8.
84. Fischer B, Boyd N, Brochu S. Proposals for decriminalization of illicit drug use: considering a combination of déjà-vu, diversion and devil-with-many-details for health-oriented policy reform. *Can J Psychiatry*. 26 mai 2021;07067437211019656.
85. Brown DK. Decriminalization, regulation, privatization: a response to Professor Natapoff. *SSRN Electron J [Internet]*. 2016 [cité 7 juin 2021]; Disponible sur : <http://www.ssrn.com/abstract=2726238>
86. Inkster N, Comolli V. Chapter Five Alternatives to prohibition. *Adelphi Ser*. 2012;52(428):113-28.
87. Hughes CE, Stevens A, Hulme S, Cassidy R. Models for the decriminalisation, depenalisation and diversion of illicit drug possession: an international realist review. 2019.
88. Rolles S. After the war on drugs? *Drugs Alcohol Today*. 2010.
89. Ernst T. Justifications for decriminalizing drugs. *Int J Soc Sci Res Rev*. 2020;3(1):15-26.
90. United Nation Office on Drugs and Crime. Briefing paper: decriminalisation of drug use and possession for personal consumption. [Internet]. s.d. Disponible sur : http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_10_11_unodcbriefing.pdf
91. Brisson J. Les Commissions de dissuasion de la toxicomanie au Portugal : mise à jour au regard de l'état de santé des personnes utilisatrices de drogues et de l'évolution de la consommation. Québec: Institut national de santé publique; 2020.
92. Russoniello K. The devil (and drugs) in the details: Portugal's focus on public health as a model for decriminalization of drugs in Mexico. *Yale J Health Pol Ethics*. 2012;12:371.
93. Cabral TS. The 15th anniversary of the Portuguese drug policy: its history, its success and its future. *Drug Sci Policy Law*. 2017;3:2050324516683640.

94. Brisson J, Blais E, Gagnon F, Lemay SA. Les mesures alternatives à la criminalisation des personnes interpellées pour possession simple de drogues: une perspective de santé publique. Institut national de santé publique du Québec; 2021.
95. Cotti CD, Haley MR. Estimating the effectiveness of a misdemeanor drug diversion program using propensity score matching and survival analyses. *Soc Sci J*. 2014;51(4):638-44.
96. McLeod J, Stewart G. Evaluation of the drug diversion pilot program (September 1999) [Internet]. 1999 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur : <https://www2.health.vic.gov.au:443/about/publications/researchandreports/Evaluation-of-the-drug-diversion-pilot-program-September-1999>
97. Baker JS, Goh D. The cannabis cautioning scheme three years on: an implementation and outcome evaluation. Sidney: New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research; 2004.
98. Shanahan M, Hughes C, McSweeney T. Australian police diversion for cannabis offences: assessing program outcomes and cost-effectiveness. Canberra Natl Drug Law Enforc Fund. 2016.
99. Donnelly N, Hall W, Christie P. Effects of the cannabis expiation notice scheme on levels and patterns of cannabis use in South Australia. 1998.
100. Gerstner B. Oregon narcotics decriminalization: example or pariah? *Ohio State Leg Stud Res Pap*. 2021;(668).
101. Lininger T. After the war on drugs: challenges following decriminalization. *Univ N H Law Rev*. 2022;20(2):8.
102. Saito M. Decriminalize drugs now: a dire situation becomes much more urgent. *Seattle J Soc Just*. 2021;20:357.
103. Kleinman RA, Morris NP. Rethinking the criminalization of personal substance use and possession. *J Gen Intern Med* [Internet]. 17 févr 2021 [cité 21 mai 2021]; Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06628-5>
104. Grund JPC, Brecksema JJ. Drug policy in the Netherlands 1. Dans: *European Drug Policies*. Routledge; 2017. p. 128-48.
105. Reinerman C. Going Dutch: Drug policy at the crossroads. *Criminol Public Policy*. 2016;15(3):885-95.
106. Plateforme de la société civile pour la décriminalisation des drogues. Plateforme de la société civile pour la décriminalisation des drogues, (s.d.) Réussir la décriminalisation : une voie vers des politiques sur les drogues basées sur les droits de la personne [Internet]. Disponible sur : <https://idpc.net/fr/publications/2022/01/reussir-la-decriminalisation-une-voie-vers-des-politiques-sur-les-drogues-basees-sur-les-droits-de-la-personne>
107. Pivot Legal Society. Act now! Decriminalization drugs in Vancouver [Internet]. 2020. Disponible sur : https://www.pivotlegal.org/act_now_decriminalizing_drugs_in_vancouver
108. Obradovic I. Législations relatives à l'usage et à la détention de cannabis: définitions et état des lieux en Europe. Paris: OFDT. 2016.
109. Oner MZ. The legalization of drugs. *Ank B Rev*. 2014;7:113.

110. Zobel F, Marthaler M. Nouveaux développements concernant la régulation du marché du cannabis. Anchrage À Z Zür Lausanne Addict Suisse. 2016.
111. New South Wales Bar Association. Drug law reform. Discussion Paper. [Internet]. 2014. Disponible sur : https://nswbar.asn.au/docs/webdocs/Drugs_DP_final1.pdf
112. Columbia HOC of B. Public health perspectives for regulating psychoactive substances: what we can do about alcohol, tobacco, and other drugs. Health Officers Council of British Columbia; 2011.
113. Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (AQCID). Énoncé de position : réduction des méfaits : pour une régulation saine et responsable des substances psychoactives [Internet]. 2020. Disponible sur : https://cdn.cyberimpact.com/clients/30723/public/d1cbde2a-ae3-4785-3d21-26c3a84adb0b/files/enonce_rdm_imp.pdf
114. IDPC. Réguler les drogues [Internet]. Disponible sur : http://fileservr.idpc.net/library/IDPC-guide-3-FR/IDPC-drug-policy-guide_Chapter-3.2.pdf
115. Bernstein SE, Amirkhani E, Werb D, MacPherson D. Reprint of: The regulation project: tools for engaging the public in the legal regulation of drugs. *Int J Drug Policy*. 2021;91:103279.
116. Kasunic A, Lee MA. Understanding drug legalization. *Int Public Health J*. 2014;6(3):283.
117. Basky G. Policy in focus: is psilocybin the next cannabis? *Can Med Assoc*; 2021.
118. Smith WR, Appelbaum PS. Two models of legalization of psychedelic substances: reasons for concern. *Jama*. 2021;326(8):697-8.
119. Downey LA, Sarris J, Perkins D. Legalization of psychedelic substances. *JAMA*. 21 déc 2021;326(23):2434-5.
120. Mocanu V, Mackay L, Christie D, Argento E. Safety considerations in the evolving legal landscape of psychedelic-assisted psychotherapy. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2022;17(1):1-6.
121. Dos Santos RG, Bouso JC, Rocha JM, Rossi GN, Hallak JE. The use of classic hallucinogens/psychedelics in a therapeutic context: healthcare policy opportunities and challenges. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:901.
122. Brazeau N. Ethnographie de l'usage rituel d'ayahuasca au Québec. 2012.
123. Farthing L, Kohl B. Social control: Bolivia's new approach to coca reduction. *Lat Am Perspect*. 2010;37(4):197-213.
124. Farthing L, Kohl B. Supply-side harm reduction strategies: Bolivia's experiment with social control. *Int J Drug Policy*. 2012;23(6):488-94.
125. TRANSFORM. Making dangerous safer: debating drugs: how to make the case for legal regulation. 2018.
126. Emerson B, Haden M. A public health based vision for the management and regulation of opioids. *Int J Drug Policy*. 2021;91:103201.

127. TRANSFORM. Débattre les drogues en faveur d'une réglementation : un guide à l'argumentaire. 2014.
128. Canadian Drug Policy Coalition. Changing the frame: a new approach to drug policy in Canada [Internet]. 2012. Disponible sur : https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2015/02/CDPC_report_eng_v14_comp.pdf
129. Chapados M, Gagnon F, Lapointe G, Tessier A, April N, Fachhoun R, Samuel O. Légalisation du cannabis à des fins non médicales: pour une régulation favorable à la santé publique. Institut national de santé publique du Québec. Québec; 2016.
130. Haden M, Emerson B, Tupper KW. A public-health-based vision for the management and regulation of psychedelics. *J Psychoactive Drugs*. 2016;48(4):243-52.
131. Rolles S. After the war on drugs: blueprint for regulation. 2009.
132. Barry CL. Fentanyl and the evolving opioid epidemic: what strategies should policy makers consider? *Psychiatr Serv Wash DC*. 01 2018;69(1):100-3.
133. Jones SC. Alcohol-branded merchandise ownership and drinking. *Pediatrics*. 2016;137(5):e20153970.
134. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). État du phénomène de la drogue en Europe : rapport Annuel [Internet]. 2011. Disponible sur : http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/969/EMCDDA_AR2011_FR.pdf

ANNEXE 1 BANQUES DE DONNÉES CONSULTÉES ET PLATEFORMES ASSOCIÉES

Bases de données	Plateformes
American Bar Association Journals	HeinOnline
Core U.S. Journals	HeinOnline
Criminal Justice Journals	HeinOnline
Index to Foreign Legal Periodicals (IFLP)	HeinOnline
International & Non-U.S. Law Journals	HeinOnline
Law Journal Library	HeinOnline
Medicine and Law	HeinOnline
Most-Cited Law Journals	HeinOnline
NOMOS: American Society for Political and Legal Philosophy	HeinOnline
CINAHL	EBSCOHost
ERIC	EBSCOHost
Health Policy Reference Center	EBSCOHost
MEDLINE Complete	EBSCOHost
Political Science Complete	EBSCOHost
Psychology and Behavioral Sciences Collection	EBSCOHost
SocINDEX with Full Text	EBSCOHost
PubMed	

ANNEXE 2 FICHE 1 : LES COMMISSIONS DE DISSUASION DE LA TOXICOMANIE

Au niveau de la loi	Décriminalisation <i>de jure</i>
Les fondements	Le gouvernement portugais reconnaît le caractère contreproductif des sanctions criminelles pour réduire la prévalence de l'usage et les différents effets délétères des drogues sur la santé. L'usage de drogues et les méfaits qui s'y rattachent ne doivent pas pour autant être banalisés, mais plutôt envisagés dans une perspective de santé publique. La suppression de l'infraction de possession du Code criminel a été suivie de la mise en place des Commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT), visant à persuader les personnes UD de mettre un terme à leur consommation, tout en s'efforçant de les amener à faire usage des services et soins de santé requis par leur condition et cela, tout en évitant les conséquences sociales et de santé liées au processus criminel.
Objectifs poursuivis	1) inciter les personnes UD à mettre un terme à leur consommation et les sensibiliser sur les méfaits de leur usage; 2) encourager les personnes UD ayant une consommation problématique à obtenir les soins et services requis par leur condition; 3) diminution de l'offre/accessibilité aux drogues
Principales étapes préalables à l'implantation recensées	<ul style="list-style-type: none"> • Suppression de l'infraction de possession du Code criminel • Mise en place d'un comité intersectoriel, chargé d'évaluer les besoins de la personne suite à l'interpellation policière (CDT) • Adoption de nouvelles lignes directrices pour les policiers • Détermination des seuils (départage possession/trafic) • Identification des sanctions possibles (p. ex. : interdiction de sortir du pays, de fréquenter certains lieux ou certaines personnes, saisie de biens, suspension des prestations gouvernementales, amendes, obligation de se rapporter à la police, etc.) • Investissements dans les mesures de réduction de méfaits et de traitement
Mécanismes d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination de l'admissibilité de la personne • À la suite de l'arrestation, la personne est tenue de comparaître devant une CDT en vue de l'évaluation de ses besoins et de sa consommation • L'évaluation de la personne et de sa consommation détermine si une sanction de nature autre que criminelle doit être imposée (interdiction de fréquenter certains lieux ou certaines personnes, arrêt de versements de prestations gouvernementales, suspension de licence professionnelle, saisie de bien, etc.)
Seuils de départage (possession/trafic)	Seuils correspondant à 10 jours moyens de consommation : Cannabis : ≤1 g de THC. 10 g de cannabis séché; cocaïne : ≤1 g.; Héroïne : ≤ 1,5 g.; MDMA : ≤ 1,5 g.; Méthamphétamines : ≤1,5 g.; Champignons : ≤ 40
Effets possibles	La littérature indique que les CDT ont probablement eu une incidence sur : 1) ↑ de l'usage de cannabis dans la population générale 2) chez les 15-24 ans : ↑ de l'usage de l'ecstasy et amphétamine et ↓ de l'usage de cannabis et cocaïne; 3) ↑ de la prévalence de l'usage à vie de toutes les drogues chez les 15-16 ans; 4) objectif de ↓ la consommation à haut risque, la toxicomanie et la consommation par injection partiellement atteint; 5) ↓ VIH.

ANNEXE 3 FICHE 2 : MEXIQUE – LEY DE NARCOMENUDEO

Au niveau de la loi	Décriminalisation <i>de jure</i>
Les fondements	De l'avis du gouvernement mexicain, la hausse de la violence et de l'insécurité observée au Mexique depuis le début des années 2000 serait en grande partie liée au crime organisé et aux cartels de drogues. Le gouvernement se trouve aux prises avec une surpopulation carcérale importante et avec des dépenses considérables qui s'y rattachent. Le constat est également formulé qu'un nombre important des personnes incarcérées le sont pour possession de drogues et cela, sans que ne soit démontré l'existence d'un lien entre la sécurité des communautés et le danger que représentent ces personnes. Faute de ressources suffisantes, il apparaît ainsi judicieux pour l'État de privilégier une approche permettant de limiter les actions policières et judiciaires dans les cas de possession de drogues. Cela dit, le point de vue des acteurs gouvernementaux, selon lequel la consommation de drogues est un phénomène inacceptable socialement et, qu'idéalement, la criminalisation des personnes UD serait maintenue, demeure.
Objectifs poursuivis	1) diminuer la violence et intensifier la lutte contre les trafiquants; 2) favoriser le recours au traitement plutôt que l'incarcération dans les cas de possession de « petites » quantités de drogues; 3) désengorger les tribunaux; 4) réduire les coûts de traitement pour possession de drogues.
Principales étapes préalables à l'implantation recensées	<ul style="list-style-type: none"> • Suppression de l'infraction de possession de drogues du Code criminel • Élaboration de lignes directrices pour le départage des responsabilités fédérales/provinciales • Élaboration de lignes directrices pour les policiers (critères d'admissibilité) et formation • Élaboration d'un mécanisme de suivi (départage des personnes UD à diriger en traitement ou non) • Détermination des seuils de départage (possession/à des fins de trafic) • Accroissement du nombre d'infrastructures de traitement publiques
Mécanisme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • S'il s'agit de la première ou de la seconde arrestation pour l'infraction de possession : aucune action n'est prise, outre un avertissement. Lors de la troisième arrestation, les coordonnées de la personne sont transmises aux instances de santé. Cette stratégie serait utile en vue d'un départage entre les personnes réellement aux prises avec un TUS et devant être admises en traitement et celles n'ayant pas une consommation problématique. Dès lors, le traitement devient obligatoire. • Redistribution des ressources policières : les ressources fédérales sont affectées à la lutte contre le trafic d'envergure et les ressources locales, au trafic à petite échelle et aux cas de possession de drogues. • Gouvernement fédéral formule le souhait que les gouvernements locaux développent des infrastructures publiques pour le traitement.
Seuils de départage (possession/trafic)	Cannabis : 5 g.; Cocaïne : 500 mg; Héroïne : 50 mg ; MDMA : 40 mg; Opium : 2 g; LSD : 150 mg*.
Effets possibles	Les évaluations d'impacts semblent très rares. Les études existantes visent principalement à mettre en exergue les limites et les faiblesse des mesures en place. Sans prétendre à l'exhaustivité, celles-ci incluent : 1) l'insuffisance des soins de services ou de santé; 2) l'accès au traitement serait difficile (insuffisance des ressources ou traitement trop onéreux (soins de santé privés); 3) pas d'association significative entre les arrestations et l'implantation de la réforme; 4) personnes UD peu informées des changements législatifs et de leurs implications; 5) seuils pour la possession de drogues trop peu élevés pour limiter la criminalisation; 6) hausse probable du nombre de personnes incarcérées pour possession de drogues (car hausse de sévérité des sanctions si dépassement des seuils ou non application de la loi par la police).

ANNEXE 4 FICHE 3 : CERTAINES VILLES AMÉRICAINES — PROGRAMMES LEAD

Au niveau de la loi	Décriminalisation <i>de facto</i>
Les fondements	Certaines instances locales sont d’avis que les problématiques liées à l’usage de drogues doivent principalement relever du secteur de la santé plutôt que de celui de la justice et de la sécurité publique. Elles reconnaissent qu’il est essentiel de soutenir les personnes UD en agissant sur les déterminants sociaux liés à la consommation. L’interpellation policière apparaît comme un moment propice pour faciliter l’évaluation de la personne en vue, et subséquemment, de lui offrir le soutien ou les services requis par sa situation.
Objectifs poursuivis (variables selon les villes)	1) réduire la récidive criminelle; 2) améliorer la sécurité des communautés; 3) diminuer le nombre de personnes UD et de travailleurs du sexe aux prises avec des démêlés judiciaires; 4) réduire les coûts inhérents au système de justice pénale; 5) améliorer la qualité de vie et la santé des personnes UD et des travailleurs du sexe; 6) promouvoir les mesures de réduction des méfaits.
Principales étapes préalables à l’implantation recensées	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination des seuils de départage (possession/trafic) • Formation des policiers concernant la réduction des méfaits • Établissement de partenariats avec les agences destinées à fournir les soins et services de santé
Mécanisme d’action	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination de l’admissibilité (respect du seuil de possession) et de l’intérêt de la personne à intégrer le programme • Si intérêt et respect des critères d’admissibilité : la personne est mise en contact avec un « gestionnaire de cas » chargé d’évaluer ses besoins et de l’orienter vers les soins de santé et services requis/souhaités
Seuils de départage (possession/trafic)	Variables selon les villes. En général, ≤ 3 g., nonobstant la substance. Autres critères (variables selon les villes) : Exclusion si : 1) refus de soutien; 2) personne semble se livrer au trafic; 3) personne mineure; 4) personne suspectée de faire la promotion du travail du sexe; 5) présence d’antécédents criminels.
Effets possibles	Le niveau de qualité des études est généralement peu élevé, mais il semble que le programme LEAD : 1) soit prometteur pour générer des effets positifs sur la santé, notamment au regard des décès; 2) puisse avoir une incidence favorable sur les habitudes de consommation et l’accès au traitement; 3) puisse avoir une incidence favorable sur le statut socioéconomique (accès au logement et à l’emploi, p. ex.); 4) soit prometteur pour ↓ des coûts liés à la prise en charge des personnes UD par le système judiciaire; 5) soit efficace pour ↓ de la récidive criminelle.

ANNEXE 5 FICHE 4 : DÉCRIMINALISATION EN VERTU D'UNE EXEMPTION D'APPLICATION DU PARAGRAPHE 56(1) DE LA LRCDAS (COLOMBIE-BRITANNIQUE)*

Au niveau de la loi	Mesure applicable en Colombie-Britannique exclusivement et qui sera mise en place par l'entremise d'une exemption demandée à Santé Canada en vertu du paragraphe 56(1) de la LRCDAS.
Les fondements	Les mesures actuellement en place en Colombie-Britannique sont considérées insuffisantes pour réduire la crise de surdoses, qui constitue dans cette province une urgence de santé publique. À l'automne 2021, le gouvernement provincial a déposé à Santé Canada une demande en vue que la possession de drogues — lorsqu'elle concerne les adultes de 18 ans et plus — ne puisse plus faire l'objet d'accusations criminelles. La possession d'une quantité supérieure de drogue continuera de constituer une infraction pénale. Il est attendu de cette mesure s'inscrivant dans une approche globale qu'elle contribue à réduire la stigmatisation associée à l'usage de drogues, ce qui, à terme, pourrait contribuer à un meilleur accès des personnes UD aux soins de santé et services sociaux et inciter celles-ci à recourir à des pratiques plus sécuritaires.
Objectifs poursuivis	Freiner la crise de surdoses aux opioïdes et, plus spécifiquement : 1) réduire la stigmatisation; 2) réduire les méfaits liés à la consommation de drogues; 3) accroître l'accès aux soins de santé et services sociaux; 4) réduire le profilage discriminatoire (surreprésentation des Autochtones et autres groupes minoritaires) dans le système de justice et les personnes victimes de surdoses
Principales étapes préalables à l'implantation recensées†	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination des seuils de départage • Détermination des contextes de possession non autorisés (écoles primaires et secondaires, garderies, aéroports, navires et hélicoptères de la garde côtière. Restrictions également dans les véhicules et transports en commun) • Précision de ce qui constitue le trafic et peut être sanctionné au niveau pénal (i.e : donner, vendre ou fournir une substance à une tierce personne) • Formation et remise de lignes directrices aux policiers • Campagne de sensibilisation et d'éducation auprès de la population • Investissements pour l'amélioration de l'accès aux services de santé • Tenue de consultations auprès : 1) des Autochtones et autres groupes minoritaires; 2) des personnes UD; 3) des services de police; 4) des autres acteurs concernés par la mesure • Mise en œuvre d'un mécanisme de surveillance et d'une évaluation
Mécanisme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination de l'admissibilité (respect du seuil de possession) • Transmission d'informations concernant les services et soins locaux accessibles • Si souhaité par la personne : soutien pour accéder aux services et soins. Si refus : aucune sanction • Pas de saisie des drogues
Seuils de départage (possession/trafic)	Quantité ≤ à 2,5 g. des drogues suivantes (total cumulatif) : 1) Opioïdes (incluant l'héroïne, la morphine, le fentanyl et la plupart des opioïdes figurant à l'annexe 1 de la LRCDAS); 2) Cocaïne (incluant le crack); 3) Méthamphétamines; 4) MDMA (ecstasy) Autres exclusions : La consommation dans certains lieux tels les écoles primaires et secondaires et les garderies, continueront d'être passibles de sanctions criminelles
Effets observés	(n. d.) Approche qui entrera en vigueur le 31 janvier 2023.

* Ce tableau constitue un résumé de la seule source fournissant une information officielle sur le sujet.

† Cela inclut également les principales étapes préalables exigées par Santé Canada.

Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/politique-reglementation/documents-politique/exemption-possession-fins-personnelles-petites-quantites-certaines-drogues-illegales-colombie-britannique.html#a2.5> (page consultée le 3 juin 2022).

ANNEXE 6 FICHE 5 : LA DÉCRIMINALISATION AVEC SANCTION (ÉTAT DE L'OREGON, ÉTATS-UNIS)

Au niveau de la loi	Peu d'information disponible, mais l'information disponible suggère qu'il s'agit d'une décriminalisation <i>de jure</i> , à la suite d'un vote fait par les citoyens.
Les fondements	L'Oregon est considéré comme l'un des États les plus progressistes des États-Unis, ayant d'ailleurs été parmi les premières juridictions à légaliser la possession du cannabis à des fins autres que médicales. Plusieurs acteurs et citoyens réclament ouvertement une approche plus humaniste et sont d'avis que les TUS et les épisodes de surdoses mortelles qui ne cessent de croître constituent des problèmes d'envergure en Oregon, tout comme ils sont d'avis que la criminalisation constitue une source de stigmatisation, en plus de contribuer à perpétuer des inégalités raciales importantes. À cela, s'ajoute également la reconnaissance que le régime de prohibition occasionne des dépenses considérables pour le système de justice. À l'automne 2020, à la suite d'un vote populaire, la « Mesure 110 » est adoptée. Celle-ci a pour objectif une réduction de la sévérité des sanctions associées à l'infraction de possession de drogues. Il est attendu qu'une partie des revenus issus de la vente de cannabis et de ceux attribuables aux sommes épargnées par le système de justice (incarcérations, traitement administratif, etc.) soit réinvestie pour le financement de nouvelles infrastructures de traitement et de réadaptation.
Objectifs poursuivis	1) diminuer le profilage racial; 2) diminuer les surdoses; 3) réduire les coûts pour le système de justice et de la sécurité publique liés aux infractions de possession de drogues; 4) accroître les infrastructures de traitement et de réadaptation et assurer un accès accru à celles-ci pour les personnes UD.
Principales étapes préalables à l'implantation recensées	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre d'un programme en vue d'assurer le financement des centres de traitement et de réadaptation (par l'entremise de subventions) Assurance que les instances nommées à cet effet sont en mesure d'offrir un service téléphonique (24/7/365) pour procéder à l'évaluation de la consommation des personnes UD à la suite de l'arrestation. Si souhaité par la personne UD : soutien pour accéder aux soins et services, par l'entremise d'un gestionnaire de cas.
Mécanisme d'action	<ul style="list-style-type: none"> Détermination de l'admissibilité (respect du seuil de possession) Présentation par la police des deux options : possibilité de payer une contravention de 100 \$ US ou encore, d'entrer de contacter l'instance chargée de procéder à l'évaluation de la consommation
Seuils de départage (possession/trafic)	Cocaïne : ≤2 g.; Héroïne : ≤ 1 g.; MDMA/ecstasy : ≤1 g. ou ≤5 unités; Méthamphétamines : ≤2 g.; LSD : ≤ 40 unités; Psilocybine (si non prescrit) : ≤12 g.; Méthadone (si non prescrit) : ≤40 unités; Oxycodone (si non autorisé prescrit) : ≤40 unités; Cannabis : non applicable (légalisé)
Effets observés	(n. d.)

Références citées dans les fiches

Fiche 1

- Brisson, J. (2020). *Les Commissions de dissuasion de la toxicomanie au Portugal: mise à jour au regard de l'état de santé des personnes utilisatrices de drogues et de l'évolution de la consommation*. Institut national de santé publique du Québec.
- Félix, S., Portugal, P., & Tavares, A. (2017). *Going after the addiction, not the addicted: the impact of drug decriminalization in Portugal*. IZA Discussion Papers.
- Gagnon, F. (2016). *Synthèse de connaissances: actions novatrices en matière de substances psychoactives « illicites »*. Institut national de santé publique du Québec.
- Hughes, C. E. (2007). Evidence-based policy or policy-based evidence? The role of evidence in the development and implementation of the Illicit Drug Diversion Initiative. *Drug and Alcohol Review*, 26(4), 363-368. <https://doi.org/10.1080/09595230701373859>
- Hughes, C.E., & Stevens, A. (2010). What can we learn from the portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 50(6), 999-1022. <https://doi.org/10.1093/bjc/azq038>
- Russoniello, K. (2012). The devil (and drugs) in the details: Portugal's focus on public health as a model for decriminalization of drugs in Mexico. *Yale J. Health Policy Law & Ethics*, 12, 371.

Fiche 2

- Arredondo, J., Gaines, T., Manian, S., Vilalta, C., Bañuelos, A., Strathdee, S. A., & Beletsky, L. (2018). The law on the streets: evaluating the impact of Mexico's drug decriminalization reform on drug possession arrests in Tijuana, Mexico. *International Journal of Drug Policy*, 54, 1-8.
- Beauchesne, L. (2018). *Les drogues: enjeux actuels et réflexions nouvelles sur leur régulation*. Bayard Canada.
- Hernandez, A.P. (2015). Drugs legislation and prison situation in Mexico. Dans *Systems overload Drug laws and prison in Latin America* (p. 60-70). Transnational Institute.
- Hughes, C. E., Stevens, A., Hulme, S., & Cassidy, R. (2019). Models for the decriminalisation, depenalisation and diversion of illicit drug possession: an international realist review. *International Journal of Drug Policy*.
- Jessman, R., et Payer, D. (2018). *La décriminalisation: les options et les données probantes*. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. <https://www.ccsa.ca/fr/la-decriminalisation-les-options-et-les-donnees-probantes-document-orientation>
- Russoniello, K. (2012). The devil (and drugs) in the details: Portugal's focus on public health as a model for decriminalization of drugs in Mexico. *Yale J. Health Policy Law & Ethics*, 12, 371.
- Shapiro, J. B. (2010). What are they smoking?! Mexico's decriminalization of small-scale drug possession in the wake of a law enforcement failure. *The University of Miami Inter-American Law Review*, 42(1), 115-144.

Fiche 3

- Barberi, D., et Taxman, F. S. (2019). Diversion and alternatives to arrest: a qualitative understanding of police and substance users' perspective. *Journal of Drug Issues*, 49(4), 703-717.
<https://doi.org/10.1177/0022042619861273>
- Beckett, K. (2014). *Seattle's law enforcement assisted diversion program: lessons learned from the first two years*. <https://www.fordfoundation.org/work/learning/research-reports/seattles-law-enforcement-assisted-diversion-program/>
- Brisson, J., Blais, E., Gagnon, F., & Lemay, S. A. (2021). *Les mesures alternatives à la criminalisation des personnes interpellées pour possession simple de drogues : une perspective de santé publique*. Institut national de santé publique du Québec.
- Clifasefi, S. L., et Collins, S. E. (2016). LEAD program evaluation: describing LEAD case management in participants' own words. *Harm Reduction Research and Treatment Lab*.
- Clifasefi, S. L., Lonczak, H. S., et Collins, S. E. (2017). Seattle's law enforcement assisted diversion (LEAD) program: within-subjects changes on housing, employment, and income/benefits outcomes and associations with recidivism. *Crime & Delinquency*, 63(4), 429-445.
<https://doi.org/10.1177/0011128716687550>
- Collins, A. B., Boyd, J., Mayer, S., Fowler, A., Kennedy, M. C., Bluthenthal, R. N., Kerr, T., & McNeil, R. (2019). Policing space in the overdose crisis: a rapid ethnographic study of the impact of law enforcement practices on the effectiveness of overdose prevention sites. *International Journal of Drug Policy*, 73, 199-207.
- Collins, S. E., Lonczak, H. S., & Clifasefi, S. L. (2017). Seattle's law enforcement assisted diversion (LEAD): program effects on recidivism outcomes. *Evaluation and Program Planning*, 64, 49-56.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.05.008>
- Magana, E. J. (2019). *A process evaluation of LEAD (law enforcement assisted diversion) San Francisco (SF)*. California State University.
- New Mexico Sentencing Commission. (2018). Santa Fe law enforcement assisted diversion (LEAD) : an analysis of the pilot phase outcomes. <https://nmsc.unm.edu/reports/2018/the-santa-fe-law-enforcement-assisted-diversion.pdf>
- Saito, M. (2021). Decriminalize drugs now: a dire situation becomes much more urgent. *Seattle Journal for Social Justice*, 20, 357.
- Worden, R. E., & McLean, S. J. (2018). Discretion and diversion in Albany's LEAD program. *Criminal Justice Policy Review*, 29(6-7), 584-610.

Fiche 5

Gerstner, B. (2021) Oregon narcotics decriminalization: example or pariah? *Ohio State Legal Studies Research Paper*, (668).

Kleinman, R. A., & Morris, N. P. (2021). Rethinking the criminalization of personal substance use and possession. *Journal of General Internal Medicine*, 1-3.

Liningier, T. (2022). After the war on drugs: challenges following decriminalization. *The University of New Hampshire Law Review*, 20(2), 8.

Saito, M. (2021). Decriminalize drugs now: a dire situation becomes much more urgent. *Seattle Journal for Social Justice*, 20, 357.

State of Oregon. (2020). *Measure 110 (2020)*.

[https://www.oregonlegislature.gov/lpro/Publications/Background-Brief-Measure-110-\(2020\).pdf](https://www.oregonlegislature.gov/lpro/Publications/Background-Brief-Measure-110-(2020).pdf)

(page consultée le 13 juillet 2022)

