

**Les Commissions de dissuasion de la toxicomanie
au Portugal : suivi des indicateurs de santé et de
la consommation chez les personnes utilisatrices
de substances psychoactives dites « illicites »**

Les Commissions de dissuasion de la toxicomanie au Portugal : suivi des indicateurs de santé et de la consommation chez les personnes utilisatrices de substances psychoactives dites « illicites »

Rapport

Direction du Développement des individus et des communautés

Décembre 2020

AUTEURE

Jacinthe Brisson, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Thomas Paccalet, Ph. D, MBA, chef d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

MISE EN PAGE

Sophie Michel, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

L'auteure tient à remercier Johanne Laguë à la Direction du développement des individus et des communautés pour ses précieux commentaires sur le présent document, ainsi que Sébastien Tessier, conseiller scientifique au Bureau de santé des populations pour la révision et le soutien dans la présentation des résultats. Des remerciements sont aussi adressés à François Gagnon et Dominique Gagné, tous deux conseillers scientifiques à la Direction du développement des individus et des communautés, ainsi qu'à David-Martin Milot, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, professeur-chercheur à l'Université de Sherbrooke, qui ont également fourni des commentaires pertinents à la suite de lecture de la première version du présent rapport.

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

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 – 1^{er} trimestre 2021
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-88300-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

Table des matières

Faits saillants	1
Sommaire	3
Contexte	7
1 Introduction	11
2 Objectifs	13
3 Méthodologie	15
3.1 Stratégie de recherche documentaire et sources des données	15
3.2 Données et indicateurs considérés	16
3.3 Limites des données.....	16
4 La mise en œuvre des Commissions de dissuasion de la toxicomanie : données contextuelles	19
4.1 Les mécanismes d'action entourant la mise en place des Commissions de dissuasion de la toxicomanie	19
4.2 Autres services et programmes offerts par le système de santé aux personnes utilisatrices de SPA.....	23
4.3 Autres données contextuelles d'intérêt.....	29
5 Évolution de l'usage de SPA et effets sur la santé des personnes UD/UDI	31
5.1 Prévalence de l'usage de SPA	31
5.2 Taux brut de cas diagnostiqués de VIH parmi les personnes UDI	34
5.3 Évolution du taux de mortalité lié aux SPA	34
6 Discussion	35
6.1 Constats quant aux services et soins de santé destinés aux personnes UD	35
6.2 Constats quant aux prévalences de l'usage des SPA et de la consommation problématique depuis la mise en place des CDT.....	36
6.3 Constats concernant l'évolution du taux de cas de VIH diagnostiqués parmi les personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI)	37
6.4 Constats concernant le taux de décès liés aux SPA (par surdoses).....	37
6.5 Constats concernant les indicateurs liés à la criminalité	38
6.6 L'efficacité des CDT	39
6.7 Applicabilité et pertinence d'un mécanisme similaire aux CDT en contexte québécois	40
7 Conclusion	43
8 Références	45
Annexe 1 Stratégie de recherche documentaire	51
Annexe 2 Précisions et définitions concernant les indicateurs présentés	55
Annexe 3 Options stratégiques contenues dans la Stratégie nationale de lutte contre les drogues	59
Annexe 4 Processus de prise de décision des Commissions de dissuasion de la toxicomanie	63
Annexe 5 Synthèse des principaux résultats	67

Liste des tableaux

Tableau 1	La logique d'action des Commissions de dissuasion de la toxicomanie.....	22
Tableau 2	Profil des personnes UD comparaissant devant une Commission de dissuasion de la toxicomanie et précisions quant aux sanctions (émises/suspendues), 2004 à 2017	23
Tableau 3	Nombre de structures de traitement et de réadaptation destinées aux personnes ayant un problème de consommation de SPA, 2001-2017	26
Tableau 4	Prix moyens des substances en euros constants, selon la substance, 1998 à 2017	30
Tableau 5	Prévalence (%) de l'usage de SPA au cours des 12 derniers mois chez les 15-24 ans, par substance, 2001 à 2016/2017	32
Tableau 6	Estimations concernant la consommation problématique ou à haut risque dans la population générale (15 ans-64 ans) au cours des 12 derniers mois, par millier d'habitants, 2001 à 2015	33
Tableau 7	Taux de mortalité lié aux SPA, par million d'habitants, 2004 à 2017	34
Tableau 8	Synthèse de l'évolution des différents indicateurs permettant de mesurer les effets de la création des CDT	69

Liste des figures

Figure 1	Nombre de personnes UD en traitement de substitution aux opioïdes (méthadone), population générale (15 ans à 64 ans), 1996-2016	25
Figure 2	Nombre de personnes UD en traitement en cours d'année pour l'usage de cannabis, population générale (15 ans à 64 ans), 2010-2016	27
Figure 3	Nombre de personnes UD en traitement en cours d'année pour l'usage de cocaïne, population générale (15 ans à 64 ans), 2010 à 2016	28
Figure 4	Nombre de personnes UD en traitement en cours d'année pour l'usage d'héroïne, population générale (15 ans à 64 ans), 2010-2016	28
Figure 5	Nombre d'infractions liées à la possession, à l'usage et au trafic de drogues, 2009-2017	29
Figure 6	Proportion des incarcérations liées aux SPA, 2009-2017	30
Figure 7	Prévalence (%) de l'usage de SPA au cours des 12 derniers mois, population générale (15 à 64 ans), par substance, 2001 à 2016/2017	31
Figure 8	Prévalence (%) de consommation à vie du cannabis et autres substances illicites chez les jeunes âgés de 15-16 ans, 1995 à 2015.....	32
Figure 9	Taux de cas de VIH diagnostiqués chez les personnes UDI, par 100 000 habitants, 2004-2017	34
Figure 10	Processus de prise de décision des Commissions de dissuasion de la toxicomanie	65

Liste des sigles et acronymes

INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CIM	Classification internationale des maladies
CDT	Commissions de dissuasion de la toxicomanie
CT	Communauté thérapeutique
DPCP	Directeur des poursuites criminelles et pénales
ESPAD	<i>European School Survey on Alcohol and Other Drugs</i>
IDT	<i>Instituto da Droga e da Toxicoddependência</i> (Institut des drogues et toxicodépendances)
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LEAD	<i>Law Enforcement Assisted Diversion</i>
LRCDAS	Loi fédérale réglementant certaines drogues et autres substances
OEDT	Observatoire européen des drogues et toxicomanie
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisme non gouvernemental
ONU	Organisation des Nations Unies
PTTCQ	Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec
SPA	Substances psychoactives
TSO	Traitement de substitution aux opioïdes
UD	Utilisateurs de drogues
UDI	Utilisateurs de drogues par injection
UE	Union européenne

Faits saillants

En 2001, le Portugal a procédé à un changement du mode d'encadrement de toutes les substances psychoactives dites « illicites ». Il s'agit, à ce jour, de la seule juridiction à travers le monde à avoir modifié sa loi quant à l'encadrement de ces substances dans une perspective de santé publique. Les nouvelles mesures en place font en sorte que la possession simple et la consommation de ces mêmes substances continuent d'être illégales, mais font l'objet de sanctions administratives plutôt que pénales. Une telle approche a été préconisée dans l'optique de réduire les méfaits associés à l'usage de ces substances sur la santé et la criminalité. Sa mise en œuvre a été accompagnée par la création des *Commission de dissuasion de la toxicomanie*, des instances destinées à encourager l'accès aux soins et aux services de santé aux personnes aux prises avec un problème de consommation de substances psychoactives dites « illicites ». C'est dans l'optique de mieux comprendre le fonctionnement de ce mode d'encadrement et ses effets sur la santé que le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à l'Institut national de santé publique du Québec le mandat de procéder à une analyse de ce mode d'encadrement.

Les données portant sur les impacts de la stratégie portugaise présentent de nombreuses limites et doivent être interprétées avec prudence. Néanmoins, les constats suivants peuvent être formulés :

- Dans la population générale portugaise, une augmentation de l'usage récent (12 derniers mois) de cannabis semble observable pour la période située entre 2001 et 2016/2017, comme c'est également le cas dans plusieurs pays de l'Union européenne au cours de la même période. Cependant, la prévalence de l'usage des substances psychoactives dites « illicites » autres que le cannabis aurait diminué au Portugal au cours de la même période;
- Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, une diminution de la consommation de cannabis et de cocaïne semble être observable au cours de cette même période. Une augmentation de l'usage de l'ecstasy et des amphétamines semble être notée. Aucune donnée ne porte sur la consommation d'héroïne;
- Pour la période entre 1995 et 2015, la prévalence de l'usage à vie de l'ensemble des substances « illicites » (y compris le cannabis) est à la hausse chez les jeunes âgés de 15-16 ans. Ces augmentations sont davantage importantes au Portugal que dans plusieurs pays de l'Union européenne au cours de la même période;
- L'objectif de diminuer la consommation à haut risque, la toxicomanie et la consommation par injection ne semble que partiellement atteint;
- Le taux de cas de VIH diagnostiqués chez les personnes faisant usage de substances par injection a diminué de manière considérable, davantage encore que dans plusieurs pays de l'Union européenne au cours de la même période;
- Bien que des changements méthodologiques importants puissent être à l'origine de tels résultats, il semble que le taux de mortalité lié à l'usage de substances psychoactives dites « illicites » (surdoses) ait augmenté;
- Malgré des objectifs en ce sens, la création des *Commissions de dissuasion de la toxicomanie* ne semble pas avoir entraîné la diversification et l'essor des services et soins de santé;
- En raison d'un manque de données, il est impossible d'affirmer que l'objectif de réduction de la criminalité a été atteint. Ceci est d'autant plus vrai que les infractions présumées pour trafic sont à la baisse et que des précisions concernant les saisies semblent inexistantes.

Sommaire

Le Portugal est la première et seule juridiction ayant procédé à un changement du mode d'encadrement de toutes les substances psychoactives dites « illicites » dans une perspective de santé publique. Depuis 2001, la nouvelle loi en vigueur fait que la possession et la consommation de ces mêmes substances continuent d'être illégales. Toutefois, elles sont désormais l'objet de sanctions administratives plutôt que pénales. L'approche portugaise vise, d'une part, à réduire les méfaits associés à l'usage de ces substances sur la santé et, d'autre part, à diminuer la criminalité. L'adoption de la nouvelle loi a aussi entraîné la mise en œuvre des Commissions de dissuasion de la toxicomanie, des instances dont le mandat est de favoriser et encourager l'accès aux soins et services de santé aux personnes aux prises avec un problème de consommation de substances psychoactives dites « illicites ». Au Québec comme ailleurs, plusieurs acteurs de santé publique et de la société civile soutiennent qu'une telle approche est indiquée pour pallier les lacunes des régimes de prohibition communément adoptés par différentes juridictions.

Objectifs

L'Institut de santé publique du Québec a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de mieux comprendre les tenants et les aboutissants de l'approche portugaise ainsi que de documenter ses effets sur la santé des personnes faisant usage de substances psychoactives dites « illicites ». Ce rapport répond à deux objectifs : 1) décrire les composantes et le fonctionnement des Commissions de dissuasion de la toxicomanie et présenter les différents services et soins de santé destinés aux personnes faisant usage de ces mêmes substances et 2) présenter des données concernant l'état de la santé de ces mêmes personnes et leur utilisation des services et soins de santé.

Méthodologie

Une recension des écrits non systématique a été effectuée pour décrire le fonctionnement et les composantes des Commissions de dissuasion de la toxicomanie et fournir des précisions plus générales sur le contexte dans lequel elles s'inscrivent. Une seconde recension a été faite afin d'identifier la littérature évaluative mesurant les effets de ces instances et, plus globalement, du mode d'encadrement sur les déterminants de la santé et l'utilisation des soins et services de santé. En raison de la rareté de cette littérature, le choix de considérer les données colligées par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies a été fait. Cette stratégie a aussi permis d'effectuer un suivi longitudinal de la plupart des indicateurs retenus. Ces données ont été complétées par la consultation des informations contenues dans des rapports gouvernementaux et des données d'enquêtes européennes. Les indicateurs suivants ont été pris en compte : 1) nombre d'infractions liées aux substances psychoactives dites « illicites »; 2) proportion des incarcérations liées à ces mêmes substances; 3) prix des substances; 4) prévalence de l'usage; 5) taux de diagnostics de VIH chez les personnes faisant usage de substances psychoactives par injection et 6) taux de mortalité lié à l'usage de ces mêmes substances.

Résultats

La stratégie en place

Avec le changement du mode d'encadrement des substances psychoactives, la notion de « possession simple » a été strictement délimitée et désigne une provision équivalente à dix jours de consommation, nonobstant la substance concernée. La nouvelle loi ne prévoit aucun traitement différencié en fonction de la substance, pas plus qu'elle ne limite la consommation à des lieux spécifiques. Les dix-huit Commissions de dissuasion de la toxicomanie couvrant le territoire

portugais procèdent à l'évaluation des besoins des personnes utilisatrices de substances psychoactives interpellées par les forces de l'ordre. Lorsque requis, les professionnels de ces instances encouragent ces mêmes personnes à aller chercher le soutien et les services adaptés à leur condition. Elles sont aussi responsables de déterminer la pertinence d'imposer (ou non) une sanction administrative (amende, interdiction de fréquenter certains lieux ou certaines personnes, etc.).

Constats quant aux services et soins destinés aux personnes faisant usage de substances psychoactives dites « illicites »

La bonification et la diversification de l'offre de services et de soins de santé destinée aux personnes utilisatrices de substances psychoactives dites « illicites » faisaient partie des recommandations émises par les experts mandatés par le gouvernement portugais. Dans cette juridiction, tout comme au Québec, l'offre de services destinée à ces personnes est principalement axée sur la réduction des méfaits. Le Portugal compte néanmoins un nombre considérable de communautés thérapeutiques. Les données disponibles sont peu explicites quant à la manière dont cette offre de services a été bonifiée ou modifiée. Toutefois, l'information accessible indique plutôt une diminution constante du nombre de structures en place. Aucune précision ne porte sur l'accroissement des capacités de prises en charge de ces mêmes structures.

Constats quant aux prévalences de l'usage de substances psychoactives dites « illicites » et prévalences de la consommation problématique depuis la mise en place des Commissions de dissuasion de la toxicomanie

En procédant à un changement du mode d'encadrement des substances psychoactives dites « illicites », le gouvernement portugais se donnait, parmi ses objectifs, le mandat de diminuer la prévalence de l'usage ainsi que la consommation problématique de ces substances (toxicomanie, dépendance), lesquelles étaient alors considérées comme préoccupantes et anormalement élevées. Les données disponibles indiquent qu'au cours de la période située entre 2001 et 2016/2017, une augmentation de l'usage récent (12 derniers mois) de cannabis a été observée dans la population générale. Une situation similaire est également observée dans différents pays de l'Union européenne. Dans le cas des autres substances, une diminution de l'usage semble avoir été observée dans la population générale au Portugal au cours de la même période.

En ce qui a trait à la consommation chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, une diminution de l'usage récent du cannabis et de la cocaïne aurait été notée au cours de cette même période. En contrepartie, la consommation d'amphétamines et d'ecstasy était alors à la hausse.

Les données concernant la consommation à vie chez les jeunes montrent que, pour la période située entre 1995 et 2017, l'usage de cannabis et autres substances psychoactives dites « illicites » s'est accru, une situation aussi notée dans plusieurs pays de l'Union européenne au même moment, bien que dans des proportions moins importantes qu'au Portugal.

Enfin, les données disponibles indiquent que l'objectif de diminuer la consommation problématique ne serait que minimalement atteint.

Constats concernant l'évolution du taux des cas de virus de l'immunodéficience humaine diagnostiqués parmi les personnes utilisatrices de drogues par injection

Le Portugal a longtemps été considéré comme un des pays européens ayant les plus hauts taux de cas de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) diagnostiqués chez les personnes ayant recours à la consommation par injection. Une diminution de ce diagnostic chez ces personnes est observée pour la période située entre 2004 et 2017. Au moment présent, la consommation par injection ne

constitue plus un mode de transmission significatif du VIH au Portugal. Toutefois, il est difficile de déterminer dans quelle proportion le patron d'évolution naturelle de la maladie et les mesures déployées avec le changement du mode d'encadrement expliquent un tel résultat.

Constats concernant les taux de décès liés à l'usage de substances psychoactives dites « illicites »

De l'avis du gouvernement portugais, les taux de décès liés à l'usage de substances psychoactives dites « illicites » expliquaient en partie la nécessité de repenser le mode d'encadrement de ces mêmes substances. Au fil des années, plusieurs sources et méthodologies ont été utilisées afin de colliger les données, de sorte qu'il s'avère impossible de suivre l'évolution de la situation au regard de cet indicateur. Néanmoins, depuis au moins 2013, les taux de décès liés à l'usage de ces substances que l'on observe au Portugal seraient largement inférieurs à ceux de plusieurs pays de l'Union européenne.

Constats concernant les indicateurs liés à la criminalité

En changeant le mode d'encadrement, le gouvernement portugais se donnait aussi pour objectif de freiner la criminalité liée aux drogues. Ceci devait se traduire par une intensification de la lutte contre le trafic et les trafiquants. Il est néanmoins difficile de conclure qu'un tel objectif a été atteint. Aucune donnée concernant spécifiquement le trafic et les saisies n'a été repérée dans la littérature existante.

Constats concernant l'efficacité des Commissions de dissuasion de la toxicomanie

Au fil des années, une augmentation importante du nombre de personnes comparissant devant les Commissions de dissuasion de la toxicomanie a été observée. La majorité des personnes orientées vers ces instances font toutefois usage exclusivement de cannabis. Cette situation peut, en partie seulement, s'expliquer par les faibles prévalences de l'usage des autres substances. Par ailleurs, les données indiquent que peu de personnes aux prises avec une dépendance ou faisant un usage simultané de plusieurs substances sont rejointes par ces instances. Ces données posent ainsi la question du potentiel réel de ces dernières à mettre en relation les consommateurs pouvant présenter des besoins complexes avec les soins et services de santé.

Applicabilité et pertinence d'un mécanisme similaire aux Commissions de dissuasion de la toxicomanie au Québec

Pour opérer adéquatement, les Commissions de dissuasion de la toxicomanie requièrent la présence de services et de soins de santé diversifiés pouvant répondre aux besoins variés des personnes utilisatrices de substances psychoactives dites « illicites ». Les données disponibles indiquent qu'en ce qui concerne la diversité des services, l'offre semble davantage variée au Québec qu'au Portugal, bien qu'elle soit inégale selon les régions.

Malgré le cadre en apparence rigide imposé par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, le Québec dispose également d'une certaine souplesse en vue de procéder à la mise en œuvre de différentes mesures destinées à soutenir les personnes utilisatrices de substances psychoactives. Différents programmes de non-judiciarisation et de déjudiciarisation déjà en place au Québec pourraient être adaptés en vue de procéder à la mise en œuvre d'un mécanisme se rapprochant davantage encore à celui déployé au Portugal.

Conclusion

Les données repérées présentent plusieurs failles (données collectées après le changement du mode d'encadrement seulement, données manquantes pendant plusieurs années, manques de précision des indicateurs, etc.) qui limitent la compréhension réelle des impacts de ce mode d'encadrement des substances psychoactives dites « illicites » sur les déterminants de la santé. Le potentiel de cette approche ne doit pas être négligé, puisque l'exemple portugais laisse présager qu'il est possible de mettre en place une démarche concertée entre les acteurs provenant du secteur de la santé, des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique, et ce, en limitant certaines des conséquences négatives communément associées au régime de prohibition.

Contexte

En 2017, 450 000 personnes à travers le monde sont décédées des suites de l'usage de substances psychoactives (SPA) dites « illicites » (OMS, 2018)¹. Selon les données récentes, plus de 31 millions d'adultes à travers le monde sont aux prises avec un problème de consommation de SPA pouvant nécessiter une prise en charge spécialisée (OMS, 2016). Moins d'une personne sur six aurait pourtant accès aux soins de santé adéquats et de qualité requis par sa condition (Vickninsingam et collab., 2018). Combinés aux hausses de la criminalité, ces éléments de la prévalence de certaines maladies infectieuses et de la stigmatisation touchant les personnes faisant usage de SPA amènent à reconsidérer la pertinence du mode d'encadrement de ces mêmes substances (MacGregor, 2017; ONU, 2009; Csete, 2016; Wood, 2012).

En matière de lutte contre les drogues, une approche commune à plusieurs juridictions est celle de la prohibition. Celle-ci constitue un mode d'encadrement des SPA au sein duquel les autorités policières, juridiques et correctionnelles sont chargées d'appliquer les sanctions pénales liées à la possession, au trafic ou à l'utilisation de ces mêmes substances (Gagnon, 2016). Aussi récemment qu'en 2016, l'ancien ministre de la Santé publique des États-Unis évoquait qu'il était impératif de modifier les approches de prise en charge des personnes aux prises avec une dépendance (à l'alcool ou autres SPA), indiquant que « de tels problèmes ne constituent pas un signe de faiblesse morale, mais un signe de maladie chronique devant être traité avec compétence, urgence et compassion » (voir Huynh et collab., 2019). Cette vision est également partagée par le National Institute on Drug Abuse et la American Society for Dependence Medicine. Dans une telle perspective, l'évolution clinique de l'état de santé des personnes ayant une dépendance ou un problème de consommation est similaire à celle des personnes atteintes d'une maladie chronique. Opter pour une prise en charge sociale et sanitaire est en outre une stratégie jugée propice à la fois pour assurer des soins de santé et des services sociaux adéquats comme pour réduire les coûts sociaux et économiques associés à l'usage de ces substances (Huynh et collab., 2019).

L'Organisation des Nations Unies (ONU) souligne que certaines mesures en place dans différentes juridictions ont le potentiel de contrer les méfaits associés à la prohibition (ONU, 2019; Eastwood, Fox et Romarin, 2016). Tel est le cas pour les pratiques communément regroupées sous le vocable de « décriminalisation ». Celle-ci désigne, le plus souvent, des mesures permettant d'éviter — en totalité ou en partie — l'application des sanctions criminelles prévues par la loi, notamment pour la possession simple de SPA. Au moins trois cas de figure de stratégies de décriminalisation peuvent être identifiés, soit :

- l'élimination de l'infraction criminelle par le retrait complet ou partiel de la sanction du Code criminel pour possession d'une quantité limitée de substances (p. ex. toutes les substances en République tchèque) ou par les pratiques des procureurs (p. ex. le cannabis aux Pays-Bas);
- l'ajout d'un régime de contraventions, sans élimination de la sanction criminelle (p. ex. : États-Unis, Australie, Italie, etc.);
- le remplacement des sanctions criminelles par des sanctions administratives (contraventions, amendes, etc.) ou un mécanisme de prise en charge sociosanitaire. Ce processus peut être *de jure* (p. ex. : lorsqu'il implique un changement de loi, comme au Portugal) ou *de facto* (lorsqu'il

¹ Comme il en est question dans ce rapport, l'expression « substances psychoactives dites illicites » (SPA) désigne l'ensemble des substances psychoactives ainsi désignées ou contrôlées incluses dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) et dont la possession ou la consommation peut mener à une infraction criminelle. Cela exclut donc, au Canada les substances telles que l'alcool, le cannabis, le tabac ou les médicaments. Pour faciliter la lecture de ce rapport, le mot « drogues » sera employé en alternance avec le terme « substances » ou « SPA » (substances psychoactives dites « illicites »).

s'appuie, par exemple, sur le pouvoir discrétionnaire des policiers ou autres acteurs, dont ceux du système de justice. C'est le cas, notamment, avec le programme *Law Enforcement Assisted Diversion - LEAD* aux États-Unis).

Le présent rapport se centre sur ce troisième cas de figure et documente le mode d'encadrement préconisé au Portugal. En 2001, ce pays est en effet devenu la première et seule juridiction à avoir supprimé du Code criminel la possession simple et l'usage de toutes les SPA (Anderson, 2012; Hugues et Stevens, 2012, 2011; Van Het Loo, 2001; Muscat, 2009; Cabral, 2017; Landel et Zielinska, 2016; Laqueur, 2015). Préconisant une approche de santé publique, le gouvernement portugais a, par la même occasion, développé un mécanisme de prise en charge adapté aux besoins sociaux et de santé des personnes utilisatrices de drogues (UD). Avec un tel mode d'encadrement des SPA, la possession simple et la consommation de ces substances continuent d'être illégales, mais deviennent l'objet de sanctions administratives plutôt que pénales (Nougier, 2017; Laqueur, 2015; van Beusekom et collab., 2002; Russoniello, 2012; Hugues et Stevens, 2007; Stevens et Hugues, 2016). Ce mode d'encadrement s'inscrit en continuité avec les objectifs poursuivis par l'approche de réduction des méfaits². Sans nécessairement viser l'abstinence, l'approche adoptée par le Portugal se fonde sur l'importance de soutenir et d'outiller adéquatement les personnes UD interpellées par les forces de l'ordre, de sorte que leurs problèmes de consommation ne constituent plus des freins à leur intégration sociale et à leur statut socioéconomique. Cette approche alternative à la criminalisation est souvent citée pour son potentiel à réduire la stigmatisation des personnes UD, les protéger des effets dévastateurs des sanctions criminelles ainsi que pour favoriser la mise en place d'interventions axées sur la prévention, l'éducation et la sensibilisation quant aux méfaits associés à l'usage des SPA (Beauchesne, 2018).

Bien que la démarche adoptée par le Portugal soit souvent considérée comme un exemple de succès, ses effets sur la santé sont souvent peu ou mal documentés. Le présent rapport a comme objectif de mieux comprendre les tenants et les aboutissants de ce mode d'encadrement, principalement en ce qui a trait au fonctionnement et aux impacts des Commissions de la dissuasion de la toxicomanie (CDT), lesquelles ont été créées en vue de limiter les méfaits associés à l'usage des SPA. L'évolution de différents indicateurs au regard de la santé, de l'usage de ces substances et de l'utilisation des soins et services sera également documentée.

² Dans son acception la plus courante, la réduction des méfaits fait référence à tout programme, à toute politique ou intervention dont le but est de réduire ou de minimiser les effets néfastes de la consommation sur la santé et la société (Beirness et collab., 2008).

Note au lecteur

En 2016, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié le document intitulé : *Synthèse des connaissances : actions novatrices en matière de substances psychoactives « illicites »* (Gagnon, 2016). Cette publication avait pour objectif de présenter diverses interventions dotées d'un potentiel en vue d'accroître les effets bénéfiques et de réduire les effets négatifs du régime actuel de contrôle des substances psychoactives dites « illicites ». Au total, en réponse à la réalisation d'une veille documentaire, neuf interventions ont été prises en compte. Elles incluaient, notamment, les services de consommation supervisée, les programmes d'échange de seringues en prison et de prévention et d'analyse de substances en milieu festif ainsi que les Commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT) portugaises, qui font aussi l'objet de la présente publication. Pour chacune de ces interventions, cette synthèse a permis de documenter les six dimensions suivantes : 1) description de l'intervention; 2) logique d'action et objectifs; 3) précédents et sanctions institutionnelles hors Québec; 4) évaluation de l'effectivité; 5) aspects juridiques et 6) certains tenants et aboutissants de l'intervention en contexte québécois.

Dans le cas des CDT, deux études ont été prises en compte (Hughes et Stevens, 2010; Yablon, 2011). Les résultats ont mené l'auteur à considérer que la création des CDT a

vraisemblablement :

- permis la sanction administrative et la prise en charge sociale et sanitaire des personnes UD auparavant sanctionnées pénalement, et ce, sans extension du nombre total de personnes UD sanctionnées (Hughes et Stevens 2010; EMCDDA 2011);
- contribué à une augmentation de l'utilisation des services de réadaptation (Hughes et Stevens 2010);
- contribué à une augmentation du nombre de personnes arrêtées pour trafic et des volumes de substances saisies (Hughes et Stevens 2010);
- contribué à une augmentation du nombre d'homicides liés au marché illicite des drogues (Yablon 2011).

Par ailleurs, en se fondant sur les résultats de Hughes et Stevens (2010), il a été soutenu que les CDT auraient **possiblement :**

- peu ou pas affecté les patrons populationnels de consommation;
- contribué à la réduction du nombre de personnes UD;
- contribué à la réduction du nombre de personnes UD et utilisatrices de drogues par injection (UDI) incarcérées, et du volume de consommation de SPA en milieu carcéral;
- contribué à la réduction du nombre de personnes UD aux prises avec des problèmes de dépendance;
- contribué à la réduction de l'incidence des infections transmissibles par le sang et sexuellement (ITSS).

Le présent rapport tient compte de la méthodologie développée dans le cadre de cette synthèse, tout en développant de nouveaux axes d'analyse. Lorsque possible, les mêmes indicateurs que ceux pris en compte dans la synthèse de 2016 ont été documentés. Afin d'offrir au lecteur une vision plus détaillée des CDT et de mieux comprendre leur fonctionnement, de nouveaux indicateurs ont également été considérés, et la méthodologie développée a mené à la consultation de nouvelles sources de données. Le lecteur souhaitant avoir une meilleure compréhension des différences méthodologiques entre les deux publications est invité à consulter la synthèse produite en 2016.

1 Introduction

La hausse de la prévalence du VIH/SIDA et la hausse de l'hépatite C, des surdoses et des décès sont des effets liés à l'usage de substances psychoactives (SPA) dites « illicites » reconnus depuis plusieurs décennies. Au Québec comme ailleurs, le mode actuel en matière d'encadrement de ces substances n'est pas sans poser certains défis, tant en raison des coûts sociaux et du fardeau économique qui y sont associés que des conséquences des pratiques qui s'y rattachent sur la vie des individus. Les remises en question entourant ce type d'encadrement se font au nom de certains problèmes de santé ou de sécurité publique contre lesquels cette approche serait inefficace, voire qu'elle contribuerait à faire émerger ou à exacerber (Gagnon, 2016). Certains phénomènes, dont l'augmentation des décès liés aux surdoses aux opioïdes et la légalisation récente du cannabis, ont également favorisé l'émergence de nouvelles préoccupations concernant la manière d'encadrer et de réguler l'usage des SPA, en plus de souligner les limites apparentes du mode d'encadrement actuel. Une meilleure connaissance et une compréhension approfondie des pratiques novatrices existantes ailleurs dans le monde, fondées sur les données probantes et adaptées aux besoins et réalités actuels à la fois du Québec et des personnes utilisatrices de drogues (UD), s'avèrent ainsi appropriées et nécessaires.

Une amorce de réflexion a été entreprise par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) lors d'un symposium tenu en 2011 et, également, par l'entremise du document intitulé *Synthèse de connaissances : actions novatrices en matière de substances psychoactives « illicites »* (Gagnon, 2016). Cette publication avait pour objectif de rendre compte des interventions potentiellement appropriées pour agir sur les différents problèmes associés à l'usage de SPA. Une des interventions documentées dans ce cadre est les Commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT), mises en place au Portugal en 2001 dans la foulée du changement du mode d'encadrement des SPA. Comme présenté dans cette publication, les CDT constituent un modèle de prise en charge administrative³ des personnes interpellées par les policiers pour possession simple ou consommation de SPA. Le lecteur intéressé à connaître les principaux résultats est invité à consulter l'encadré figurant à la page IX du présent document.

Au Québec comme ailleurs, la démarche entreprise par le Portugal suscite beaucoup d'intérêt. Différents acteurs de santé publique évoquent d'ailleurs la pertinence d'implanter un tel modèle afin d'assurer une prise en charge adéquate des personnes aux prises avec un problème de consommation de SPA. C'est dans ce contexte que l'INSPQ a proposé au MSSS de procéder à une mise à jour des effets de cette démarche sur la santé des personnes UD, en plus de documenter plus en profondeur ses tenants et aboutissants.

Ce rapport fait partie d'un ensemble de travaux entrepris par l'INSPQ à la demande du MSSS, dont les objectifs sont d'éclairer les discussions des différents acteurs et décideurs de santé publique quant au positionnement à adopter au Québec en matière de réduction des méfaits de la consommation de SPA et de faire progresser le modèle d'encadrement de ces mêmes substances.

³ La prise en charge administrative suppose que les mesures en place s'inscrivent dans le cadre d'un régime juridique ou administratif plutôt que pénal ou criminel. Dans un tel cadre, une personne sanctionnée pour possession simple ou usage de SPA se verra imposer une sanction de nature administrative (ex. : amende, imposition de travaux communautaires, interdiction de fréquenter certains lieux, etc.) plutôt que pénale ou criminelle (ex. : détention d'un casier judiciaire, incarcération, etc.).

2 Objectifs

Ce rapport vise à documenter la stratégie mise en place au Portugal en matière d'encadrement des SPA et à présenter les données les plus récentes quant à son évolution.

Plus spécifiquement, il a pour objectifs de :

1. décrire les composantes et le fonctionnement des CDT ainsi que de présenter les différents services de santé destinés à assurer la prise en charge des personnes présentant des problèmes de consommation de SPA;
2. faire une mise à jour de l'expérience portugaise au regard de l'état de santé des personnes UD et de documenter leur utilisation des services et soins de santé.

3 Méthodologie

3.1 Stratégie de recherche documentaire et sources des données

La stratégie de recherche documentaire ayant mené à la production de ce rapport s'est effectuée en plusieurs étapes.

Une première recension des écrits non systématique a été réalisée afin de documenter le premier objectif du rapport. Cette recension de la littérature grise et scientifique a été effectuée à la fois sur les bases de données de l'INSPQ et Google Scholar. Les mots-clefs utilisés sont présentés à l'annexe 1 du présent document. Cette démarche a été faite en prenant en compte les mêmes mots-clefs que ceux utilisés dans le rapport synthèse publié en 2016 (Gagnon, 2016). Pour cette première recension, aucun critère n'a été retenu quant aux années de publication des documents, et la recherche a été effectuée au cours des mois de février et mars 2019. Les articles publiés en anglais, en français et en portugais ont été considérés. Cette recension a été complétée par la consultation de la littérature grise produite par le gouvernement portugais (plus spécifiquement, celle produite par le *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências* - SICAD), par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) ainsi que par les sites Internet d'organismes nationaux et internationaux documentant l'évolution et les tendances en lien avec l'usage de SPA. En cours de processus, des documents et études supplémentaires ayant été repérés lors des lectures ou portés à notre attention par des collègues ou relecteurs ont également été incorporés. Ces publications étaient issues autant de la littérature grise que de la littérature scientifique.

Pour l'atteinte du second objectif, une recension des écrits non systématique a été effectuée afin de repérer les recherches évaluatives documentant les impacts des CDT au regard de la santé des personnes UD et de l'évolution de la consommation. Cette recherche a été effectuée à la fois sur les bases de données de l'INSPQ et Google Scholar. Le soutien d'une conseillère à la recherche documentaire de l'INSPQ a été obtenu. Les mots-clefs utilisés peuvent être consultés à l'annexe 1. La recension a été réalisée au cours des mois de février et mars 2019 et a pris en compte les publications en anglais, en français et en portugais. En ce qui a trait aux critères d'inclusion, seuls les articles fournissant un exposé suffisamment détaillé de l'approche méthodologique ont été considérés. Les études n'offrant pas de précisions quant à la provenance des données ou de description précise des indicateurs et des sources des données ont été exclues. Enfin, d'autres publications, fruit de travaux menés par des instances privées de type *think tank* ou laboratoires d'idées dont le militantisme entraîne une partialité susceptible d'affecter le traitement objectif des données, ont été exclues. Cependant, certaines informations contenues dans ces publications ont pu être utilisées pour documenter certains éléments en lien avec l'objectif 1, et, également, afin de contextualiser ou de fournir des pistes explicatives de certains résultats.

Rapidement, le constat selon lequel il existait peu de publications de type évaluatif récemment publiées portant spécifiquement sur les CDT a été établi⁴. Pour pallier cette situation, le choix de considérer principalement les données contenues sur le site de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a été fait. Cette stratégie permet d'effectuer un suivi longitudinal d'indicateurs issus d'une même source et d'avoir une définition précise de ceux-ci. Cette option est également utile afin de documenter les mêmes indicateurs que ceux pris en compte dans le document publié par l'INSPQ en 2016. L'OEDT a l'avantage de rendre accessibles des données

⁴ Rappelons qu'à la base, le mandat confié était de procéder à la mise à jour des résultats présentés dans le rapport publié par l'INSPQ en 2016.

probantes permettant de fournir une vue d'ensemble du phénomène des SPA et de son évolution dans l'ensemble de l'Union européenne (UE). Selon les juridictions et les indicateurs, des informations comprises entre le début des années 1990 et 2018 peuvent être obtenues. Dans le cas du Portugal, très peu de données antérieures à la mise en place des CDT (soit 2001) ont été compilées et plusieurs indicateurs n'ont pas fait l'objet d'une collecte systématique annuellement. Lorsque requis, des précisions supplémentaires ont pu être obtenues par la consultation des rapports du gouvernement portugais en matière de lutte contre les drogues (*Relatório Anual — A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*).

Enfin, dans l'optique d'obtenir des précisions quant à la consommation de SPA chez les jeunes, l'OEDT recommande de prendre en compte les données produites par le *European School Survey on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD). Cette vaste étude est menée depuis 1995 dans plus d'une trentaine de pays de l'UE auprès de jeunes âgés de 15 à 16 ans et fournit des données pouvant être utilisées de manière comparative (ESPAD 2016, Hibell et collab., 2011; 2007, 2003; 1999; 1995).

3.2 Données et indicateurs considérés

Les informations recherchées en lien avec le premier objectif étaient de nature qualitative et descriptive. Suite à une exploration préliminaire de la littérature, il a été établi que les données à considérer devaient permettre de documenter les aspects suivants : 1) le contexte entourant le changement du mode d'encadrement des SPA, l'émergence des CDT et les implications de la nouvelle loi; 2) le mode de fonctionnement des CDT et 3) les services offerts aux personnes UD par le système de santé et de services sociaux.

En ce qui a trait aux données considérées pour documenter le second objectif, un effort a été fait, lorsque possible, afin de documenter les mêmes indicateurs que ceux présentés dans le document produit en 2016. Ces indicateurs collectés depuis le site de l'OEDT sont les suivants : 1) nombre d'infractions liées aux SPA; 2) proportion des incarcérations liées aux SPA; 3) prix des substances (lesquels correspondent aux prix de la rue); 4) prévalence de l'usage de SPA (cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines, ecstasy); 5) taux des cas de VIH diagnostiqués chez les personnes UDI; et 6) taux de mortalité lié à l'usage de SPA. Par ailleurs, afin d'avoir une meilleure vision des effets potentiels des CDT, un indicateur n'ayant pas été considéré dans le document produit en 2016, soit l'utilisation des services, a été ajouté. Ces indicateurs sont définis à l'annexe 2.

3.3 Limites des données

La littérature permettant de suivre le développement et les changements apportés à l'offre de services destinés aux personnes UD (objectif 1) s'est révélée peu abondante, limitant notre compréhension des changements qui ont pu avoir cours suite à l'adoption de ce nouveau mode d'encadrement des SPA et la mise en place des CDT.

Plusieurs limites concernent les indicateurs quantitatifs. D'une part, afin de mieux comprendre l'impact des CDT sur la santé et la prévalence de l'usage de SPA, des données concernant la situation de la population avant le changement du mode d'encadrement des SPA auraient été nécessaires. Cependant, dans de nombreux cas, ces informations sont uniquement disponibles pour la période suivant 2001 et, selon les années, sont tout simplement manquantes. Certaines données, notamment celles concernant les incarcérations et les infractions, sont pour leur part uniquement accessibles pour une période encore plus récente. Par le fait même, il s'avère difficile de conclure hors de tout doute que ces données reflètent des changements attribuables au changement du mode d'encadrement des SPA et à la création des CDT. Fait également important, ces données,

telles qu'elles sont présentées, ne permettent pas de déterminer si les augmentations ou les diminutions observées sont statistiquement significatives. D'autre part, au fil des années, différentes approches méthodologiques ont été utilisées pour colliger les données, faisant en sorte qu'il est parfois impossible de présenter une réelle évolution de la situation. Tel est le cas, par exemple, pour les décès liés à l'usage de SPA.

Par ailleurs, bien que des comparaisons soient parfois faites entre les données du Portugal et celles du reste des pays de l'UE, les résultats sont à interpréter avec prudence. Bien que l'OEDT fournisse des définitions précises de chacun des indicateurs, la manière dont ceux-ci sont interprétés et la méthodologie adoptée pour les collecter peuvent varier considérablement d'une juridiction à une autre, voire d'une année à une autre.

Enfin, il importe de rappeler que le travail effectué dans le cadre de ce mandat ne permet pas de déterminer dans quelle mesure les changements observés sont attribuables à la présence des CDT et à quel point ceux-ci sont tributaires de facteurs ou de tendances pouvant s'observer de manière plus générale dans la plupart des pays de l'UE.

4 La mise en œuvre des Commissions de dissuasion de la toxicomanie : données contextuelles

4.1 Les mécanismes d'action entourant la mise en place des Commissions de dissuasion de la toxicomanie

4.1.1 LE CONTEXTE ENTOURANT LE CHANGEMENT DU MODE D'ENCADREMENT DES SPA AU PORTUGAL

Peu de données existent concernant la situation du Portugal quant à l'usage de SPA et à l'état de santé des personnes UD pour la période antérieure au changement du mode d'encadrement et à la création des CDT⁵. Plusieurs facteurs expliquent toutefois la volonté du gouvernement de revoir la pertinence du régime de prohibition alors en vigueur. D'une part, le nombre élevé de personnes UD ayant une consommation dite *problématique*⁶, soit celles faisant usage d'opioïdes, de cocaïne ou d'amphétamines sur une longue période ou de manière fréquente, ainsi que celles faisant usage de SPA par injection, était alors considéré comme alarmant (Domotawski, 2011). Selon certaines sources, entre 1980 et 1990, environ 6,5 personnes par million d'habitants étaient considérées comme ayant un tel problème de consommation, ce qui représentait alors un des taux les plus élevés des pays européens. D'autre part, en 1998, le Portugal figurait parmi les pays de l'UE présentant la plus forte prévalence de VIH parmi les personnes UDI (une prévalence supérieure à 14 %) (EMCDDA, 2001). De l'avis du gouvernement portugais, le nombre de décès liés à l'usage de SPA s'avérait également préoccupant. Bien que les données concernant cet indicateur soient à considérer avec prudence⁷, ces décès seraient passés de 18 à 280 cas annuellement pour la période allant de 1986 à 2001 (EMCDDA, 2002)⁸.

De tels éléments ont amené le gouvernement à conclure à la contre-productivité et aux limites de l'utilisation de la loi criminelle pour réduire les méfaits liés à l'usage de SPA (Félix et Portugal, 2017; Laqueur, 2015). La création de la Commission pour la stratégie nationale de lutte contre les drogues (*Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Drogas*), constituée de neuf experts (issus du domaine de la santé, du droit, de la recherche et du gouvernement), est privilégiée par le gouvernement en vue de formuler des recommandations quant aux orientations à préconiser pour contrer les effets néfastes du mode d'encadrement alors en vigueur (Kundrod, 2015; van Het Loo et collab., 2002; Hugues et Stevens, 2007; Hugues, 2006). Unaniment, les membres du comité concluent que les sanctions pénales encourues pour la possession simple et l'usage de SPA à des fins personnelles n'ont aucune justification rationnelle, pas plus qu'elles ne sont efficaces pour dissuader les personnes UD de mettre fin à leur consommation (Laqueur, 2015). De telles sanctions sont jugées disproportionnées pour un acte qui, bien qu'ayant des effets néfastes sur la santé des consommateurs, n'a généralement aucune incidence sur la société (Domotawski, 2002). La création des CDT est considérée comme la mesure à mettre en place pour éviter le traitement judiciaire des

⁵ Les premières données issues d'enquêtes populationnelles permettant de documenter l'usage de drogues ont été collectées en 2002. Les informations existantes avant cette période sont peu nombreuses et souvent considérées peu fiables (Muscat, 2009; van Beusekom et collab., 2002, Anderson, 2012).

⁶ Dans les faits, il semble que les prévalences de l'usage n'étaient cependant pas parmi les plus élevées de l'UE.

⁷ Comme indiqué par l'OEDT, les décès liés aux drogues désignent les décès survenus peu de temps après la consommation d'une ou de plusieurs SPA et peuvent souvent inclure la présence d'autres substances, dont l'alcool ou des médicaments. Le plus souvent, cette définition fait référence aux surdoses et aux empoisonnements volontaires et exclut les surdoses et empoisonnements involontaires, tout comme les accidents impliquant des traces de drogues (EMCDDA, 2009).

⁸ Aucune précision concernant le taux de mortalité n'est disponible. Certains auteurs indiquent toutefois que ce taux serait parmi les plus élevés de l'UE à ce moment (Félix et Portugal, 2017; Kundrod, 2012; Goncalves et collab., 2015). Cependant, sans négliger l'ampleur de la situation qui semblait prévaloir au Portugal, la méthodologie utilisée pour établir le nombre de décès varie considérablement d'un pays à l'autre dans l'UE, et ce, autant à cette période qu'au moment présent. Pour plus de précisions à cet effet, voir EMCDDA (2014a, 2014b).

personnes interpellées par les forces policières pour possession ou usage de SPA à des fins personnelles et favoriser leur orientation vers les ressources sociales ou soins de santé appropriés (Hugues, 2006).

En plus de la mise en place de ces nouvelles instances, la multiplication et la diversification des services déjà en place sont recommandées par les membres du comité (Domotawski, 2011; Van Beuslecom et collab., 2002; Laqueur, 2015; Russoniello, 2012). Il est aussi suggéré d'implanter des mesures afin de réduire la disponibilité des substances, notamment en intensifiant la lutte contre le trafic (Félix et Portugal, 2017; Laqueur, 2015).

Les recommandations formulées par le comité d'experts ont été les pierres angulaires pour l'élaboration de la première Stratégie nationale de lutte contre les drogues. Ces recommandations ont été traduites en treize options stratégiques (Russoniello, 2012). Elles peuvent être consultées à l'annexe 2.

4.1.2 LE CHANGEMENT DU MODE D'ENCADREMENT DES SPA : LES IMPLICATIONS ET OBJECTIFS DE LA LOI 30/2000

Les CDT, tout comme les différentes mesures qui s'y rattachent, ont été mises en place dans le cadre de l'adoption de la loi 30/2000. Cette loi fait en sorte que la possession simple et l'usage de toutes les SPA continuent d'être illégaux, mais deviennent l'objet de sanctions administratives plutôt que pénales et criminelles (Nougier, 2017; Laqueur, 2015; van Beusekom et collab., 2002; Russoniello, 2012; Hugues et Stevens, 2007; Stevens et Hugues, 2016). À la lumière des recommandations émises par les neuf experts de la Commission pour la stratégie nationale de lutte contre les drogues, les actions à préconiser doivent permettre 1) de dissuader la consommation de SPA; 2) de prévenir ou de réduire l'usage et l'abus de SPA; 3) d'assurer la protection de la santé des personnes UD et des communautés; 4) de guider les personnes UD vers les ressources adaptées à leur situation personnelle et 5) de libérer des ressources pour accroître la lutte contre le trafic de drogues et la criminalité (Leite, 2018).

Cette loi ne prévoit aucun traitement différencié en fonction du type de substances, pas plus qu'elle ne limite la consommation à des lieux précis (van Beusekom et collab., 2002; Russoniello, 2012). La notion de « possession simple » est strictement délimitée et désigne une provision équivalente à dix jours de consommation (Cabral, 2017; Russoniello, 2012). La possession d'un maximum d'un gramme d'héroïne, d'ecstasy et d'amphétamines, de deux grammes de cocaïne et de 25 grammes de cannabis est considérée comme une provision répondant aux critères établis (Beauchesne, 2018). Détenir des quantités supérieures est considéré comme une possession à des fins de trafic et fait l'objet de sanctions criminelles pour trafic, importation ou production de drogues.

En ce qui a trait à l'offre de services spécialisés destinés aux personnes ayant un problème de consommation, la loi implantée en 2001 prévoit la consolidation des services et des programmes de prévention, de réduction des méfaits, de traitement/réadaptation, ainsi que de réinsertion, selon les modalités développées dans les années 90 (Nunes-Dias, s. d; Silvestri, 2016). L'accent est également mis sur le développement de programmes de traitement de substitution aux opioïdes (TSO) accompagnés de mesures de soutien social ou d'accompagnement psychologique, comme le traitement en ambulatoire. Les services sont essentiellement offerts par l'entremise des communautés thérapeutiques (CT) et des centres de désintoxication. Les programmes de réduction des méfaits sont aujourd'hui dispensés à la fois par les hôpitaux, les centres de santé et les différents établissements carcéraux (Nunes-Dias, s. d.).

4.1.3 LE FONCTIONNEMENT ET LES ACTIONS DES COMMISSIONS DE DISSUASION DE LA TOXICOMANIE

Les CDT constituent des infrastructures destinées à : 1) sensibiliser et éduquer les personnes UD quant aux méfaits possibles de leur consommation; 2) déterminer la sanction administrative à imposer pour les infractions liées à la possession simple et à l'usage de SPA à des fins personnelles et 3) orienter les personnes UD vers les soins de santé et les services requis par leur condition (incluant des ressources d'aide au logement et à l'emploi ou encore de formation professionnelle) (Santos et Duarte, 2014; Silvestri, 2016; Hugues et Stevens, 2010; Cabral, 2017).

Selon les données les plus récentes, un total de 18 CDT est réparti sur l'ensemble du territoire portugais. Ce nombre est demeuré inchangé depuis 2001. Chaque instance est composée de deux professionnels du secteur de la santé et des services sociaux et d'un représentant du secteur judiciaire (Beauchesne, 2018; Nougier, 2017). La comparution d'une personne UD devant une CDT est généralement exigée par les policiers et doit se faire dans un délai de 72 heures suivant l'interpellation (Silvestri, 2016; Beauchesne, 2018; Nougier, 2017; Hugues et Stevens, 2007; Russoniello, 2012). La cour, tout comme les médecins, a aussi la possibilité d'exiger une telle comparution s'il est considéré que la personne UD peut bénéficier de l'expertise des intervenants d'une CDT (Silvestri, 2016; Laqueur, 2015).

La rencontre avec les intervenants de la CDT prend la forme d'une entrevue et permet d'évaluer ou de documenter 1) la gravité de l'infraction commise; 2) les substances consommées; 3) le lieu de consommation (sphère privée ou publique); 4) la fréquence de l'usage; 5) les habitudes de consommation et 6) le niveau de risque associé à de telles habitudes de consommation (Silvestri, 2016). L'évaluation est utilisée afin de déterminer la pertinence d'imposer ou non une sanction.

Les sanctions émises par les CDT peuvent prendre la forme d'avertissement, d'amende, d'obligation de se rapporter à une CDT, à un poste de police ou à une clinique médicale, de travaux communautaires, de saisie de biens, d'arrêt de versements de prestations gouvernementales, de suspension de licence professionnelle ou encore d'interdictions (de posséder une arme à feu, de fréquenter certains lieux ou certaines personnes ou de quitter le pays) (Woods, 2011, Santos et Duarte, 2014; van Beusekom et collab., 2002; Lougier, 2017; van Het Loo, 2002). Elles peuvent être suspendues temporairement si la personne : 1) est jugée dépendante, mais s'engage à prendre part à un traitement ou à accéder aux services requis par sa condition ou 2) consomme de manière occasionnelle et s'engage à respecter certaines conditions (ex. : ne pas commettre une nouvelle infraction, aller chercher du soutien). Dans le cas du non-respect des conditions établies par les professionnels de la CDT, la sanction peut être rétablie (Woods, 2011, pp.16-19; van Het Loo, 2002). Lors d'une première comparution, s'il est déterminé que la consommation de la personne contrevenante n'est pas problématique, aucune sanction ne sera imposée, et l'intervention sera réalisée de manière préventive (Trigo de Roza, 2007). En revanche, si une personne comparait à plus d'une reprise, la suspension ne peut constituer une option potentielle. Dans l'éventualité où une personne UD présentant un problème de consommation refuse de prendre part au traitement ou de recevoir le soutien proposé, cette sanction vise essentiellement à la « rapprocher » du système de soins de santé et de services sociaux. Il peut s'agir, par exemple, d'imposer qu'elle se présente dans une clinique de santé en vue de subir des tests de dépistage sur une base régulière (Silvestri, 2016). Dans tous les cas, les intervenants ne peuvent obliger une personne à recevoir des services ou un traitement, et la sanction émise ou l'orientation suggérée doit faire en sorte d'éviter que la personne se retrouve aux prises avec les conséquences sociales et de santé associées au processus de criminalisation (Hugues et Stevens : 2010). Le graphique présenté à l'annexe 4 synthétise la démarche adoptée par les CDT.

Le tableau suivant présente la logique d'action des CDT. La première colonne résume les principales actions qui, selon les informations disponibles, ont accompagné le changement du mode d'encadrement des SPA, tandis que la deuxième et la troisième colonne font état des effets intermédiaires et ultimes attendus avec la mise en place de ces instances⁹.

Tableau 1 La logique d'action des Commissions de dissuasion de la toxicomanie

But général des CDT : adopter une approche alternative à la criminalisation des personnes aux prises avec un problème de consommation de SPA en favorisant ou en encourageant l'accès à des ressources et services adaptés à leurs besoins. Il est en outre prévu que des efforts soient investis en vue d'intensifier la lutte contre le trafic et de réduire l'accès à ces mêmes substances.		
Mesures prises	Effets intermédiaires	Effets ultimes (attendus)
Élimination des sanctions criminelles pour l'usage et la possession simple de SPA.	↓ des incarcérations. ↓ du recours aux autres mesures judiciaires.	↓ du fardeau associé à la gestion des infractions (policiers et système de justice criminelle). ↓ de la stigmatisation attribuable aux incarcérations.
Mise en place de sanctions administratives pour encourager l'utilisation des services.	↑ de l'utilisation des services de réadaptation en dépendance/toxicomanie.	↓ de la consommation problématique. ↓ de la prévalence de la dépendance/toxicomanie. ↓ des pratiques de consommation à risque.
Réinvestissement des ressources policières, lutte contre le trafic.	↓ de l'offre de drogues. ↑ des difficultés d'accès aux drogues.	↓ criminalité associée à l'usage de drogues.
Développement de ressources (réadaptation et réduction des méfaits).	↑ capacité à obtenir des services.	↓ surdoses. ↓ ITSS. ↓ décès.

4.1.4 LE PROFIL DE CONSOMMATION DES PERSONNES COMPARAISANT DEVANT LES COMMISSIONS DE DISSUASION DE LA TOXICOMANIE

Selon les données contenues dans les rapports annuels du gouvernement portugais, le nombre de personnes ayant comparu devant une CDT est passé de 3 631 à 9 811 entre 2004 et 2017. Au cours de cette période (et comme démontré dans le tableau 2), la proportion de consommateurs ne présentant pas de dépendance et dont la sanction a été supprimée est passée de 68 % à 71 %, tandis que la proportion de personnes UD aux prises avec une dépendance et dont la sanction a été suspendue est passée de 17,5 % à 8 %. Près de 90 % (2007) à 96 % (2017) des personnes UD ayant comparu devant une CDT ont déclaré faire usage d'une seule substance. Le cannabis est alors la substance déclarée dans des proportions passant de 68 % (2007) à 85 % (2017) des cas, tandis que la proportion de personnes faisant usage d'héroïne est passée de 17 % à 4 % et celle de la cocaïne, de 6 % à 5 % au cours de la même période. Aucune précision ne permet de déterminer si ces changements sont statistiquement significatifs.

⁹ Dans les faits, les effets ultimes constituent les indicateurs qui pourraient, normalement, être pris en compte pour évaluer et conclure de l'efficacité des CDT.

Tableau 2 Profil des personnes UD comparissant devant une Commission de dissuasion de la toxicomanie et précisions quant aux sanctions (émises/suspendues), 2004 à 2017

	2004	2007	2010	2013	2017
Nombre de verdicts prononcés	3 631	3 338	5 508	7 394	9 811
% personnes dépendantes dont la sanction est suspendue	17,5	19	15	14	8
% personnes non dépendantes dont la sanction est suspendue	68	60	68	67	71
% des personnes pour lesquelles la sanction est maintenue	14,5	21	17	19	21
% des personnes consommant une seule substance	91	90	96	94	96
Substance consommée (si une seule)	68 % = cannabis 17 % = héroïne 6 % = cocaïne	64 % = cannabis 17 % = héroïne 8 % = cocaïne	76 % = cannabis 11 % = héroïne 8 % = cocaïne	78 % = cannabis 8 % = héroïne 8 % = cocaïne	85 % = cannabis 4 % = héroïne 5 % = cocaïne

Sources : SICAD, 2004; 2007; 2010; 2013; 2017.

4.2 Autres services et programmes offerts par le système de santé aux personnes utilisatrices de SPA

Les CDT constituent la pierre angulaire de la structure accompagnant le nouveau mode d'encadrement des SPA. Elles n'opèrent cependant pas en vase clos et leur pertinence et leur efficacité sont tributaires de liens entre les intervenants et les différents professionnels œuvrant en prévention, en réduction des méfaits, en traitement et en réinsertion sociale (Goulao, 2016, dans Nougier, 2017). Ces différents services sont présentés dans les sections qui suivent. Lorsque possible, les informations sont également accompagnées de données quantitatives permettant de mieux comprendre la manière dont a évolué l'utilisation de ces services depuis 2001. L'indica 5 présente ces résultats sous forme de tableau.

4.2.1 PRÉVENTION

Les activités de prévention de la toxicomanie relèvent principalement de l'Institut des drogues et toxicodépendances (*Instituto da Droga e da Toxicodependência*) (IDT), tout en impliquant des partenariats avec différents ministères et organismes non gouvernementaux (ONG). Le gouvernement privilégie la mise en place de mesures systémiques et continues plutôt que des campagnes d'envergure et autres actions ponctuelles ou épisodiques (Domotawski, 2012).

En 2001, le gouvernement portugais a procédé à des analyses afin de repérer les zones territoriales et les groupes de la population les plus à risque de développer des problèmes liés à la consommation de SPA. Cette stratégie a notamment permis d'assurer la mise en place de programmes destinés aux familles à risque (parents aux prises avec un problème de consommation), aux femmes enceintes et à la population carcérale (Zielinska, 2016, Domotawski, 2012).

En matière de prévention universelle, les mesures en place incluent principalement de la sensibilisation en contexte scolaire et des lignes téléphoniques d'écoute et de soutien. Des équipes d'intervenants sont également présentes lors d'événements d'envergure (festivals, concerts, etc.) et dans des lieux propices à la consommation (bars, discothèques). Leur rôle est à la fois de faire de la sensibilisation, de la distribution de matériel (préservatifs, matériel de consommation stérile, etc.) et du dépistage précoce des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (Domotawski, 2012; Silvestri, 2016).

4.2.2 RÉDUCTION DES MÉFAITS

Les services de réduction des méfaits disponibles au Portugal incluent la fourniture de matériel de consommation (échange de seringues, compresses stériles, etc.) et le TSO (Domotawski, 2012; Silvestri, 2016). Ces services sont principalement dispensés par les équipes de rue, les unités mobiles, les cliniques médicales et les centres de désintoxication¹⁰.

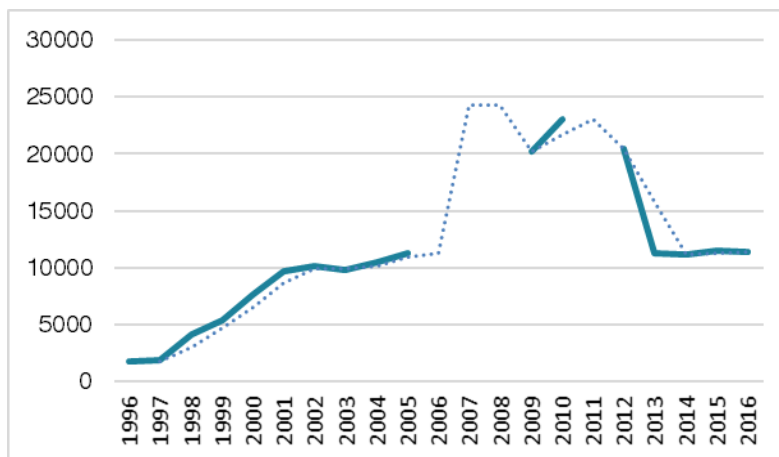
Actuellement, près d'une trentaine d'équipes de rue formées de deux ou trois intervenants se déplacent à la rencontre des consommateurs afin de procéder à l'échange de seringues, à la distribution de préservatifs ou de matériel de consommation et de proposer des mesures de soutien psychosocial. Les unités médicales s'établissent pour leur part dans des lieux « fixes » communément fréquentés par les personnes UD. En plus d'offrir les mêmes services que les équipes de rue, elles sont à même de procéder à l'administration d'antibiotiques et d'antiviraux, de faire du dépistage d'ITSS, d'effectuer l'évaluation de santé physique et psychologique ainsi que d'offrir du TSO (Silvestri, 2016; Domotawski, 2011). La plupart de ces mesures sont sous la responsabilité d'ONG financées par l'État.

Les seules données permettant de suivre l'évolution de l'utilisation des services en matière de réduction des méfaits sont celles portant sur le nombre de personnes UD en TSO recevant de la méthadone¹¹ dans la population générale. Comme le démontre la figure 1, ces données indiquent que le nombre de personnes UD recevant un tel traitement est passé de 1 800 en 1996 à 9 664 en 2001, pour ensuite atteindre 11 315 en 2005. Malgré l'absence de plusieurs données pour la période entre 2005 et 2012, une augmentation importante du nombre de personnes UD recevant un TSO semble avoir été observée au cours de cette période. Ensuite, entre 2012 et 2016 une importante diminution a été observée (20 395 à 11 375 personnes UD sous traitement) (OEDT, 2018b).

¹⁰ L'échange de seringues peut également se faire par l'entremise de certaines pharmacies, d'ONG et de cliniques médicales (Silvestri, 2016).

¹¹ Les données référant à la totalité des personnes UD prenant part au TSO (sans considération de la médication reçue) ne sont pas disponibles pour toutes les années, et le suivi de l'évolution de l'utilisation des services ne peut donc pas se baser sur celles-ci. De même, aucune donnée ne permet de conclure que le déclin observé au cours de ces années est attribuable à un changement dans la médication. La littérature consultée ne permet pas non plus de formuler des hypothèses pouvant expliquer de tels changements.

Figure 1 Nombre de personnes UD en traitement de substitution aux opioïdes (méthadone), population générale (15 ans à 64 ans), 1996-2016



Source : OEDT, 2018b.

4.2.3 TRAITEMENT ET RÉADAPTATION

En matière de traitement ou de réadaptation, les services dispensés au Portugal sont essentiellement ancrés dans une perspective biopsychosociale (EMCDDA, 2011). Trois structures spécifiques sont destinées à la prise en charge des personnes aux prises avec un problème de consommation, soit 1) un réseau public dispensant des services ambulatoires (unités de traitement spécialisé, cliniques, etc.); 2) des centres de désintoxication et 3) des communautés thérapeutiques.

Le tableau 3 documente l'évolution du nombre de structures de traitement et de réadaptation en place depuis 2001. À la lumière des informations disponibles, il semble que le changement du mode d'encadrement des SPA n'aurait pas été accompagné d'un accroissement du nombre d'infrastructures destinées au traitement et à la réadaptation, pas plus qu'il n'aurait mené à une diversification de l'offre de services, contrairement aux recommandations initialement formulées par le comité d'experts. Les données présentées dans le tableau ci-dessous indiquent que le nombre de communautés thérapeutiques a diminué de manière considérable, passant de 96 structures en 2001 à 59 en 2017. Le nombre de centres de désintoxication a également diminué de manière importante, passant de 23 en 2001 à 7 en 2017. En contrepartie, le nombre de centres de traitement dispensant des services en ambulatoire est demeuré pratiquement inchangé, passant de 70 en 2004 à 72 en 2017. Aucune donnée ne permet de savoir si la capacité d'accueil ou de prise en charge de ces structures a été accrue.

Tableau 3 Nombre de structures de traitement et de réadaptation destinées aux personnes ayant un problème de consommation de SPA, 2001-2017¹²

	Communautés thérapeutiques	Centres de désintoxication	Centres de traitement (ambulatoire)
2001	96	23	s.o.
2004	73	14	70
2007	76	16	78
2010	69	13	79
2013	72	s.o.	72
2017	59	7	72

Source : OEDT, EMCDDA.

Les centres de traitement spécialisés sont généralement la porte d'entrée pour l'obtention de services de réadaptation (EMCDDA, 2017). Selon les besoins identifiés, les personnes peuvent être redirigées vers un centre de désintoxication ou une communauté thérapeutique. Ces premiers proposent autant des séjours de sevrage que du suivi à l'externe. Les communautés thérapeutiques dispensent une prise en charge visant l'abstinence (EMCDDA, 2017).

4.2.4 RÉINSERTION SOCIALE

Les services de réinsertion sociale destinés aux personnes UD incluent principalement des activités de soutien pour un retour sur le marché de l'emploi ou la reprise des études ainsi que des mesures de soutien financier aux entreprises permettant d'assurer la rémunération pour des stages d'une durée générale de 9 mois. Un nombre limité de ressources d'hébergement est également accessible pour des périodes de 6 à 12 mois (Domotawski, 2012). Les données disponibles suggèrent que l'offre de services est essentiellement développée par des établissements conventionnés¹³.

4.2.5 AUTRES DONNÉES CONTEXTUELLES CONCERNANT L'UTILISATION DES SERVICES

Un des rôles des intervenants des CDT est d'orienter les personnes UD vers les ressources et soins de santé adaptés à leur condition, et cela, qu'elles présentent ou non un problème de consommation. En ce sens, et compte tenu du nombre de personnes comparissant devant les CDT, une hausse de l'utilisation des services spécialisés destinés aux personnes présentant un problème de consommation pourrait être attendue. À notre connaissance, aucune donnée ne permet de suivre l'évolution de l'utilisation des services pour les années suivant la mise en place des CDT.

Dans la section qui suit, les données concernant le nombre de personnes UD en traitement entre 2010 et 2016 sont présentées, en fonction de la substance consommée.

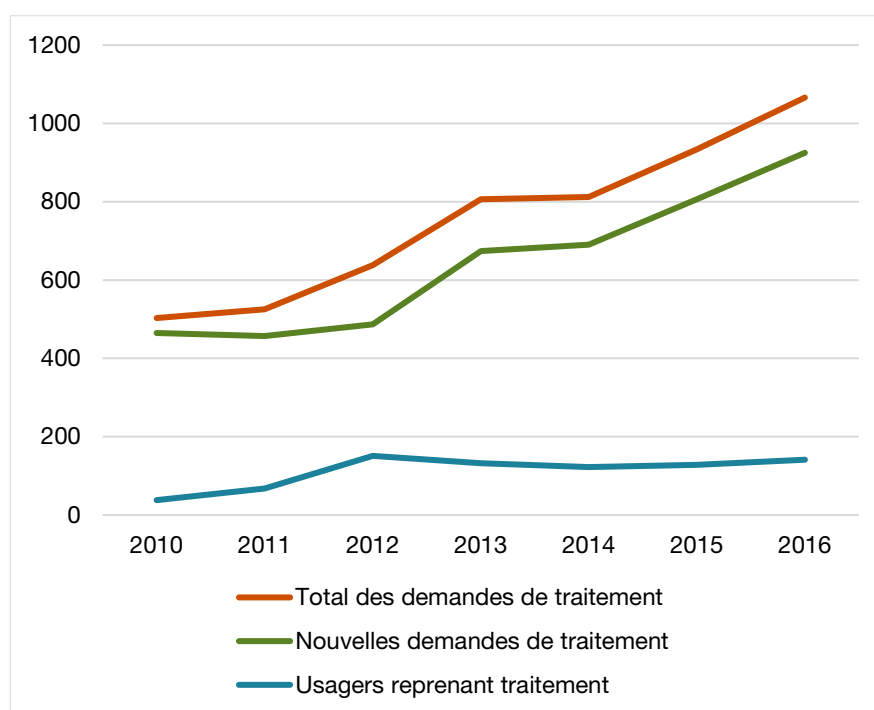
¹² Prendre note que d'autres ressources sont également existantes. Les informations sur le sujet étant toutefois difficilement accessibles, seules les données concernant les principales ressources sont présentées. Il est toutefois probable que des recherches supplémentaires puissent conduire à des résultats différents à ceux présentés dans ce document.

¹³ Les établissements conventionnés sont généralement des entreprises privées ayant établi des partenariats avec le secteur public.

4.2.6 NOMBRE DE PERSONNES UD ADMISES EN TRAITEMENT SELON LES SUBSTANCES

La figure 2 fait état de l'évolution du nombre de personnes UD en traitement (nombre total, nouvelles demandes et réadmissions) en cours d'année pour l'usage de cannabis dans la population générale entre 2010 et 2016. Selon cette figure, le nombre total de personnes UD ayant fait une demande de traitement en raison de l'usage de cannabis aurait connu une augmentation constante au cours de cette période (de 503 à 1 066). Le nombre de nouvelles demandes faites sur une base annuelle serait pour sa part passé de 465 à 925 au cours de la même période, alors que les réadmissions suite à un abandon de traitement seraient passées de 38 à 141. Les données indiquent en outre que, contrairement à certaines autres substances (voir plus loin), le nombre de nouvelles admissions serait supérieur au nombre de demandes de réadmission en traitement.

Figure 2 Nombre de personnes UD en traitement en cours d'année pour l'usage de cannabis, population générale (15 ans à 64 ans), 2010-2016¹⁴

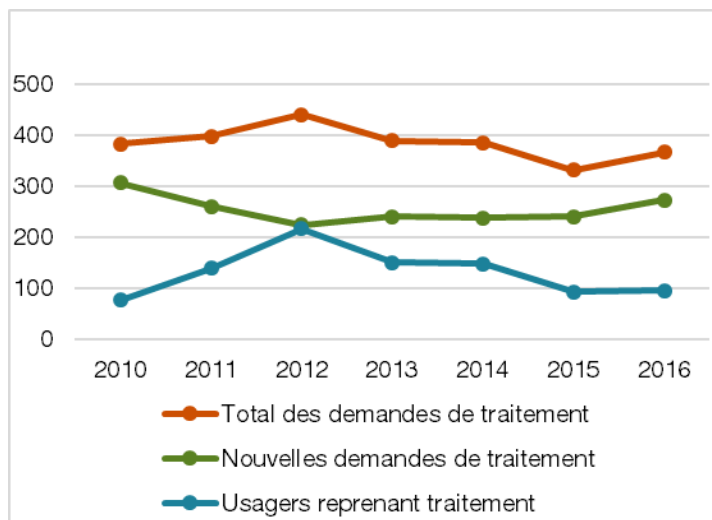


Source : OEDT, 2018b.

L'évolution du nombre de personnes en traitement (nombre total, nouvelles demandes et réadmissions) en cours d'année pour l'usage de cocaïne dans la population générale entre 2010 et 2016 est présentée dans la figure 3. De manière générale, ces données indiquent que le nombre total des personnes UD en traitement aurait connu une légère augmentation entre 2010 et 2012 (382 à 439) pour ensuite diminuer de manière constante jusqu'en 2016. Les données évoquent également que le nombre de nouvelles demandes de traitement aurait diminué entre 2010 et 2012 (306 à 272) pour ensuite demeurer relativement stable. Le nombre de personnes UD réadmisées en traitement aurait d'abord connu une augmentation jusqu'en 2012 (de 76 à 216) pour ensuite diminuer de manière constante.

¹⁴ Les données de cette figure, tout comme les suivantes (figures 3 à 6), comportent certaines limites et doivent être interprétées avec prudence. Par exemple, la mention des taux plutôt que celle du nombre de personnes UD aurait fourni une information plus juste et plus révélatrice de l'évolution de la situation.

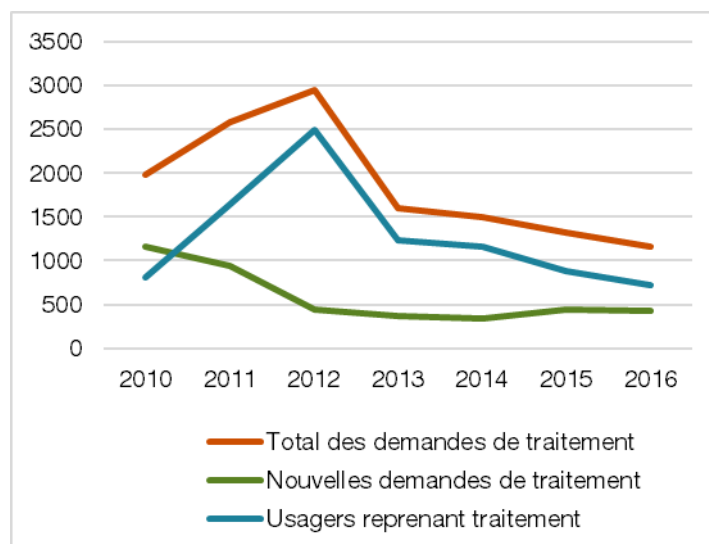
Figure 3 Nombre de personnes UD en traitement en cours d'année pour l'usage de cocaïne, population générale (15 ans à 64 ans), 2010 à 2016



Source : OEDT, 2018b.

Enfin, la figure 4 montre le nombre de personnes UD en traitement (nombre total, nouvelles demandes, réadmissions) pour l'usage d'héroïne en cours d'année dans la population générale entre 2010 et 2016. Un accroissement du nombre total de demandes de traitement aurait été observé pour la période entre 2010 et 2012 (1 979 à 2 945) pour ensuite être suivi d'une importante diminution, atteignant 1 157 en 2016. Le nombre de personnes UD réadmisses en traitement aurait suivi une évolution similaire, passant de 811 en 2010 à 2 499 en 2012 pour ensuite atteindre 722 en 2016. Le nombre de nouvelles personnes UD en traitement serait pour sa part en diminution constante, passant de 1 168 en 2010 à 435 en 2016.

Figure 4 Nombre de personnes UD en traitement en cours d'année pour l'usage d'héroïne, population générale (15 ans à 64 ans), 2010-2016



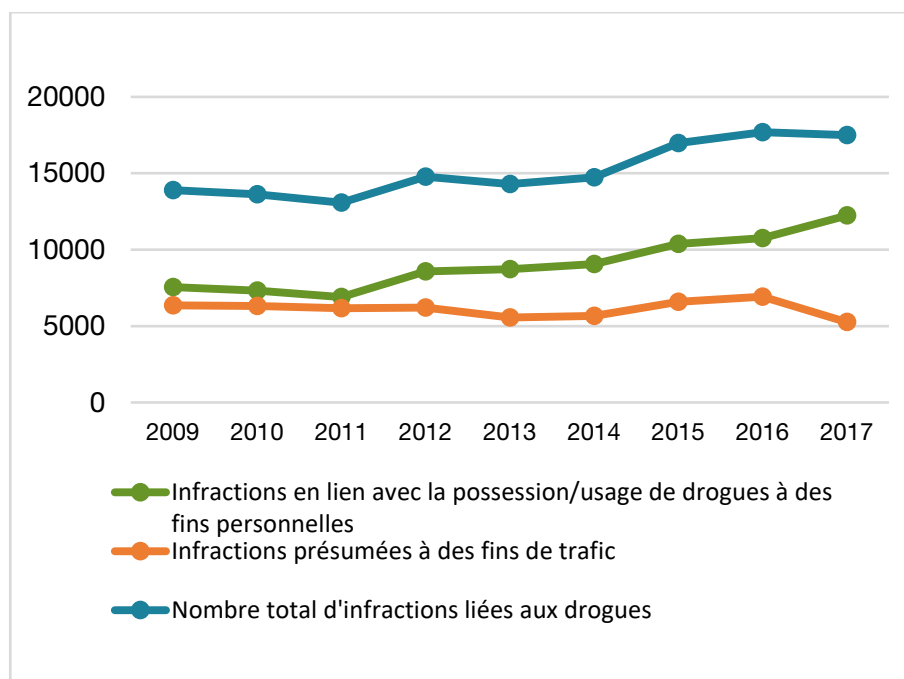
Source : OEDT, 2018b.

4.3 Autres données contextuelles d'intérêt

4.3.1 INDICATEURS EN LIEN AVEC LE SYSTÈME DE JUSTICE CRIMINELLE ET LE MARCHÉ DES DROGUES

Selon les données présentées par Hugues et Stevens (2010), entre 1998 et 2008, le nombre total d'infractions attribuables à la possession, l'usage ou le trafic de drogues est demeuré relativement stable (de 11 500 à 12 000 infractions). La figure 5 fait pour sa part état de l'évolution du nombre d'infractions liées à la possession/usage et au trafic de SPA pour la période entre 2009 et 2017. Ces données indiquent qu'au cours de cette période, le nombre d'infractions serait passé de 13 897 à 17 490. Plus spécifiquement, les infractions associées à la possession ou l'usage de drogues à des fins personnelles auraient connu une diminution entre 2009 et 2011 (de 7 549 à 6 898), pour ensuite augmenter légèrement de manière constante jusqu'en 2017 et atteindre 12 232 infractions. En contrepartie, le nombre d'infractions présumées à des fins de trafic aurait augmenté légèrement entre 2009 (6 348) et 2016 (6 925) pour ensuite diminuer en 2017 (5 258). Aucune donnée portant sur les saisies et sur l'intensification des actions ou ressources destinées à freiner la criminalité n'a pour sa part été repérée.

Figure 5 Nombre d'infractions liées à la possession, à l'usage et au trafic de drogues, 2009-2017

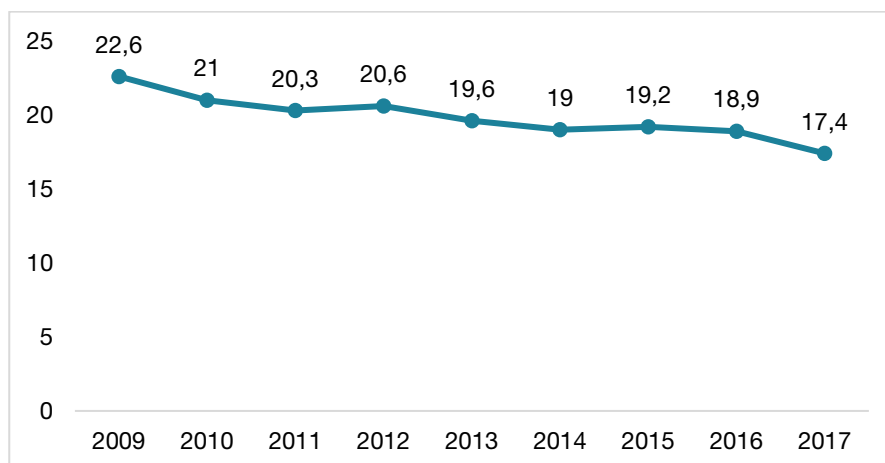


Sources : Fonte : *Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI*, dans SICAD (2016; 2017), OEDT (2013, 2014).

Pour la période située entre 1999 et 2008, Hugues et Stevens (2010) rapportaient que la proportion de personnes incarcérées pour des infractions liées aux drogues (c.-à-d. trafic, trafic mineur majoritairement) était passée de 44 % à 21 %.

La figure 6 démontre que cette proportion semble avoir continué à diminuer pour la période située entre 2009 et 2017, passant de 22,6 % (soit 2026 incarcérations sur 8 958) à 17,4 % (soit 1 950 incarcérations sur 11 184). Les données indiquent cependant que ces diminutions seraient de moindre ampleur que celles observées entre 1998 et 2008.

Figure 6 Proportion des incarcérations liées aux SPA, 2009-2017



Sources : Compilation spéciale, données SICAD, 2012; 2017.

Le tableau 4 présente les prix moyens¹⁵ (euros constants) des différentes substances pour la période située entre 1998 et 2017. Globalement, et exception faite du haschisch, ces données suggèrent qu'en 2017, les prix de ces substances étaient inférieurs à ceux observés en 1998. La période précédant le changement du mode d'encadrement des SPA semble toutefois avoir été marquée par une hausse marquée des prix de l'ensemble des substances, outre l'ecstasy. Au cours de cette période, le prix du haschisch serait ainsi passé de 1,78 € à 4,06 €, celui de la cocaïne, de 45,63 € à 53,51 € et celui de l'héroïne, de 38,50 € à 50,27 €. Cette hausse semble cependant avoir été suivie de diminutions parfois importantes des prix de l'ensemble des substances pour la période entre 2001 et 2017.

Tableau 4 Prix moyens des substances en euros constants, selon la substance, 1998 à 2017

	1998	2001	2007	2012	2017
Haschisch	1,78	4,06	3,45	3,12	2,35
Cocaïne	45,63	53,51	44,65	48,01	44,05
Héroïne	38,50	50,27	37,57	28,04	27,14
Ecstasy	11,70	6,86	3,20	1,70	2,84

Sources : OEDT (1998-2017); SICAD (2017).

¹⁵ Il s'agit des prix de la rue, lesquels sont des estimations pouvant provenir de sources multiples (policiers, personnes UD, monitoring, données de projets de recherche, etc. Voir annexe 2).

5 Évolution de l'usage de SPA et effets sur la santé des personnes UD/UDI

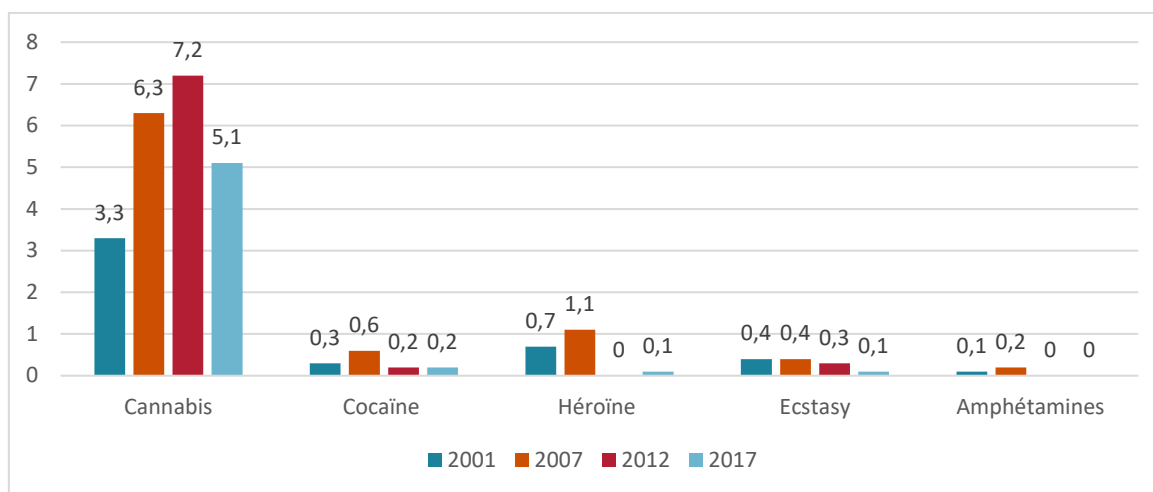
5.1 Prévalence de l'usage de SPA

Dans les sections suivantes, les principaux indicateurs liés à la prévalence de l'usage de SPA et de la consommation problématique sont présentés. Il importe de noter que ces données n'ont pas fait l'objet de tests statistiques permettant de mesurer la robustesse des différences de proportions et de taux présentés. Un tableau présentant ces résultats est disponible à l'annexe 5.

5.1.1 ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE L'USAGE DE SPA AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE (15 ANS-64 ANS)

Les données disponibles suggèrent une hausse de la prévalence de l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois dans la population générale (15 à 64 ans), laquelle est passée de 3,3 % en 2001 à 5,1 % en 2017 (figure 7). Dans le cas de la cocaïne, cette prévalence est passée de 0,3 % à 0,2 %, tandis que celle de l'héroïne passait de 0,7 % à 0,1 %. La prévalence de l'usage au cours des 12 derniers mois de l'ecstasy est pour sa part passée de 0,4 % à 0,1 %, tandis que pour les amphétamines, les prévalences demeurent marginales.

Figure 7 Prévalence (%) de l'usage de SPA au cours des 12 derniers mois, population générale (15 à 64 ans), par substance, 2001 à 2016/2017



Sources : Balsa et collab., 2017; 2008; 2012; 2008; 2008; 2001.

5.1.2 ÉVOLUTION PRÉVALENCE DE L'USAGE DE SPA AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS CHEZ LES PERSONNES UD DE 15-24 ANS

Chez les jeunes consommateurs âgés de 15 à 24 ans plus spécifiquement, la prévalence de l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois est passée de 8,0 % en 2001 à 7,1 % en 2016/2017 (tableau 5). Dans le cas de la cocaïne, cette prévalence semble avoir diminué, passant de 0,7 % à 0,1 % au cours de cette même période, tandis que celle de l'ecstasy se serait accrue (de 0,4 % à 1,2 %). Pour les amphétamines, les prévalences de consommation demeurent très faibles.

Tableau 5 Prévalence (%) de l'usage de SPA au cours des 12 derniers mois chez les 15-24 ans, par substance, 2001 à 2016/2017

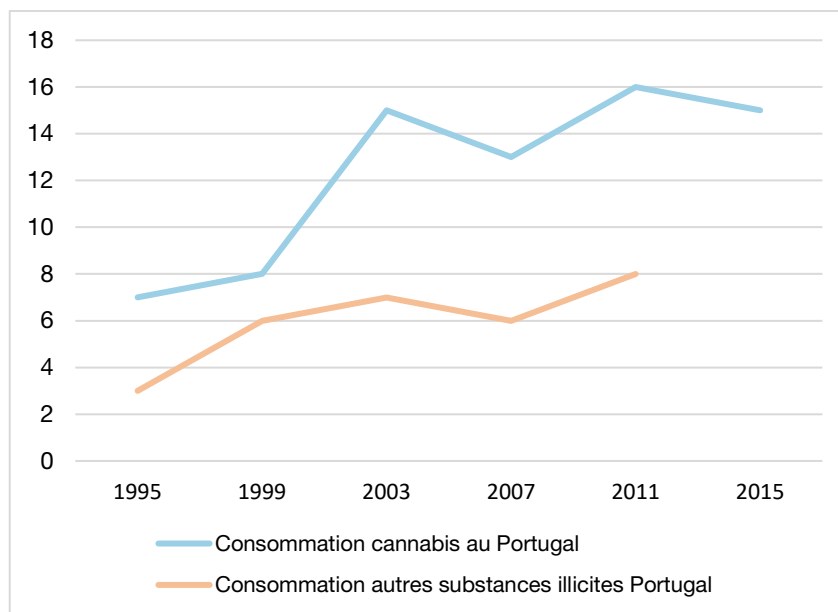
Substance	2001	2007	2012	2016/2017
Cannabis	8,0	6,6	5,8	7,1
Cocaïne	0,7	0,7	0,2	0,1
Héroïne	-	-	-	-
Ecstasy	0,4	1,4	1,0	1,2
Amphétamines	0,0	0,0	0,4	0,1

Sources : Balsa et collab., 2017; 2008; 2012; 2008; 2008; 2001.

5.1.3 ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE L'USAGE DE SPA À VIE CHEZ LES JEUNES DE 15-16 ANS

La figure 8 présente l'évolution de la prévalence de la consommation à vie de cannabis et d'autres substances illicites (outre le cannabis) chez les jeunes âgés de 15-16 ans au Portugal. Ces données démontrent qu'au cours de la période située entre 1995 et 2015, la consommation de cannabis à vie dans ce sous-groupe de la population aurait connu une augmentation marquée, passant de 7 % à 15 %. La consommation de toutes autres substances illicites serait, pour sa part passée, de 3 % à 8 % entre 1995 et 2011.

Figure 8 Prévalence (%) de consommation à vie du cannabis et autres substances illicites chez les jeunes âgés de 15-16 ans, 1995 à 2015



Source : ESPAD (2015).

5.1.4 ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Les estimations concernant la consommation problématique ou à haut risque¹⁶ dans la population générale pour les années 2001 à 2015 sont présentées dans le tableau 6 sous forme de prévalence pour 1 000 habitants. De manière générale, les résultats indiquent qu'il y aurait eu peu de changements quant à la prévalence de la consommation problématique globale (toutes substances confondues). En 2001, 7,6 personnes par 1 000 habitants étaient aux prises avec un tel problème de consommation, alors qu'en 2012, ce nombre était de 7,1 personnes par 1 000 habitants (voir Hugues et Stevens, 2010; Ribeiro et collab., 2014). Selon de telles estimations, la prévalence de l'usage de SPA par injection au cours des 12 derniers mois semble avoir diminué, passant de 3,5 à 2,1 personnes UD par 1 000 habitants entre 2001 et 2015. La prévalence de l'usage à haut risque de cocaïne (au cours des 12 derniers mois) aurait, pour sa part, progressé entre 2012 et 2015 (6,2 à 9,8 personnes par 1 000 habitants), tandis que celle de l'usage à risque d'opioïdes ou de cannabis serait demeurée plus stable (de 4,9 à 5,2 et 7,0 à 7,2 personnes par 1 000 habitants respectivement).

À noter que l'absence de plusieurs intervalles de confiance et de tests statistiques fait en sorte qu'il s'avère difficile de déterminer si les changements observés sont statistiquement significatifs.

Tableau 6 Estimations concernant la consommation problématique ou à haut risque dans la population générale (15 ans-64 ans) au cours des 12 derniers mois, par millier d'habitants, 2001 à 2015

	2001*	2005*	2012	2015
	Prévalence pour 1 000			
Consommation dite « problématique » (toutes substances confondues)	7,6	6,8	7,1 (IC : 6,5-7,7)	
Usage de SPA par injection au cours des 12 derniers mois	3,5	2,0	2,2 (IC : 1,9-2,5)	2,1 (IC : 1,0-4,5)
Consommation à haut risque de cocaïne au cours des 12 derniers mois	-	-	6,2 (IC : 5,2-7,2)	9,8 (IC : 6,4-15,2)
Consommation à haut risque d'opioïdes au cours des 12 derniers mois	-	-	4,9 (IC : 4,2-5,5)	5,2 (IC : 3,8-7,6)
Consommation à haut risque de cannabis au cours des 12 derniers mois	-	-	7,0 (IC : 4,0-10,0)	7,2 ‰ ^{***}

Sources : *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*, Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL/SICAD:DMI/DEI.

* Les données de 2001 et 2005 sont extraites de Hugues et Stevens (2010).

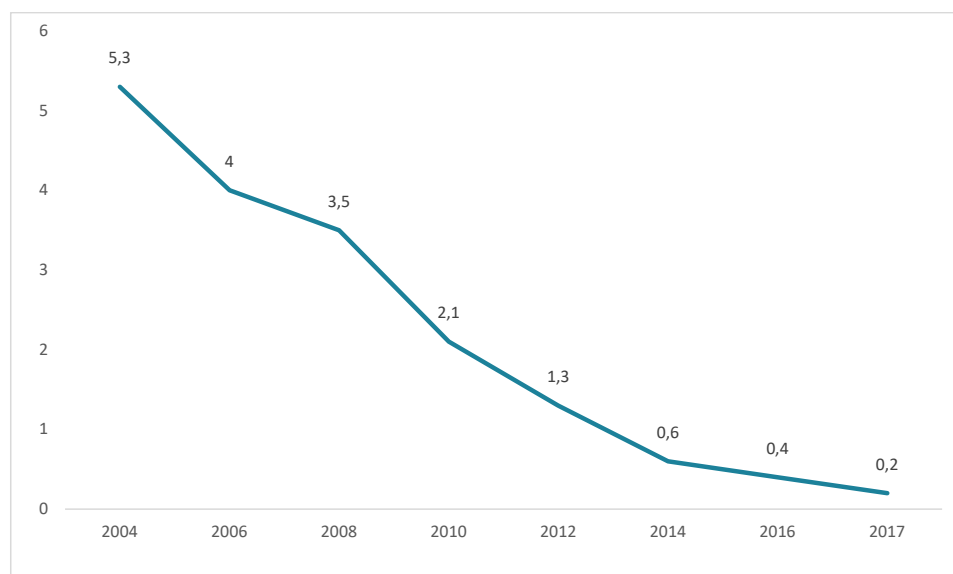
*** Les estimations les plus récentes considèrent à la fois les personnes à « risque élevé » et celles à « risque moyen ».

¹⁶ Comme l'indique l'OEDT, la consommation à haut risque fait référence à une consommation quotidienne ou quasi quotidienne d'une substance au cours des 12 derniers mois ou encore à la consommation par injection (Thanki et Vicente, 2013).

5.2 Taux brut de cas diagnostiqués de VIH parmi les personnes UDI

Pour la période située entre 2004 et 2017, le taux brut de cas diagnostiqués de VIH parmi les personnes UDI est passé de 5,3 à 0,2 cas par 100 000 habitants (soit de 557 à 18 cas) (figure 9). Cette diminution est constante.

Figure 9 Taux de cas de VIH diagnostiqués chez les personnes UDI, par 100 000 habitants, 2004-2017



Sources : Compilation spéciale. INE, PORDATA (voir : <https://www.pordata.pt>). 2005 à 2012 : estimations faites à partir des tableaux de l'ECDC contenues dans les rapports de l'OEDT. Pour les données 2012-2017 : OEDT.

5.3 Évolution du taux de mortalité lié aux SPA

Pour la période de 2004 à 2017, le taux de mortalité lié à l'usage de SPA est passé de 1,9 à 6 décès par million d'habitants (voir l'annexe 2 pour des précisions sur cet indicateur) (tableau 7). Les données suggèrent une hausse constante du taux de mortalité de 2005 à 2010 (passant de 0,9 décès par million d'habitants à 2,5), pour ensuite chuter de manière importante en 2011 (atteignant 0,9 décès par million d'habitants). Une augmentation constante est ensuite observée jusqu'au taux de 6 décès par million d'habitants en 2017¹⁷.

Tableau 7 Taux de mortalité lié aux SPA, par million d'habitants, 2004 à 2017

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux de mortalité	1,9	0,9	1,1	1,3	1,9	2,5	2,5	0,9	1,5	2,7	4,2	3	4,5	6

Sources : OEDT, 2013-2017, INE, PORDATA (voir : <https://www.pordata.pt>). Compilation spéciale pour les années 2004 à 2012.

¹⁷ Selon les recherches effectuées, les variations qui seraient observables entre les périodes de 2004 à 2010 et 2011 à 2017 seraient attribuables à l'adoption de diverses méthodes et pratiques d'enquête, notamment de la part des coroners. Il en sera question plus abondamment subséquent dans ce rapport.

6 Discussion

Les CDT ont été créées afin de répondre à une menace perçue chez des personnes en situation de grande vulnérabilité, évoluant dans un contexte social, historique, politique et économique particulier, également marqué par l'accroissement fulgurant de l'épidémie du VIH, une réalité partagée par de nombreuses juridictions au même moment. Lors de la création de ces instances, le Portugal mettait fin à un régime dictatorial ayant entraîné un certain isolement social de la population. Il est probable que l'ouverture nouvelle sur le monde et les libertés qui l'accompagnent aient contribué à l'essor de la consommation. Ce phénomène peut d'ailleurs avoir donné l'impression de l'omniprésence des SPA dans l'espace public. Aussi, la situation géographique du pays fait en sorte que depuis plusieurs décennies, celui-ci constitue une plaque tournante majeure pour la circulation de ces mêmes substances (Landel et Zielinska, 2016; Nunes-Dias, s. d.; Russoniello, 2012). La combinaison de ces différents éléments a, indéniablement, pu avoir une incidence sur l'évolution de la consommation et des pratiques qui s'y rattachent.

Dans un autre ordre d'idées, plusieurs des données présentées dans ce rapport sont à interpréter avec prudence. Par exemple, les premiers indicateurs concernant l'usage des SPA et leurs méfaits sur la santé ont été l'objet de collectes de données d'envergure uniquement après 2000 (Stevens et Hugues, 2016). Il en va de même pour les données concernant les incarcérations et les arrestations ainsi que celles en lien avec l'utilisation des services et soins de santé. De plus, certains indicateurs n'ont pas fait l'objet de collectes systématiques sur une base annuelle. Ces limites font en sorte qu'il s'avère difficile de déterminer si les changements que l'on observe au Portugal sont attribuables aux actions menées par les CDT et, plus globalement, au changement du mode d'encadrement des SPA.

Les pages qui suivent proposent un retour sur les principaux résultats et traitent de la transférabilité et de la pertinence d'une mesure s'inspirant des CDT en contexte québécois. Lorsque possible, afin d'enrichir les réflexions, les données du Portugal ont été comparées à des statistiques similaires collectées par l'OEDT. Un tableau synthèse (annexe 5) permet d'avoir un récapitulatif des résultats discutés dans les prochaines sections.

6.1 Constats quant aux services et soins de santé destinés aux personnes UD

Une des recommandations des experts en lien avec le changement du mode d'encadrement des SPA était que ce processus s'accompagne de nouvelles ressources destinées à la prise en charge des personnes UD par les services sociaux et de santé. Il est probable que la recension des écrits effectuée pour ce rapport n'ait pas permis d'identifier toutes les informations disponibles en ce sens. Cependant, les sources consultées suggèrent qu'au fil des années, peu de nouvelles mesures auraient été mises en place pour accroître l'offre de services. Ainsi, les informations disponibles montrent plutôt que le nombre de structures et de services destinés aux personnes UD semble avoir diminué de manière constante depuis 2001. Ces résultats sont particulièrement remarquables dans le cas des communautés thérapeutiques et des centres de désintoxication. Il est possible, toutefois, que les capacités de prise en charge de certains de ces services et structures aient été augmentées (que ce soit par l'ajout d'intervenants ou par une optimisation des services en place) ou encore, que le gouvernement ait opté pour maximiser l'offre de services dans des milieux précis. De telles informations auraient été pertinentes pour mieux apprécier les changements survenus et leurs effets possibles sur la santé et les besoins des personnes UD. Similairement, des données concernant les temps d'accès aux services auraient aussi permis de déterminer l'efficacité des mesures en place. À la lumière des informations disponibles, il semble difficile de conclure que l'objectif du gouvernement en matière de développement de l'offre de services pour les personnes UD a été atteint.

6.2 Constats quant aux prévalences de l'usage des SPA et de la consommation problématique depuis la mise en place des CDT

Différentes études démontrent que, le plus souvent, le mode d'encadrement des SPA aurait peu d'incidence sur l'augmentation ou la diminution de la consommation, du moins, en ce qui a trait au cannabis (Reinarman et collab., 2004; MacCoun et Reuter, 1997). Toutefois, dans le cas du Portugal, la mise en place de ce nouveau mode d'encadrement semble coïncider avec l'émergence de nouveaux patrons de consommation, du moins, pour certains segments de la population.

Globalement, les données indiquent que dans la population générale, mis à part pour le cannabis, une stabilité ou une certaine tendance à la baisse de l'usage récent (au cours des 12 derniers mois) semble s'être installée depuis 2001. Pour ce qui est du cannabis, les données révèlent une certaine augmentation qui serait toutefois observée dans la plupart des pays de l'UE (Murkins, 2016). Au Portugal, la prévalence de l'usage du cannabis est passée de 3,3 % en 2001 à 5,1 % en 2017 (OEDT, 2018). En comparaison, en Italie, celle-ci est passée de 6,2 % à 10,5 %, tandis qu'en Espagne, pays voisin du Portugal, celle-ci est pratiquement inchangée (de 9,7 % à 9,5 %). Bien que la hausse ne semble pas aussi importante dans cette dernière juridiction, elle demeure toutefois largement supérieure à celle du Portugal¹⁸. À titre informatif, au Canada, la prévalence de l'usage récent de cannabis dans la population générale était de 14,8 % en 2015 (ECTAD, 2017).

Par ailleurs, les données indiquent que dans la population générale portugaise, la consommation de SPA autres que le cannabis serait inférieure à celle de plusieurs pays de l'UE, et ce, depuis plusieurs années. Par exemple, dans le cas de la cocaïne, la prévalence de l'usage récent serait demeurée pratiquement inchangée pour la période située entre 2001 et 2017, passant de 0,3 % à 0,2 %. En Espagne¹⁹ et en Italie, les diminutions seraient également mineures (passant, respectivement, de 2,6 % à 2,0 % et de 1,3 % à 1,1 %), tout en demeurant supérieures à celles du Portugal (OEDT, 2018b²⁰). Enfin, toujours à titre comparatif, les données les plus récentes indiquent qu'au Canada, 2 % de la population générale affirmait avoir fait un usage récent d'au moins une SPA autre que le cannabis en 2015 (ECTAD, 2017).

L'évolution de la consommation de substances chez les jeunes portugais de 15 à 16 ans peut, pour sa part, sembler préoccupante. Les données indiquent qu'entre 1995 et 2017, la prévalence de l'usage à vie de cannabis s'est accrue considérablement, passant de 7 % à 15 %. Dans le reste de l'UE, les données collectées par l'ESPAD indiquent qu'au cours de cette même période, cette prévalence est passée de 11 à 17 % (ESPAD 2016, Hibell et collab., 2011; 2007, 2003; 1999; 1995). Ainsi, bien que la consommation à vie de cette substance chez les jeunes portugais soit moins élevée que dans le reste de l'UE, l'augmentation que l'on observe est plus importante qu'ailleurs dans l'UE. Hibell et collab. (2017) soulignent toutefois que, lorsque comparée à des enquêtes similaires menées aux États-Unis, cette prévalence est nettement inférieure en contexte portugais. À titre indicatif, entre 1995 et 2011, les prévalences de l'usage du cannabis seraient passées de 34 % à 35 % aux États-Unis. En ce qui a trait à la prévalence de l'usage des autres substances, les données de l'ESPAD indiquent que l'augmentation de l'usage à vie est davantage importante au Portugal (de 3 % à 8 %) que dans la moyenne des pays de l'UE (de 4 % à 6 %). Il s'avère cependant difficile de formuler des hypothèses concernant les hausses survenues dans cette juridiction. Il est possible, d'une part, qu'en dépit des objectifs formulés par l'État en matière de prévention, les mesures en

¹⁸ L'Italie et l'Espagne sont des pays avec lesquels des comparaisons sont faites avec le Portugal, que ce soit en raison de leur proximité (Espagne) ou du fait qu'il s'agit de pays pour lesquels des mesures d'assouplissement en matière d'encadrement des SPA ont été mises en place. Cette démarche comparative possède certaines limites, mais peut s'avérer pertinente afin de mieux comprendre la situation du Portugal.

¹⁹ Les données pour l'Espagne sont celles de 2001 et 2015.

²⁰ Pour plus de précisions concernant ces données, voir : <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/gps>.

place soient peu efficaces pour rejoindre ce segment précis de la population. D'autre part, la diminution des prix de la plupart des substances a été constatée dans ce pays, faisant en sorte que celles-ci sont devenues de plus en plus accessibles économiquement pour un plus grand nombre de la population, dont les jeunes. Toutefois, il importe de spécifier qu'une fois de plus, cette tendance quant à la diminution des prix serait, selon l'OEDT, également observable dans plusieurs pays de l'UE.

Enfin, un des objectifs clairement exprimés par le gouvernement portugais pour justifier la pertinence de procéder à un changement du mode d'encadrement des SPA était la nécessité de réduire la consommation problématique et la toxicomanie. Compte tenu de cet objectif, il s'avère surprenant de constater le nombre restreint de données collectées en ce sens au fil des années. Qui plus est, le peu de données disponibles suggère que l'objectif n'est pas atteint.

6.3 Constats concernant l'évolution du taux de cas de VIH diagnostiqués parmi les personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI)

Un autre des effets attendus du changement du mode d'encadrement des SPA était une diminution du taux de cas de VIH diagnostiqués parmi les personnes UDI. Pendant longtemps, le Portugal a en effet figuré parmi les pays de l'UE ayant le plus grand nombre de personnes UDI infectées par le VIH (Wiessing et collab., 2011). Entre 2005 et 2010, ce taux est demeuré pratiquement inchangé dans la plupart des pays de l'UE, tandis qu'inversement, une diminution continue a été observée au Portugal (OEDT, 2014). Le changement du mode d'encadrement et, plus spécifiquement, la mise en place des CDT ne peuvent, à elle seule, être à l'origine d'une telle baisse (Stevens et Hugues, 2016), d'autant plus que les données disponibles révèlent que la forte majorité des personnes qui comparaissent devant les CDT consommeraient exclusivement du cannabis. Le VIH, tout comme l'ensemble des infections virales, est reconnu pour avoir son propre « patron d'évolution naturelle ». Ainsi, même sans la présence de mesures spécifiquement destinées à limiter son essor, une diminution du nombre de personnes atteintes aurait sans doute été observée (Stevens et Hugues, 2016). L'évolution favorable de cet indicateur fait en sorte que, selon les données les plus récentes de l'OEDT, la consommation de SPA par injection ne constitue plus un mode de transmission significatif du VIH au Portugal. Ceci suggère une nette avancée du pays en termes de santé publique (OEDT, 2015).

6.4 Constats concernant le taux de décès liés aux SPA (par surdoses)

Le taux de décès liés à l'usage de SPA au Portugal a été présenté comme anormalement élevé. La consultation des rapports annuels produits par le gouvernement et l'OEDT ainsi que la lecture de plusieurs publications révèlent toutefois qu'il existe d'importantes variations quant aux méthodes de calculs utilisées afin d'estimer de tels décès²¹. Or, plusieurs sources semblent avoir fait abstraction de ces différences méthodologiques pourtant importantes, ce qui peut expliquer les données souvent divergentes présentées dans les écrits.

²¹ Par exemple, une des méthodes employées consiste à produire des estimations du nombre de décès à la lumière de rapports d'analyses toxicologiques positives à la présence de SPA et à conclure qu'entre le quart et le tiers de ces décès seraient attribuables à des surdoses (Laqueur, 2014). Une seconde méthode, fort différente, consiste à produire des estimations en se fondant sur les critères de la Classification statistique internationale des maladies (CIM) qui fournit une liste de codes auxquels sont associés des diagnostics particuliers. Ces deux méthodes génèrent cependant des résultats très différents.

Ceci dit, les rapports annuels de l'OEDT permettent de mieux comprendre la situation portugaise au regard de cet indicateur. Les données les plus récentes²² indiquent qu'entre 2013 et 2017, le taux de décès liés à l'usage de SPA est passé de 2,7 à 6 décès par million d'habitants²³. Selon les données comparables fournies par l'OEDT, entre 2014 (données non disponibles pour 2013) et 2017, le taux moyen de mortalité lié à l'usage de SPA pour l'ensemble des pays de l'UE est pour sa part passé de 17,1 à 21,3 par million d'habitants. Dans le cas précisement de l'Espagne, ce taux est passé de 12,5 à 15,0 personnes par million d'habitants. Ces données laissent entrevoir que, toutes proportions gardées, les décès liés à l'usage de SPA pourraient être moins nombreux au Portugal que dans la plupart des pays de l'UE. Néanmoins, au cours des dernières années, l'augmentation relative de ces décès est beaucoup plus importante dans ce pays qu'ailleurs dans l'UE. Selon les données disponibles, cette augmentation serait de l'ordre de 222 %, alors qu'elle serait de 124,6 % en moyenne dans l'UE et de 122 % en Espagne. Malgré de telles hausses, les données de l'OEDT indiquent que, depuis au moins 2013, le Portugal se classerait parmi les quatre pays de l'UE ayant les plus faibles taux de décès liés à l'usage de SPA (OEDT, 2013; 2015; 2016; 2017). Hypothétiquement et en dépit de telles augmentations, ces informations permettent d'avancer que les CDT pourraient avoir contribué au fait que ce taux soit demeuré parmi les plus faibles de l'UE.

6.5 Constats concernant les indicateurs liés à la criminalité

En optant pour un changement du mode d'encadrement des SPA, un autre des objectifs poursuivis par l'État portugais était l'intensification des actions visant à freiner la criminalité associée aux drogues. Conséquemment, une hausse des arrestations pour trafic aurait été attendue. Pourtant, les données présentées par Hugues et Stevens (2010) indiquent que de 1998 à 2008, le nombre total d'arrestations en lien avec la possession, l'usage et le trafic serait demeuré relativement stable, tandis que Félix et ses collègues (2017) (bien que les données ne portent pas exactement sur la même période) concluent que ce nombre serait à la baisse. Au cours de cette période, aucune donnée concernant spécifiquement le trafic n'a été repérée. Les données récentes (2009-2017) font état d'une augmentation du nombre total d'infractions liées aux drogues. Paradoxalement et contrairement à ce qui aurait été attendu, ce sont les infractions en lien avec la possession simple et l'usage de SPA qui seraient à la hausse. Inversement, une diminution des infractions présumées pour trafic est observée. Ces données ne proposent cependant qu'une vision partielle de la situation et des précisions concernant, par exemple, l'évolution de la quantité de substances saisies au fil des années auraient permis d'avoir une meilleure appréciation des résultats obtenus en lien avec cet indicateur.

²² Selon les informations recensées, il semble que les données de 2013 et 2017 soient les seules pour lesquelles il soit approprié de procéder à des comparaisons avec l'ensemble des pays de l'UE.

²³ Soulignons, au passage, qu'en ce qui a trait aux taux de mortalité liés aux surdoses, aucune comparaison ne devrait être faite entre le Portugal et le Québec. Au Québec, les données du Bureau du coroner documentent le plus souvent les « décès attribuables à une intoxication aux opioïdes », alors qu'au Portugal et dans l'UE, celles-ci réfèrent aux « décès liés aux drogues », selon la définition présentée à l'annexe 2. Ces données incluent l'ensemble des SPA (dont font partie les opioïdes).

6.6 L'efficacité des CDT

Les résultats indiquent qu'entre 2004 et 2017, le nombre de personnes ayant comparu devant une CDT a presque triplé, ce qui peut attester de la volonté des policiers à utiliser un tel mécanisme. Considérant la prévalence de l'usage des différentes substances, il n'est pas étonnant qu'une proportion importante des personnes qui comparaissent devant une telle instance fassent usage, en forte majorité, uniquement de cannabis. Malgré les faibles prévalences de l'usage des autres substances, il est possible de s'interroger sur la capacité réelle des CDT à rejoindre et à soutenir les personnes consommant de telles substances, tout en reconnaissant qu'il s'agit souvent de celles pouvant présenter des problèmes de santé et sociaux particulièrement complexes.

Les données présentées suggèrent également que les personnes qui comparaissent devant une CDT seraient, dans une très forte proportion, des personnes UD n'étant pas aux prises avec une dépendance, n'ayant pas une consommation problématique ou ne présentant pas de problème de polyconsommation²⁴. À notre connaissance, une seule étude menée auprès de personnes ayant comparu devant une CDT²⁵ a permis de mieux documenter le profil des personnes UD. Les résultats indiquent que parmi les participants, 92 % ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, 9,2 % de l'héroïne et 6,3 % des opioïdes. De même, l'évaluation du degré de risque (de développer une dépendance ou un problème de consommation) révèle que 10,8 % des participants étaient considérés comme ayant une consommation à risque élevé, 64 % à risque moyen et 25,6 % à faible risque. La consommation par injection était une pratique adoptée par 5 % de ces participants et, parmi ceux-ci, 1,4 % avaient déclaré avoir eu recours à celle-ci au cours de la dernière année (Carapinha et Guerreiro, 2017; Carapinha, Guerreiro et Dias, 2017). À titre de rappel, le changement du mode d'encadrement des SPA avait, notamment, comme objectif la diminution du nombre de personnes ayant un UD problématique ou aux prises avec des problèmes de toxicomanie (Landel et Zielinska, 2016). Or, ces différents résultats, tout comme les données de l'OEDT, suggèrent que les CDT rejoindraient principalement des utilisateurs de cannabis (qui semblent en outre être des utilisateurs occasionnels pour la majorité) ou des personnes UD dont le profil de risque est peu ou moyennement élevé. Réciproquement, il semble que les CDT peinent à rejoindre et soutenir les consommateurs qui devraient pourtant bénéficier le plus de cette nouvelle forme d'encadrement, soit les consommateurs ayant un profil complexe, davantage affectés par les ITSS ou impliqués dans des activités criminelles ou de violence.

Dans un autre ordre d'idées, les seules données permettant d'estimer le nombre de personnes ayant entamé un traitement ou ayant accepté de recevoir des services sont celles concernant la suspension des sanctions. On observe qu'en 2017, trois fois moins de sanctions auraient été suspendues chez les consommateurs dépendants comparativement en 2004 (en 2004, 17,5 % des sanctions étaient suspendues, contre 8 % en 2017), ce qui amène à s'interroger sur l'efficacité des mécanismes de dissuasion en place et sur l'adéquation entre les services disponibles et les besoins réels des personnes UD. À cet effet, il aurait été pertinent d'avoir des précisions permettant de quantifier la proportion de personnes comparaissant à plus d'une reprise devant une CDT, celles des personnes UD ayant effectivement entamé un traitement suite à leur comparution²⁶ ou encore concernant la proportion de personnes UD citées à comparaître et omettant de se soumettre à cette

²⁴ Lors de la comparution devant les CDT, les données concernant l'usage des drogues sont autorapportées par les personnes UD. Par conséquent, il est probable qu'un biais de déclaration (c'est-à-dire l'omission de rapporter certains détails concernant les drogues consommées) vienne fausser les données.

²⁵ Il s'agit d'un projet mené pour le gouvernement portugais, regroupant, au premier temps de mesure, 892 participants. De ce nombre, 336 ont également pris part au second temps de mesure, approximativement six mois après leur comparution.

²⁶ Selon les informations disponibles, aucun mécanisme de suivi et d'encadrement des personnes UD suite à leur comparution devant une CDT.

obligation. En somme, en tenant compte des données à notre disposition, il est difficile de déterminer si les CDT ont réellement produit l'effet attendu quant à l'utilisation des services et la prise en charge des personnes UD.

6.7 Applicabilité et pertinence d'un mécanisme similaire aux CDT en contexte québécois

Il convient, avant de clore ce rapport, de s'interroger sur l'applicabilité et la pertinence d'une mesure apparentée aux CDT en contexte québécois. Plusieurs des services et mesures en place au Portugal existent également au Québec. Par exemple, en ce qui a trait aux programmes et aux services de réduction des méfaits, le Québec, à l'instar du Portugal, dispose de programmes de distribution de seringues, de TSO, d'équipes d'interventions de rue et de services de proximité. Ces services, tout comme au Portugal, sont généralement dispensés par les organisations non gouvernementales. Par ailleurs, contrairement au Portugal, l'offre de services en contexte québécois inclut des sites de services d'injection supervisée, quelques programmes à bas seuil d'exigence et, depuis 2017, un programme d'accès gratuit à la naloxone. Quant au traitement et à la réadaptation, l'offre de services (en termes de diversité) semble similaire dans les deux juridictions. À la lumière des informations accessibles, il semble que le Québec dispose, d'ores et déjà, d'une diversité de services comparable à celle du Portugal. Certes, au Québec, il est probable que l'implantation de ces programmes et services et leur couverture géographique varient selon les régions. Dans l'éventualité où la mise en place d'une instance similaire à celle des CDT serait envisagée, il serait sans aucun doute opportun de procéder à une recension des mesures en place au sein des différentes régions afin de déterminer de quelle manière l'offre de services pourrait être bonifiée, de sorte à répondre aux besoins précis des personnes UD sur un territoire donné.

Par ailleurs, comme évoqué par l'INSPQ dans différents contextes (Gagnon, 2016; Chapados et collab., 2016), malgré la présence du régime de prohibition actuel, le Québec dispose d'une certaine marge de manœuvre lui permettant de développer des mécanismes visant le traitement non judiciaire des personnes UD. Malgré la présence d'une loi fédérale (la LRCDAS), il revient aux autorités de chaque province d'établir les modalités de son application (Gagnon, 2016). C'est d'ailleurs une telle marge de manœuvre qui a mené à la mise en place de différents mécanismes de non-judiciarisation ou de déjudiciarisation, dont le Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes. Créé par le Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP), ce programme bénéficie actuellement exclusivement aux personnes interpellées en possession simple de cannabis (des changements ayant d'ailleurs été adoptés suite à la légalisation de cette substance). Cette mesure postule que les procédures criminelles doivent constituer le moyen ultime pour assurer la protection de la population et qu'elles doivent être utilisées uniquement en dernier recours, de sorte à ne pas entraîner la surcharge des tribunaux et ainsi limiter le temps pouvant être consacré à la répression des crimes graves (DPCP, 2019). Plutôt que d'être mises en accusation, en l'absence de facteurs aggravants et sous certaines conditions, les personnes contrevenantes intégrant ce programme se voient imposer une sanction de moindre ampleur (lettre d'avertissement, mise en demeure, etc.). Comme le proposait Gagnon (2016), il est probable qu'en apportant certaines modifications à ce programme, il soit possible de parvenir à la mise en place d'une structure similaire à celle des CDT. Cette démarche impliquerait un travail concerté avec le DPCP, notamment en vue de concevoir un processus de réorientation pouvant faciliter l'accès aux soins et services de santé. Elle nécessiterait en outre la mobilisation d'intervenants et de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux afin de procéder à l'évaluation et à l'orientation des personnes UD. Elle requerrait également une formation adéquate des policiers et autres intervenants quant à l'approche de réduction des méfaits qui sous-tend la plupart des actions et interventions auprès des personnes UD. Enfin, dans la mesure où ce programme est actuellement

destiné uniquement aux consommateurs de cannabis, des modifications devraient être apportées à la liste des infractions admissibles, de sorte que la possession simple de toutes les substances figurant dans la LRCDas soit considérée comme une infraction mineure (Gagnon, 2016).

Plus récemment, le Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ) (Barreau du Québec, 2009; Cour du Québec, 2009; Plourde et collab., 2009) a été mis en place en tant que projet pilote par la Cour du Québec, notamment suite à l'adoption de la Loi C-10 sur la *Sécurité des rues et des communautés* (L.C. 2012, ch. 1). Ce nouveau programme entend favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes UD. Il permet notamment le report ou l'allègement de leur peine si elles acceptent de participer à un programme judiciaire de traitement de la toxicomanie. Fortement inspiré par la logique des *drug court* et des différents tribunaux de traitement de la toxicomanie en place ailleurs au Canada, le PTTCQ ne constitue pas, au sens strict du terme, une mesure de traitement non judiciaire, et ce, en dépit du fait que selon les participants à l'évaluation d'impacts, celui-ci constitue une alternative « constructive à l'incarcération » (Plourde et collab., 2014). Le PTTCQ est l'objet de critiques du fait que, pour y être admissible, la personne contrevenante doit enregistrer une reconnaissance de culpabilité (DPCP, 2019; Plourde et collab., 2014). D'autres encore remettent en question le fait qu'une des conditions de réussite de ce programme implique l'abstinence totale des participants; une condition qui, d'ailleurs, s'éloigne des objectifs de santé publique (Allard et collab., 2012). Toutefois, l'intérêt de ce programme tient au fait qu'il témoigne de la reconnaissance, de la part du système de justice québécois, de la nécessité de développer une approche de prise en charge qui tient compte des besoins de santé des personnes UD. Sa principale réussite est, en outre, le fait qu'il a impliqué (et continue d'impliquer) le développement de partenariats actifs entre des acteurs issus à la fois du réseau de la santé et des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique (Plourde et collab., 2014). Une fois de plus, il semble possible d'avancer que les mesures développées pour la mise en place d'un tel projet pilote pourraient servir efficacement de cadre au développement d'une approche inspirée des CDT portugaises en contexte québécois.

En somme, ces deux programmes démontrent qu'à l'intérieur des cadres légaux fédéral et provincial actuels, des aménagements sont possibles afin de limiter les impacts négatifs de la criminalisation des personnes UD. À la lumière des données disponibles, il semble possible d'affirmer que les CDT permettent principalement de rejoindre les consommateurs de cannabis. Cependant, dans l'éventualité où une approche similaire serait adoptée au Québec, il apparaît fondamental que les stratégies préconisées ciblent les personnes UD ayant des besoins particulièrement complexes, comme celles faisant usage d'opioïdes, les UDI, les polyconsommateurs ou les consommateurs présentant des problèmes concomitants (problèmes de santé mentale, vivant en situation d'itinérance, etc.), difficilement rejoints par le réseau de la santé et des services sociaux. Aux États-Unis, des mesures comme le programme *Law Enforcement Assisted Diversion* (LEAD), qui assure une prise en charge administrative des personnes interpellées par la police pour possession simple de SPA, semblent générer des effets prometteurs en ce sens, et ce, sans pour autant nécessiter de changements sur le plan légal. Dans certaines villes américaines, un programme de la sorte a d'ailleurs été mis en place spécifiquement en réaction à la crise de surdoses aux opioïdes. À la différence des CDT, ce programme volontaire propose un suivi et une prise en charge des personnes UD en recourant à une approche individualisée (gestion de cas) (Collins et collab., 2017; Shiff et collab., 2017; Cliff et collab., 2017). Ailleurs, comme dans différentes régions de l'Australie, différentes mesures de dissuasion visant à orienter les personnes UD vers des soins et des services de santé ou sociaux ont été mises en place. Il serait sans aucun doute pertinent de mieux documenter ces initiatives, notamment en vue de voir si celles-ci permettent de rejoindre les personnes UD aux besoins et aux profils plus complexes et si leur potentiel est supérieur à celui des CDT portugaises.

7 Conclusion

En 2001, le gouvernement portugais a opté pour un changement du mode d'encadrement des SPA, procédant à la suppression des sanctions criminelles pour la possession simple et l'usage de toutes ces substances et à la création d'une mesure de dissuasion de la consommation, les CDT. De l'avis de maints acteurs de santé publique au Québec comme ailleurs, cette approche s'avère propice pour pallier les lacunes des régimes de prohibition communément adoptés par différentes juridictions. C'est dans l'optique de mieux comprendre le fonctionnement et les effets sur la santé pour les personnes UD qu'a été effectué le présent rapport.

L'approche adoptée par le Portugal en matière d'encadrement des SPA a pour objectifs la réduction des méfaits possibles associés à la consommation de SPA sur la santé, ainsi que la réduction de la criminalité liée à l'usage de ces mêmes substances.

Le présent rapport a mis en lumière différentes failles méthodologiques concernant les indicateurs permettant d'apprécier l'efficacité des actions menées par le gouvernement portugais (manque de données fiables et récurrentes permettant de suivre l'évolution des indicateurs, absence de précisions permettant de déterminer si les changements observés sont statistiquement significatifs, imprécisions concernant les définitions des indicateurs, etc.). Tout en reconnaissant de telles limites, en se fondant sur les données disponibles et en ce qui a trait spécifiquement aux impacts de ce mode d'encadrement sur la **santé**, les principaux constats suivants peuvent être faits :

- Dans la population générale, une hausse de l'usage récent (12 derniers mois) de cannabis semble observable pour la période située entre 2001 et 2016/2017. Une situation similaire est aussi observée dans plusieurs pays de l'UE au cours de la même période. La prévalence de l'usage de SPA autres que le cannabis aurait pour sa part diminué au Portugal au cours de la même période;
- Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, une diminution de la consommation de cannabis semble être observable au cours de cette même période, tout comme de celle de cocaïne. Une augmentation de l'usage de l'ecstasy et des amphétamines semble être notée. Aucune donnée ne porte spécifiquement sur l'usage d'héroïne;
- Pour la période située entre 1995 et 2015, la prévalence de l'usage à vie de l'ensemble des substances (y compris le cannabis) est à la hausse chez les jeunes âgés de 15 à 16 ans. Ces augmentations sont davantage importantes au Portugal que dans plusieurs pays de l'UE au cours de la même période;
- L'objectif de diminuer la consommation problématique ou à haut risque (incluant la toxicomanie ou dépendance et la consommation par injection) ne semble que minimalement atteint;
- Le taux de cas de VIH diagnostiqués chez les personnes UDI a diminué de manière considérable;
- Puisque des changements importants semblent avoir été adoptés dans la définition des décès liés aux SPA au fil du temps, il apparaît impossible de prétendre que cet indicateur a connu une évolution favorable, même si ce taux de décès semble figurer parmi les plus bas des pays de l'UE;
- La création des CDT ne semble pas avoir entraîné la diversification ni l'essor des services et soins de santé destinés à la prise en charge des personnes UD.

En ce qui a trait à l'objectif de **réduire la criminalité**, le lien entre le changement du mode d'encadrement des SPA et l'accroissement des activités policières pour freiner le trafic semble difficile à établir. Ceci est d'autant plus vrai que les infractions présumées pour trafic sont à la baisse, tout comme les incarcérations (tous types de délits liés aux drogues).

En bref, le changement du mode d'encadrement des SPA adopté par le Portugal ne semble pas avoir eu d'impact positif ou négatif majeur et significatif sur la santé des personnes UD et sur l'utilisation de SPA (outre en ce qui a trait aux jeunes consommateurs), pas plus qu'il ne semble être à l'origine d'avancées majeures en termes de lutte contre le trafic de drogues. Souvent, il semble de plus que plusieurs des tendances observées soient similaires à celles également présentes dans plusieurs pays de l'UE au même moment. Il est cependant probable que l'ajout d'informations et de données aurait pu nuancer de tels constats.

À la lumière des données disponibles, tout porte à croire que le principal apport des CDT est la démonstration qu'il est possible de mettre en place, à l'échelle nationale, un modèle alternatif à la criminalisation des personnes UD en limitant certaines conséquences négatives liées au régime de prohibition. Le Portugal a été la première juridiction à avoir opté pour un changement du mode d'encadrement de toutes les substances en proposant un mécanisme visant à mettre les personnes UD en contact avec les soins de santé et les services sociaux. À lui seul, cet élément justifie l'intérêt qui lui est porté sur la scène internationale. Les CDT ont cependant été mises en place pour répondre à un besoin précis, dans une juridiction ayant une dynamique sociale, historique et politique bien différente de la situation du Québec. Le potentiel de cette approche n'est cependant pas à négliger, notamment du fait qu'elle démontre qu'il est possible de mettre en place une démarche concertée entre des acteurs issus des réseaux de la santé, des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique. Cependant, des réflexions s'imposent quant à la manière dont pourrait être optimisée cette approche, principalement afin de répondre aux besoins complexes des personnes UD consommant des substances autres que le cannabis et de répondre efficacement aux défis que pose l'augmentation des décès liés aux surdoses aux opioïdes. Une meilleure compréhension d'autres initiatives récemment mises en place, comme le programme *LEAD* ou différents programmes australiens, pourrait sans aucun doute mener au développement d'une approche cohérente qui répondrait davantage aux besoins et réalités en place au Québec.

Références

- Allard P., T. Lyons et R. Elliott (2011). *Jugement déficient : Évaluation de l'opportunité des tribunaux de traitement de la toxicomanie, en réponse à l'usage de drogue au Canada*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Anderson, S. (2012). European drug policy: the cases of Portugal, Germany, and The Netherlands. *The Eastern Illinois University Political Science Review*, 1(1), 2.
- Balsa, C., Vital, Clara, Urbano, C. (2017), *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. I relatório final*. Lisboa: SICAD.
- Balsa, C., Vital, Clara, Urbano, C. (2012). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral : Portugal 2012 (Coleção Estudos)*. Lisboa : SICAD.
- Balsa, C., Vital, C., Urbano, C., Pascueiro, L. (2008). *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral : Portugal 2012 (Coleção Estudos)*. Lisboa : SICAD.
- Balsa, C., Farhina, T., Urbano, C., Francisco, A. (2003). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral portuguesa 2001*. Lisboa : IDT.
- Barreau du Québec (2009). *Vers de nouvelles frontières. Rapport annuel 2008-2009*. En ligne : <https://www.barreaudemontreal.qc.ca/sites/default/files/Rapportannuel2008-2009.pdf>.
- Beauchesne, L. (2018). *Les drogues. Enjeux actuels et réflexions nouvelles sur leur régulation*. Montréal : Bayard Canada.
- Beauchesne, L. (2006). *Les drogues : légalisation et promotion de la santé*. Montréal : Bayard Canada.
- Beirness, D. J., Jesseman, R., Notarandrea, R., et Perron, M. (2008). *Réduction des méfaits : un concept qui en dit long*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. En ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa0115312008f.pdf>.
- Cabral, T. S. (2017). The 15th anniversary of the Portuguese drug policy : Its history, its success and its future. *Drug Science, Policy and Law*, 3, 2050324516683640.
- Carapinha, L., Guerreiro, C. (2017). *The intervention of the Commissions dor the Dissuasion of Drug Addiction and changes in behavior from the perspective of the indicted*. En ligne : http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/P2_1_PORTUGAL_SICAD_La_intervencion_d_e_la_Comision_para_la_Disuasion_de_la_Toxicomania.pdf.
- Carapinha, L., Guerreiro, C., Dias, L. (2017). *Efeitos da Intervenção em Dissuasão baseado na Atividade das CDT*.
- Carmant, L. (2018). *Projet de loi n° 2. Loi resserrant l'encadrement du cannabis*. Québec : Assemblée nationale du Québec.
- Chapados, M., Samuel, O. (2017). *Projet de loi C-45 : Loi concernant le cannabis et modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, le Code criminel et d'autres lois*. Québec : Institut national de santé publique.
- Chapados, M., Gagnon, F., Lapointe, G. (2016). *Légalisation du cannabis à des fins non médicales : pour une régulation favorable à la santé publique*. Québec : Institut national de santé publique.

- 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 et Delinquency*, 63(4), 429-445.
- Collins, S. E., Lonczak, H. S., et Clifasefi, S. L. (2017). Seattle's Law Enforcement Assisted Diversion (LEAD) : program effects on recidivism outcomes. *Evaluation and program planning*, 64, 49-56.
- Cour du Québec (2009). *Rapport public 2008-2009*. En ligne : <http://www.tribunaux.qc.ca/c-quebec/CommuniquésDocumentation/RapPublic2009.pdf>.
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., ... et Hart, C. (2016). Public health and international drug policy. *The Lancet*, 387(10026), 1427-1480.
- Davis, S. M., Daily, S., Kristjansson, A. L., Kelley, G. A., Zullig, K., Baus, A., ... et Fisher, M. (2017). Needle exchange programs for the prevention of hepatitis C virus infection in people who inject drugs : a systematic review with meta-analysis. *Harm reduction journal*, 14(1), 25.
- Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M, et collab. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use : findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 2008;5(7):e141.
- Dias, L. N. (2007). *As drogas em Portugal*. Coimbra : Pé de Página.
- Domoslawski, A., et Siemaszko, H. (2011). *Drug policy in Portugal : the benefits of decriminalizing drug use*. Varsovie : Open Society Foundations.
- Eastwood, N., Fox, E., et Rosmarin, A. (2016). A quiet revolution : drug decriminalization across the globe. Londres, Royaume-Uni. En ligne : www.release.org.uk/publications/drugdecriminalisation-2016.
- ECTAD, 2017. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015*. Santé Canada. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>
- EMCDDA (2017), *Portugal, Country Drug Report*. En ligne : http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2017/portugal_en
- EMCDDA (2009), 'Standard protocol version 3.2 for the EU Member States to collect data and report figures for the Key indicator drug-related deaths', EMCDDA project CT.02.P1.05., Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. En ligne : http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/615/DRD_Standard_Protocol_version_3.2_216365.pdf.
- EMCDDA (2004a). *Statistical bulletin – Drug-related deaths. EMCDDA definitions*. En ligne : <http://stats04.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5216EN.html>, page consultée le 4 avril 2019.
- EMCDDA (2004b). *National definitions of « acute drug-related death » in the EU Member States*. En ligne : <http://stats04.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5216EN.html>.
- ESPAD Group (2016), *ESPAD Report 2015 : Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- ESPAD (2015). *Trends 1995-2015*. En ligne : <http://www.espad.org/report/trends-1995-2015>.

- Félix, S., Portugal, P., et Tavares, A. S. (2017). *Going after the Addiction, Not the Addicted : The impact of Drug Decriminalization in Portugal*. En ligne : <http://ftp.iza.org/dp10895.pdf>.
- Félix, S., et Portugal, P. (2017). Drug decriminalization and the price of illicit drugs. *International Journal of Drug Policy*, 39, 121–129.
- Gagnon, F. (2016). *Pistes d'action novatrices en matière de substances psychoactives « illicites »*. Québec : Institut national de santé publique.
- Gonçalves, R., Lourenço, A., et da Silva, S. N. (2015). A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs. *International Journal of Drug Policy*, 26(2), 199-209.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et Kraus, L. (2013). *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Tukholma : The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, 2012. Viitattu 27.9.
- Hughes, C. E. (2006). *Overcoming obstacles to reform? : Making and shaping drug policy in contemporary Portugal and Australia* (these de doctorat, University of Melbourne, Australie. En ligne : <https://minerva-access.unimelb.edu.au/handle/11343/39229>.
- Hughes, C. E., et Stevens, A. (2015). A resounding success or a disastrous failure : re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalization of illicit drugs, dans *New Approaches to Drug Policies* (p. 137-162). Palgrave Macmillan, Londres.
- Hughes, C. E. et A. Stevens (2012). A resounding success or a disastrous failure : Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 31:101-113.
- Hughes, C. E. et Stevens, A. (2010). What Can We Learn from the Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? *British Journal of Criminology*, 50(6): 999-1022.
- Hughes, C., et Stevens, A. (2007). The effects of decriminalization of drug use in Portugal, Briefing Paper Fourteen, The Beckley Foundation, Drug Policy Programme.
- Jesseman, R., et Payer, D. (2018). *Decriminalization : Options and Evidence*. En ligne : <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/CCSA-Decriminalization-Controlled-Substances-Policy-Brief-2018-en.pdf>.
- Huỳnh, C., Rochette, L., Pelletier, É., et Lesage, A. (accepté). *Définir les troubles liés aux substances psychoactives à partir de données administratives*. Santé mentale au Québec.
- Kundrod, K. (2015). *Decriminalization of drugs in Portugal : a controversial experiment for public health*.
- Landel, P., et Zielinska, A. C. (2016). La politique de décriminalisation des drogues au Portugal. *Mouvements*, (2), 151-164.
- Laqueur, H. (2015). Uses and abuses of drug decriminalization in Portugal. *Law & Social Inquiry*, 40(3), 746-781.
- Leite, I. (2018). Drugs and Society : Ambivalences and the Perspectives of the Portuguese Decriminalization Policy. *Global Journal of Human-Science : (H) Interdisciplinary*, 18(8), 41-47.

- MacCoun, R. J. (2010). Estimating the non-price effects of legalization on cannabis consumption. *RAND Corporation. Santa Monica, CA.*
- MacGregor, S. (2017). *The Politics of Drugs, Perceptions, Power and Policies*. Londres, Royaume-Uni : Palgrave Macmillan.
- Martins, V. L. (2013). A política de descriminalização de drogas em Portugal. *Serv. Soc. Soc.*, (114), 332-346. En ligne : <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a07.pdf>.
- Ministère de la Justice du Québec (MJQ) (2012). *Programme de traitement de la toxicomanie pour l'application du paragraphe (2) de l'article 720 du Code criminel*. Québec : ministère de la Justice du Québec. En ligne : https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr_francais_/centre_doc/publications/programmes-services/programme_traitement_toxicomanie.pdf.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2003). *Relazione Annuale al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia 2002*. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Dipartimento per le Politiche Sociali e Previdenziali. Rome 2003.
- Murkin, G. (2016). Will Drug Use Rise? Exploring a Key Concern about Decriminalising or Regulating Drugs. *Transform*. En ligne : <https://www.tdpf.org.uk/sites/default/files/Use-report-2016.pdf>.
- Muscat, R. (2010). *Treatment systems overview*. Council of Europe.
- Negreiros, J. (2002). *Estimativa da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal*, FPCDS/UP, Porto.
- Nougier, M. (2017). The Portuguese Model for Decriminalizing Drug Use. *Gender and Drug Policy*. En ligne : https://www.wola.org/wp-content/uploads/2017/05/DONE-12-Portuguese-decriminalisation_ENGFINAL.pdf.
- Nunes-Dias, L. (s.d.) *As Drogas em Portugal : Fenómeno e os Factos Jurídico-políticos de 1970 a 2004*. En ligne : <https://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/As%20drogas%20em%20Portugal.pdf>.
- Organisation des Nations Unies (ONU) (2019). *What we have learned over the last ten years : A summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters*. En ligne : https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Contributions/UN_Entities/What_w_e_have_learned_over_the_last_ten_years_-_14_March_2019_-_w_signature.pdf.
- Obradovic, I. (2011). *Législations relatives à l'usage et à la détention de cannabis : définitions et état des lieux en Europe*. Saint-Denis : Observatoire français des drogues et des toxicomanies. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiow3.pdf>.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2017). *Rapport européen sur les drogues 2017 : Tendances et évolutions*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg. En ligne : <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001FRN.pdf>.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2016). *Rapport européen sur les drogues 2016 : Tendances et évolutions*. Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg. En ligne : <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001FRN.pdf>.

- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2015). Rapport européen sur les drogues 2015 : Tendances et évolutions. Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg. En ligne : <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/974/TDAT15001FRN.pdf>.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2014). Rapport européen sur les drogues 2014 : Tendances et évolutions. Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg. En ligne : <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/963/TDAT14001FRN.pdf>.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2013). Rapport européen sur les drogues 2013 : Tendances et évolutions. Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg. En ligne : http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/964/TDAT13001FRN_REV.pdf.
- Plourde, C., Brochu, S., Alain, M. Goyette, M. (2014). *Évaluation d'implantation, Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ)*. Rapport exécutif. Version abrégée.
- Reinarman, C., Cohen, P. D. et Kaal, H. L. (2004). The limited relevance of drug policy : cannabis in Amsterdam and in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 94(5), 836–842.
- Ribeiro, C., Carapinha, L., Guerreiro, C., Lavado, E., et Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências : Direção de Serviços de Monitorização e Informação/Divisão de Estatística e Investigação. (2014). Estimativa do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas. Portugal Continental/2012. Lisbonne : SICAD.
- Roque, E. (2011). *La lutte contre la toxicomanie en Europe : le modèle portugais*. En ligne : https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=9692.
- 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 Pol'y L. et Ethics*, 12, 371.
- Santos, A. S., et Duarte, O. (2014). Portugal new developments, trends : 2014 national report (2013 data) to the EMCDDA. Lisbonne, Portugal : Reitox Focal Point. Retrieved from www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/996/2014_NATIONAL_REPORT.pdf.
- Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências (SICAD) (2017). *Relatório Anual 2017. A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. En ligne : http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/145/Relat%C3%B3rioAnual%202017%20ASitua%C3%A7%C3%A3oDoPa%C3%ADsEmMat%C3%A9riaDeDrogasEToxicodepend%C3%Aancias.pdf.
- Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências (SICAD) (2013). *Relatório Anual 2013. A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. En ligne : http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/72/Relat%C3%B3rioAnual_2013_A_Situa%C3%A7%C3%A3o_do_Pa%C3%ADs_em_mat%C3%A9ria_de_drogas_e_toxicodepend%C3%Aancias.pdf.
- Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências (SICAD) (2013). *Relatório Anual 2013. A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. En ligne : http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=18&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/.

- Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências (SICAD) (2007). *Relatório Anual 2007. A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. En ligne : http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=15&lista=SICAD_PUBLICAC_OES&bkUrl=BK/Publicacoes/.
- Silvestri, A. (2015). *Gateways from Crime to Health : The Portuguese Drug Commissions*. En ligne : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.730.9605&rep=rep1&type=pdf>.
- Stevens, A., et Hughes, C. (2016). Decriminalisation and public health : the Portuguese approach to drug policy. *Mouvements* (Paris), 86, 22-33.
- Stevens, A., Hughes, C.E. (2012). A resounding success or a disastrous failure : Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 31(1),101-113.
- Thanki, D., Vicente, J. (2013). *PDU (Problem drug use) revision summary*. OEDT, Lisbonne. En ligne : http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_218205_EN_PDU%20revision.pdf.
- Trigo de Roza, A. (2007). *Presentation : Conference on quasi-coerced treatment and other alternatives to imprisonment*. Bucarest : Conference on quasi-coerced treatment and other alternatives to imprisonment.
- Van Beusekom, I., van het Loo, M., et Kahan, J. P. (2002). *Guidelines for implementing and evaluating the Portuguese drug strategy*. Rand.
- Van Het Loo M, Van Beusekom I, Kahan J. Decriminalization of drug use in Portugal : the development of a policy. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 2002;582:49–63.
- Vicknasingam, B., Narayanan, S., Singh, D., et Chawarski, M. (2018). Decriminalization of drug use. *Current opinion in psychiatry*, 31(4), 300-305.
- United Nations Office on Drugs and Crime (WHO). *World Drug Report 2018*. En ligne : https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_2_GLOBAL.pdf.
- United Nations Office on Drugs and Crime (WHO). *World Drug Report 2016*. En ligne : https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf.
- United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2010*. En ligne : <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html>.
- Vicknasingam, B., Narayanan, S., Singh, D., et Chawarski, M. (2018). Decriminalization of drug use. *Current opinion in psychiatry*, 31(4), 300-305.
- Wiessing, L., Ferri, M., Grady, B., Kantzanou, M., Sperle, I., Cullen, K. J., ... et Hope, V. D. (2014). Hepatitis C virus infection epidemiology among people who inject drugs in Europe : a systematic review of data for scaling up treatment and prevention. *PLoS one*, 9(7), e103345.
- Wood, E., McKinnon, M., Strang, R., et Kendall, P. R. (2012). Improving community health and safety in Canada through evidence-based policies on illegal drugs. *Open Medicine*, 6(1), e35.
- Yablon, D. R. (2011). *The Effect of Drug Decriminalization in Portugal on Homicide and Drug Mortality Rates*. *Mémoire de maîtrise*. Berkeley : Université de Californie.

Annexe 1

Stratégie de recherche documentaire

Les combinaisons de mots-clefs suivants ont été utilisées dans le cadre de la recherche documentaire :

- Mots-clefs pris en compte à la fois dans la synthèse de connaissances de 2016 (Gagnon, 2016) et le présent rapport
 - "Portugal ET
 - *Drug policy* (ou *decriminalization*) ET/OU
 - Politiques drogues ET/OU
 - Décriminalisation (ou décriminalisation) (ou *decriminalization*) ET/OU
 - *Quasi-coerced treatment*"
- Mots-clefs considérés uniquement pour le présent rapport
 - "*Commissions for Dissuasion of Drug Addiction*"[tiab]
 - (commission*) [tiab] AND (dissuasion) [tiab]
 - "*drug commission*"[tiab]
 - TI (commission* N1 dissuasion) OR AB(commission* N1 dissuasion)
 - TI ("*drug commission*") OR AB ("*drug commission*")
 - *Portugal (decriminalisation OR dissuasion) filetype:pdf*
 - *Portugal (decriminalisation OR dissuasion) evaluation filetype:pdf*

Les recherches ont été effectuées sur l'interface EBSCO (CINAHL, *Health Policy Reference Center*, MEDLINE, *Political Science Complete*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, PsycINFO, *Public Affairs Index*, SocINDEX) ainsi que sur PubMed et Google.

Annexe 2

Précisions et définitions concernant les indicateurs présentés

Consommation à haut risque

Comme le mentionne l'OEDT, la consommation à haut risque fait référence soit à la consommation par injection ou à une consommation quotidienne ou quasi quotidienne d'une substance psychoactive au cours des 12 derniers mois (Thanki et Vicente, 2013).

Usage problématique de SPA/consommation problématique

La « consommation problématique de SPA » est définie comme étant « l'usage de drogues par voie intraveineuse ou l'usage de longue durée ou régulier d'opioïdes, de cocaïne et/ou d'amphétamines ». Cette définition exclut les personnes consommant de l'ecstasy et du cannabis ou celles qui ne consomment jamais — ou uniquement ponctuellement — des opioïdes, de la cocaïne ou des amphétamines (EMCDDA, 2001).

Décès liés à l'usage de drogues

Comme utilisé par l'OEDT, les décès liés aux drogues désignent les décès survenus peu de temps après la consommation d'une ou de plusieurs SPA et pouvant souvent inclure la présence d'autres substances dont l'alcool ou des médicaments. Cette définition inclut les surdoses et les empoisonnements et exclut les surdoses et empoisonnements involontaires²⁷ (EMCDDA, 2009).

VIH chez les personnes UDI

Comme défini par l'OEDT, les personnes UDI font référence aux consommateurs qui, au moins une fois au cours de leur vie, se sont injectés des SPA pour une raison autre que médicale.

Taux de prévalence de l'usage récent ou au cours de la dernière année

Ce terme fait référence à l'usage de drogues au cours des 12 derniers mois précédents le moment où ont été collectées les données. La prévalence de l'usage récent ou au cours de la dernière année est considérée comme le meilleur indicateur du niveau actuel de la consommation de drogues et devrait être utilisée pour identifier les tendances émergentes (EMCDDA, 2002).

Taux de prévalence de l'usage à vie

Ce terme décrit la proportion de personnes ayant fait usage de SPA à au moins une reprise au cours de leur vie. Cet indicateur est souvent considéré comme étant peu pertinent pour dresser un portrait réel de la consommation actuelle. Cependant, il s'agit parfois de celui utilisé pour référer à la consommation de drogues chez les jeunes.

Autres substances illicites

Cet indicateur réfère « à toutes les autres drogues illicites autres que le cannabis et inclut l'ecstasy, les amphétamines, le LSD et les autres hallucinogènes, le crack, la cocaïne et l'héroïne » (ESPAD, 2011; 2016). Il est utilisé pour faire état de la consommation chez les jeunes d'âge scolaire (enquêtes EPSAD).

²⁷ Des précisions concernant les codes de la Classification internationale des maladies (CIM-9 et CIM-10) considérés pour une telle définition peuvent être obtenues en consultant le protocole de l'OEDT sur les décès (EMCDDA, 2009).

Prix moyens des substances

Les prix moyens des substances font référence aux « prix de la rue ». Il s'agit des prix en euros constants (valeur réelle, tient compte de l'inflation et autres sources de variation des prix). L'OEDT précise cependant que peu de précisions peuvent être rendues accessibles concernant la manière dont ceux-ci sont obtenus spécifiquement dans le cas du Portugal. Ces prix peuvent être estimés par des renseignements obtenus par des sources policières, par des échanges avec des personnes UD, par l'entremise de monitoring ou de données collectées par l'entremise de projets de recherche (voir : <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/ppp>).

Annexe 3

Options stratégiques contenues dans la Stratégie nationale de lutte contre les drogues

Coopération internationale.

Décriminalisation de toutes les drogues illicites à des fins de consommation personnelle.

Accent sur la prévention.

Amélioration de l'accès et de la qualité du traitement pour les personnes dépendantes.

Accroissement des mesures de réduction des méfaits.

Programmes de réinsertion sociale et professionnelle.

Offre de mesures de réduction des méfaits en milieu carcéral.

Traitement en tant qu'alternative à l'emprisonnement.

Accroissement de la recherche sur les drogues et dépendances.

Élaboration d'outils d'évaluation de la Stratégie.

Surveillance simplifiée.

Renforcement de la lutte contre le trafic de drogues.

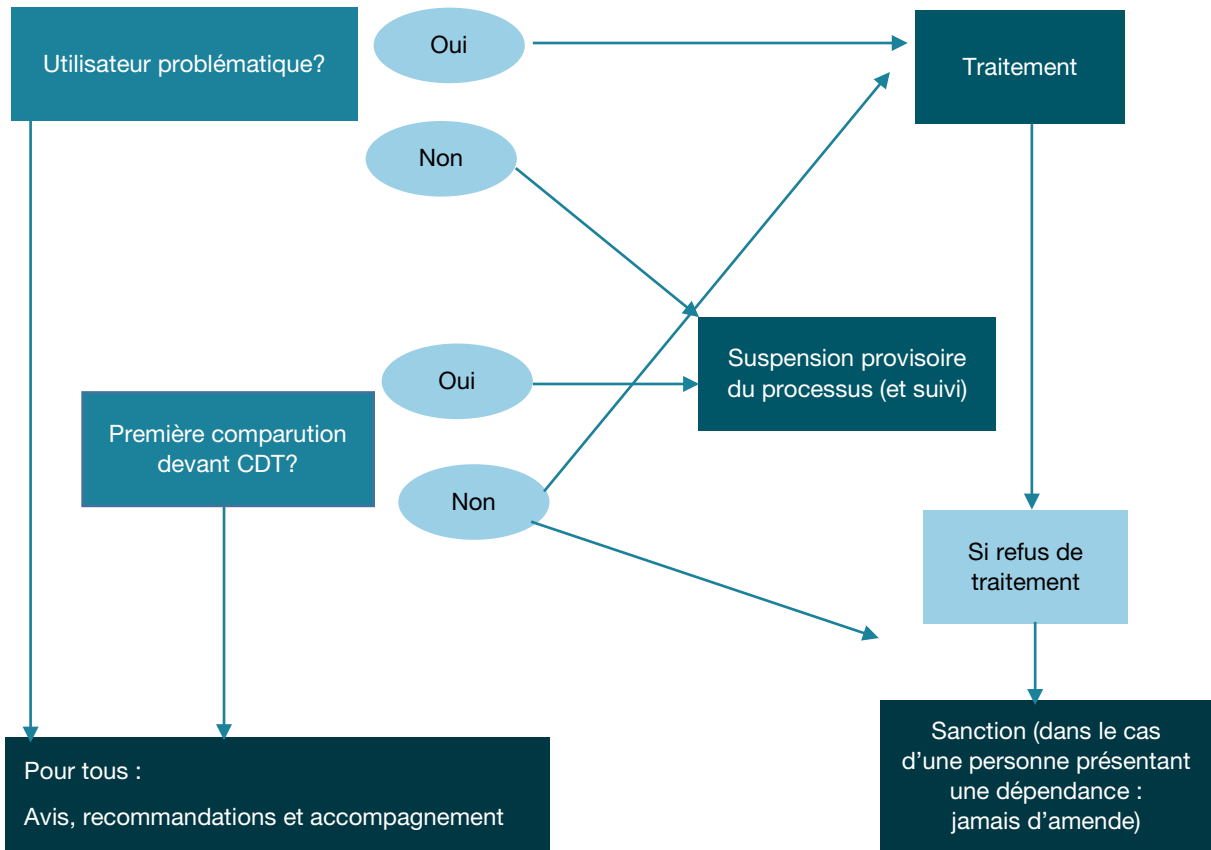
Développer des formations pour les intervenants.

Accroître la recherche et l'évaluation des services (Roque, 2011).

Annexe 4

Processus de prise de décision des Commissions de dissuasion de la toxicomanie

Figure 10 **Processus de prise de décision des Commissions de dissuasion de la toxicomanie**



Source : Silvestri (2016) (traduction libre).

Annexe 5

Synthèse des principaux résultats

Le tableau qui suit synthétise l'évolution des principaux indicateurs présentés dans le présent rapport (par ordre d'apparition dans le texte). Les flèches indiquent si, pour les périodes considérées, une hausse (↑), une diminution (↓) ou une stabilité (=) a été observée. La présence de deux flèches indique une hausse ou une diminution particulièrement marquée.

Il importe de rappeler que, particulièrement lorsque seules les données récentes sont présentées, il est difficile de prétendre que les changements soient liés à la création des CDT.

Tableau 8 Synthèse de l'évolution des différents indicateurs permettant de mesurer les effets de la création des CDT

Données contextuelles – indicateurs visant la mesure de l'expansion des ressources et des services destinés aux personnes UD	
Nombre de communautés thérapeutiques (2001-2017)	↓
Nombre de centres de désintoxication (2001-2017)	↓
Nombre de centres de traitement (ambulatoire) (2001-2017)	=
Données contextuelles – indicateurs liés au système de justice criminelle et marché des drogues	
Infractions, possessions/usage à des fins personnelles (2009-2017)	↑
Infractions présumées, trafic (2009-2017)	↓
Nombre total d'infractions liées aux drogues	↑
Incarcérations liées aux drogues	↓
Prix des substances	↓*
Indicateurs liés à l'usage de SPA	
Prévalence de l'usage des 12 derniers mois, <u>toutes</u> les substances, SAUF cannabis, population générale (15-64 ans) (2001-2017)	↓
Prévalence de l'usage des 12 derniers mois, cannabis, population générale (15-64 ans) (2001-2017)	↑
Prévalence de l'usage des 12 derniers mois, cannabis et cocaïne, 15-24 ans (2001-2017)	↓
Prévalence de l'usage des 12 derniers mois, ecstasy et amphétamines, 15-24 ans (2001-2017)	↑
Prévalence de l'usage à vie, cannabis, 15-16 ans (1995-2017)	↑
Prévalence de l'usage à vie, substances autres que cannabis, 15-16 ans (1995-2017)	↑
Indicateurs liés à la consommation problématique/à risque, 12 derniers mois, 15-64 ans	
Prévalence consommation problématique, toutes substances confondues (2001-2012)	=**
Prévalence usage de drogues par injection (2001-2015)	↓**
Prévalence consommation haut risque, cocaïne (2012-2015)	↑**
Prévalence consommation haut risque, opioïdes (2012-2015)	=
Prévalence consommation haut risque, cannabis (2012-2015)	=**
Indicateurs liés à la santé des personnes UD/UDI	
Prévalence VIH (2004-2017)	↓
Taux de mortalité liés aux drogues	↑ (2004-2009)*** ↑ (2010-2017)***

* Exception faite du haschisch, dont le prix est à la hausse.

** Ces constats sont à considérer avec prudence puisque l'absence de certains intervalles de confiance ne permet pas de déterminer si les changements observés sont statistiquement significatifs.

*** Constats à interpréter avec prudence. Des changements méthodologiques dans la manière de compiler les décès font en sorte que ce taux est à interpréter avec prudence et qu'il s'avère impossible de comparer les données autrement qu'en les catégorisant en fonction des années 2004 à 2009 et 2010 à 2017.

www.inspq.qc.ca