

---

# Prévention de la délinquance et réduction des risques et dommages sociaux au Canada

Poser la question de l'articulation des stratégies de prévention de la délinquance et de la réduction des dommages sociaux liés aux usages de drogues au Canada, c'est soulever une série d'enjeux infiniment complexes, à commencer par la définition de chacun des termes de la question. Quelle prévention ? Pour quelles formes de délinquance ? Quelle définition de la réduction des risques ? Ou des dommages sociaux ?

S'agissant du Canada, la question est d'autant plus complexe, comme on le verra, que les responsabilités sont réparties entre les trois ordres de gouvernement, local, provincial et fédéral, répartition qui, on s'en doute, ne se fait pas sans chevauchements ni parfois aussi contradictions.

Parler de l'articulation entre ces domaines de politique publique, c'est aussi prendre le risque de chercher une cohérence entre ces domaines, voire au sein même de chacun d'eux, cohérence qui demeure souvent un objectif davantage qu'une réalité.

Afin de mettre en contexte la discussion sur leur possible articulation, il conviendra d'abord de décrire quelques développements récents des cadres de politique et d'intervention en matière de délinquance et de drogues au Canada, précisant au passage les compétences des paliers de gouvernement et brossant un tableau des évolutions des phénomènes. La seconde partie examinera certains lieux de convergence.

## Répartition des pouvoirs et responsabilités

Les acteurs du domaine des drogues et tout particulièrement de la réduction des risques auront certainement entendu parler du site d'injection supervisé *Insite* à Vancouver. Ouvert en 1983, ce programme accueille des consommateurs de drogues injectables qui, pour la vaste majorité, ont déjà une longue trajectoire d'utilisation d'héroïne, ont souvent un passé criminalisé ou de maladie mentale ou les deux, et ont résisté à d'autres formes de traitement. Ce programme est issu de la conjonction de divers facteurs :

- la concentration depuis au moins une vingtaine d'années de sans-abris injecteurs de drogue et de prostituées de rue, dans un quartier central de la

ville de Vancouver, le *Downtown EastSide* ; le nombre élevé de morts par overdose en Colombie-Britannique, et tout particulièrement à Vancouver même, qui dépassait la centaine par année à la fin des années 1990 et qui avait mené à un rapport cinglant du médecin chef de santé publique de la province en 2001 ;

- l'élaboration en 2001, par la ville de Vancouver, d'une politique dite « des quatre piliers » constituée de l'application de la loi, la réduction des risques, la prévention et le traitement.

Partiellement financé à titre de projet pilote par Santé Canada (en collaboration avec la ville et le ministère de la Santé de la province de la Colombie-Britannique), *Insite* est loin d'avoir fait l'unanimité dès le départ. Certaines autorités policières dont la Gendarmerie royale du Canada notamment (la police fédérale), des intervenants du domaine médical et de la prévention des addictions, voire certains acteurs même au sein du ministère fédéral de la Santé, s'y opposaient soit pour des raisons idéologiques soit par crainte de voir une augmentation des usages et trafics de drogue dans un quartier déjà vulnérabilisé.

Or, le statut du financement de *Insite* fait présentement l'objet d'un litige judiciaire entre le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral, ce qui est tout à fait révélateur de la complexité de la répartition des pouvoirs au Canada et des difficultés qui balisent le champ des drogues.

Selon la constitution canadienne, les domaines de la santé, de l'éducation, de l'administration de la justice notamment, sont de responsabilité provinciale, tandis que le transport, les communications, les affaires étrangères ou la défense sont de responsabilité fédérale. La simplicité apparente de cette répartition s'arrête là. Ainsi, en matière de justice pénale, l'adoption des lois criminelles dans le Code criminel est de responsabilité fédérale, et le gouvernement fédéral est responsable de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), des pénitenciers fédéraux (pour l'incarcération des contrevenants condamnés à des sentences d'emprisonnement de deux ans et plus), des libérations conditionnelles des détenus sous responsabilité fédérale, et plus généralement des politiques de remise en liberté, en plus d'avoir la responsabilité de nommer les juges de la Cour suprême du Canada et des tribunaux d'appel dans les provinces. Les provinces ont la responsabilité de l'administration de la justice incluant les tribunaux, des prisons provinciales (pour les contrevenants qui ont des sentences de deux ans moins un jour), des politiques et organes de remise en liberté de ces contrevenants, et de la police provinciale (qui, dans certains cas est exercée par le GRC). Quant aux villes, qui sont, au Canada, des créations des provinces, elles ont la responsabilité de la police municipale (qui a tous les pouvoirs de police autant que la GRC ou les polices provinciales)... et d'accueillir sur leur territoire les détenus remis en liberté, y compris en prévoyant l'installation de maisons de transition et autres centres d'hébergement sans qu'elles n'aient grand-chose à y dire. On voit un peu le casse-tête.

En matière de santé, les choses sont un peu plus claires : les provinces ont toute responsabilité pour l'établissement et la gestion de l'ensemble des soins de santé. Ou presque. Premièrement, une exception : les populations autochtones (environ 2 % de la population canadienne) qui relèvent du gouvernement fédéral. Deuxièmement, la Loi sur la Santé au Canada qui a créé le régime universel de soins de santé au pays prévoit notamment des standards minima à travers le pays et un co-financement du régime entre le fédéral (dont la portion a diminué depuis les quinze dernières années à hauteur d'environ 20 % présentement), ce qui donne déjà un rôle régulateur important au fédéral. Troisièmement, en matière de santé publique, les trois paliers de gouvernement ont un mot à dire, mais pas de façon égale : certaines villes ont des établissements de santé publique (c'est le cas à Vancouver) mais pas toutes, les provinces ont toutes des organismes de santé publique, et le fédéral a aussi le sien propre.

S'agissant des politiques en matière de drogues, surtout lorsqu'il est question de drogues illicites, en raison des obligations internationales qui viennent se superposer aux lois et politiques nationales, on imagine les complexités et ambiguïtés qui résultent de cette répartition des pouvoirs. Le Code criminel canadien interdit la production, la détention, le trafic, et l'importation de stupéfiants. La politique nationale anti-drogue, qui sera décrite plus loin, est aussi de juridiction fédérale. En revanche, les politiques de santé publique, notamment pour la réduction des maladies infectieuses, sont principalement de portée et d'application provinciale.

Pour ce qui concerne des approches novatrices comme *Insite*, il doit donc obligatoirement y avoir dérogation aux dispositions du Code criminel, voire à certains traités dont le Canada est signataire, dans la mesure où l'organisme local doit pouvoir permettre l'utilisation sur place de doses d'héroïne, de même que leur stockage sous contrôle médical. Cette décision de surseoir aux obligations juridiques est du ressort du gouvernement fédéral. En revanche, la gestion de la santé publique et de ses conséquences, y compris financières, sur les hôpitaux, est du ressort de la province. Et la ville, qui a peu de pouvoirs, doit néanmoins faire face aux conséquences de la présence, dans les lieux publics, de toxicomanes voire de scènes ouvertes de drogues, et est confrontée aux plaintes des citoyens qui sont eux-mêmes aux prises chaque jour avec les manifestations les plus dérangeantes de ces phénomènes.

Dès le départ, l'articulation des politiques et stratégies entre les paliers de gouvernement n'est donc pas chose facile. Ainsi, dans le cas d'*Insite*, atypique puisqu'unique au Canada, mais non moins révélateur de cette complexité, les uns soutiennent que le gouvernement fédéral peut, de son propre chef, couper les vivres à l'organisme et le faire fermer, tandis que les autres affirment que la santé étant de ressort provincial, la province peut décider si ce genre d'organisme doit ou non faire partie de la gamme des services de santé offerts.

On trouve une complexité semblable sur d'autres aspects connexes. Ainsi par exemple, à l'instar des États-Unis et de nombreux autres pays anglo-saxons, le

Canada met à l'essai, depuis bientôt six ans, les tribunaux de traitement de la toxicomanie. Ce programme pilote existe dans 6 villes canadiennes, sous l'égide du ministère fédéral de la Justice. Pourtant, comme il a été souligné plus haut, l'administration de la justice est du ressort des provinces. Que se passera-t-il si le gouvernement fédéral retirait les vivres à ces tribunaux de traitement dont certaines évaluations donnent à penser qu'ils sont efficaces pour réduire la récidive et contribuer à des sorties d'addiction ? Les provinces, qui ne sont pas à l'origine de la décision de piloter ces tribunaux de traitement, devront-elles assumer les coûts de leur pérennisation si leur efficacité est démontrée ?

S'agissant des programmes de traitement des addictions, il n'y a pas pour l'instant de standards minima au Canada, et chaque province peut définir l'offre et le contenu des programmes de traitement. Or, non seulement l'offre de traitement est très faible par rapport à la demande – certains l'évaluant à moins de 10 % de couverture – mais elle est de qualité extrêmement variable d'une juridiction à l'autre.

## Évolutions récentes de la criminalité

Comme partout ailleurs, la mesure des phénomènes de drogues et de délinquance présente une série de défis qui n'ont d'ailleurs pas été résolus au Canada mieux qu'ailleurs, moins bien peut-être lorsqu'il est question des drogues, mieux en matière de délinquance.

La mesure de la délinquance révélée au Canada est globalement plutôt fiable et plutôt bien traitée par Statistiques Canada. Procédant des délits signalés à la police (ou par la police elle-même lorsqu'il s'agit de délits dits « sans victimes » comme c'est le cas en matière de drogues illicites), la base statistique est uniformisée à travers le pays et sujette à une série de paliers de contrôles pour assurer la validité et la fiabilité des données. Évidemment, les données ne seront jamais meilleures que ce que les policiers, dans l'exercice de leurs fonctions quotidiennes, enregistreront et de la manière dont ils procéderont à l'enregistrement. Les données sont annualisées et rapportées par le Centre canadien de la statistique juridique.

À la différence d'autres pays, dont l'Angleterre et les États-Unis, le Canada ne procède pas à une enquête annuelle de victimisation. Plutôt, il collecte des données sur la victimisation à la fréquence d'environ tous les cinq ans à travers l'Enquête sociale générale. La dernière remonte à 2006.

Les données les plus récentes indiquent que la criminalité toutes formes confondues a diminué de quelque 35 % au Canada dans son ensemble depuis 1991, et la victimisation de 20 %. Entre 1998 et 2008, la diminution tous délits confondus est de l'ordre de 17 %.

Plus significatif encore, l'indice de gravité des délits, mesuré par Statistiques Canada à partir d'un panier de délits pondérés notamment en fonction de la sévérité des sentences qui leur ont été accordées par les tribunaux, montre aussi une diminution importante de quelque 20 % sur la même période de 10 ans (tableau I).

**Tableau I : Évolution des indices de gravité des délits de 1998 à 2007**

Année	Total des délits				Violence			
	Indice de gravité	Variation (%)	Taux de criminalité	Variation (%)	Indice de gravité	Variation (%)	Taux de criminalité	Variation (%)
1998	118,8		8,092		97,8		1,345	
1999	111,2	-6	7,694	-5	99,4	2	1,440	7
2000	106,7	-4	7,607	-1	97,8	-2	1,494	4
2001	105,3	-1	7,586	0	97,2	-1	1,473	-1
2002	104,1	-1	7,508	-1	96,2	-1	1,440	-2
2003	106,8	3	7,761	3	97,6	1	1,433	0
2004	104,1	-3	7,587	-2	96,0	-2	1,402	-2
2005	101,3	-3	7,310	-4	98,5	3	1,386	-1
2006	100,0	-1	7,228	-1	100,0	2	1,383	0
2007	95,2	-5	6,899	-5	97,7	-2	1,352	-2

Toutefois, ces diminutions globales cachent des variations importantes. La diminution est nettement plus marquée pour ce qui a trait aux délits contre la propriété (-40 % sur la décennie) que pour ce qui concerne les délits contre la personne (-1 % sur la même période). En revanche, pour ce qui concerne les délits relatifs aux drogues, ils sont en augmentation très nette, notamment chez les mineurs de moins de 18 ans, dont les taux ont doublé au cours de la décennie 1998-2008.

Les diminutions globales ne s'expriment pas non plus de la même manière selon les régions du pays. Les provinces de l'Ouest (Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique) et les trois territoires du Nord (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut), bien que moins peuplés et moins densément, ont des taux de criminalité généralement beaucoup plus élevés que dans les autres provinces, notamment l'Ontario et le Québec plus peuplés : on recense quelques 14 000 délits pour 100 000 habitants en Saskatchewan, à peine plus de 5 000 au Québec. À bassins de population semblables, Winnipeg a un taux de 8 000, Québec de 4 000.

On observe aussi des variations importantes selon les populations. Les jeunes âgés de plus de 12 ans (l'âge minimal de la responsabilité pénale au Canada est fixé à 12 ans) et de moins de 18 ans, qui sont traités en vertu du système de justice des mineurs, comptent pour une proportion plus importante qu'auparavant des contrevenants signalés ce qui s'expliquera notamment par la chute

moins importante de délits pour cette classe d'âge sur la décennie 1998-2008 : -4 %. De surcroît, au cours de cette période, les délits de violence ont augmenté de quelque 12 % chez les jeunes. De même, les autochtones ont des taux de violence nettement plus élevés que les populations non autochtones, ce qui expliquera aussi pour partie le niveau de criminalité plus élevé dans les provinces de l'Ouest où les autochtones sont plus nombreux.

## Évolutions récentes des phénomènes de drogues

L'appareillage de mesure des consommations et usages de drogues au Canada n'est globalement pas aussi sophistiqué que ce que l'on peut trouver aux États-Unis, en Angleterre ou en France. Les enquêtes en population générale sont peu fréquentes, suivant un cycle à peu près quinquennal : 1989, 1994, 1999, 2004 et 2008, la toute première ayant été menée par la Commission d'enquête LeDain en 1970. L'usage du cannabis est en hausse entre 1999 et 2004 mais en baisse entre 2004 et 2008 (14,1% *versus* 11,4%), tandis que l'usage de l'héroïne est en baisse et que celui des autres drogues est en dents de scie.

Les enquêtes en population étudiante sont aussi menées à intervalles irréguliers et ne sont pas réalisées dans toutes les provinces. La meilleure, comparable en qualité et en régularité à l'enquête américaine *Monitoring the Future*, est réalisée en Ontario auprès de quelque 4 000 étudiants âgés entre 12 et 16 ans dans les écoles secondaires. Les données montrent des baisses importantes de l'usage de toutes les drogues, tabac et alcool inclus, surtout par rapport aux pics de 1979 et 1999. En 2007, 26 % des étudiants ont utilisé du cannabis au cours de la dernière année, 14 % plus de 6 fois. Les auteurs de l'enquête estiment que quelque 10 % des usagers manifesteraient des signes de dépendance.

La production de certaines drogues illicites, notamment le cannabis, l'ecstasy et les métamphétamines serait en nette augmentation au Canada au cours de la dernière décennie. D'ailleurs, le Canada est un exportateur net de chacune de ces trois substances. Le nombre et la quantité des saisies par les corps policiers et les douaniers n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières années. Conséquence ou non d'une action policière renforcée et de la disponibilité, les phénomènes de guerre de gangs, notamment sur la côte ouest et dans certaines villes des Prairies, ont pris une ampleur qui inquiète la population et les gouvernements.

## Évolutions récentes des politiques publiques

Deux principales politiques publiques balisent le champ de la délinquance et des drogues au niveau du gouvernement fédéral : la Stratégie nationale sur la

prévention du crime (SNPC) et la Stratégie nationale anti-drogues (SNAD). De manière et avec une portée différente, chacune entend se décliner au niveau des provinces et au niveau local. On verra cependant que ce n'est rien d'immédiat ni de simple.

### **Stratégie de prévention du crime**

La Stratégie nationale sur la prévention du crime prend ses racines dans le rapport d'un comité parlementaire (dit rapport Horner) déposé en 1993 qui recommandait au gouvernement fédéral de créer un centre de responsabilité chargé de la mise en œuvre de programmes de prévention du crime, et qui serait doté à terme d'un budget équivalent à 5 % des dépenses de justice pénale (police, tribunaux et pénitenciers). Le gouvernement donnait suite au rapport en créant le Conseil national de prévention du crime qui, de 1994 à 1996, a consulté les experts et intervenants, recensé la littérature scientifique et mené ses propres études, pour proposer au gouvernement l'adoption d'une politique de prévention fondée sur le développement social. En 1998, le gouvernement créait, au sein du ministère de la Justice, le Centre national de prévention du crime (CNPC), chargé d'appliquer cette politique de prévention par le développement social. D'abord doté d'un fonds annuel de 3,5 M \$ pour soutenir des projets de prévention dans les collectivités locales, le CNPC a vu son budget augmenter exponentiellement à 35 M \$ dès 2001, puis à 63 M \$ en 2004.

De même que tous les programmes gouvernementaux qui ne sont pas issus d'une loi votée par le Parlement doivent être revus tous les cinq ans pour en déterminer la pertinence et les orientations, la SNPC a été réexaminée en 2008 et reconduite avec des orientations plus pointues. Elle ne repose plus sur une approche de prévention universelle par le développement social mais plutôt sur une prévention secondaire sélective et indiquée auprès des personnes qui présentent des facteurs de risque. Plusieurs études établissent en effet que l'accumulation de certains facteurs de risque prédispose certaines personnes à s'inscrire dans une trajectoire de délinquance au long cours. Ainsi par exemple, les enfants qui présentent des manifestations d'agressivité précoce (vers les 4-5 ans), des difficultés d'apprentissage avec troubles de comportement (hyperactivité) en milieu scolaire, l'usage prématuré (avant l'âge moyen d'initiation) de substances psychoactives (tabac, alcool et drogues illicites), des contacts en bas âge avec la police (dès les 7-9 ans), et qui de surcroît proviennent d'un milieu familial dysfonctionnel (discipline incohérente ou excessive, violence intrafamiliale) et fréquentent des pairs délinquants, sont significativement plus à risque de commettre des délits, d'être arrêtés par la police et condamnés et, si rien n'est fait en amont, de développer une trajectoire de délinquance prolongée.

En ce sens, les priorités de la SNPC sont d'intervenir auprès des enfants (6-11 ans), des jeunes (12-17 ans), des jeunes adultes (18-24 ans), qui présentent ces facteurs de risque en soutenant la mise en œuvre de projets

d'interventions de nature psychosociale dans les collectivités locales. La SNPC a aussi pour priorité de cibler certains types de délits jugés prioritaires, notamment la violence des gangs de rue ainsi que les délits reliés aux drogues illicites. Cette dernière priorité provient en droite ligne de la Stratégie nationale anti-drogues.

### **Stratégie nationale anti-drogues (SNAD)**

La première stratégie canadienne sur les drogues remonte à 1987. Elle portait alors sur l'alcool aussi bien que sur les drogues illicites et reposait sur quatre piliers : réduction des risques, prévention, intervention et traitement. Elle était gouvernée par le ministère de la Santé fédéral.

En 2007, le gouvernement fédéral a adopté un nouveau cadre de politique publique en matière de drogues illicites, qui est gouverné par le ministère de la Justice. Les politiques sur l'alcool et le tabac continuent d'être gouvernées par le ministère de la Santé. La Stratégie nationale anti-drogues a pour objectifs la réduction de la demande de drogues illicites, la réduction des effets par la prévention et le traitement, et la réduction de l'offre. Le budget total de la SNAD sur cinq ans est de 576 M \$. À ce montant, il faudrait encore ajouter les budgets de police et de douane pour les activités de réduction de l'offre, budgets qui sont éminemment difficiles à préciser dans la mesure où la part des drogues dans l'ensemble de l'activité de police demeure inconnue.

Les trois principaux acteurs des volets prévention et traitement de la SNAD sont les ministères de la Justice, de la Santé et de la Sécurité publique.

Le ministère de la Justice du Canada administre le Fonds du système de justice pour les jeunes, un programme qui vise à ce que les citoyens et la collectivité contribuent davantage à accroître l'efficacité et le caractère équitable du système de justice pour les jeunes. La composante anti-drogue du Fonds sert à financer le traitement et la réadaptation des jeunes toxicomanes qui ont des démêlés avec la justice. Des ressources sont disponibles pour favoriser la création de liens entre le système de justice et les programmes et services communautaires qui aident les jeunes à faire des choix judicieux et à résister à la consommation de drogues. Les priorités du Fonds sont l'essai de programmes de traitement de la toxicomanie pour les jeunes qui ont des démêlés avec la justice, les promouvoir et les évaluer, ainsi que la transmission aux provinces et aux territoires, ainsi qu'aux intervenants intéressés, des connaissances sur les programmes et les pratiques prometteuses.

Justice Canada administre également le Programme de traitement des tribunaux de la toxicomanie (près de 4 M \$ annuellement) qui a pour objectif de rompre le cycle de la consommation des drogues et de la récidive criminelle. Dans le cadre de ce programme pilote, six tribunaux sont présentement à l'essai dans diverses villes canadiennes, et font l'objet d'une évaluation. En vertu de ces tribunaux de la toxicomanie, les contrevenants multirécidivistes,



qui ont une histoire connue d'addiction et qui sont condamnés pour une nouvelle infraction, ont la possibilité de suivre un traitement intensif et multidimensionnel supervisé par le tribunal sur une durée d'un an. Des données préliminaires indiquent un taux de succès relativement élevé par rapport à d'autres formes d'intervention.

Santé Canada, par l'entremise du Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie anti-drogue (FICSA), lutte contre la consommation de drogues illicites chez les jeunes en exécutant des projets de prévention et de promotion de la santé sur lesquels il est essentiel de mobiliser les jeunes de manière significative. Ce fonds est à hauteur de 12 M \$ annuellement sur cinq ans. Les résultats doivent être mesurables en matière de prévention et de réduction de la consommation de drogues illicites chez les jeunes. Les collectivités sont invitées à présenter des demandes de financement pour des projets de prévention de la consommation de drogues illicites chez les jeunes de 10 à 24 ans selon deux grandes orientations : la prévention universelle, ou la prévention sélective ou ciblée.

La première orientation consiste à cibler la population générale des jeunes en mettant l'accent sur les drogues illicites les plus susceptibles d'être essayées par ce groupe et examiner les contextes ou les situations qui incitent les jeunes à les essayer. Ce premier volet est une prévention universelle et vise la prévention de la consommation de drogues illicites par la population en général (par exemple parents de jeunes, étudiants, jeunes conducteurs). La prévention universelle ne fait pas de distinction entre les niveaux de risques dans les populations ciblées.

La deuxième orientation consiste à cibler certains groupes de jeunes les plus susceptibles de commencer à consommer des drogues illicites en veillant à décourager l'initiation à la toxicomanie ou à prévenir la progression vers une utilisation plus fréquente ou régulière chez les jeunes. Ce deuxième volet est une prévention sélective ou ciblée et vise des sous-groupes de jeunes personnes qui présentent des facteurs de risque connus associés à la consommation de drogues illicites (par exemple un parent toxicomane, des amis consommateurs, une famille dysfonctionnelle, le milieu, comme le fait de vivre dans un quartier où les drogues illicites sont facilement accessibles). Les groupes ciblés sont les suivants : jeunes de la rue ou jeunes à risque de le devenir ; jeunes pris en charge par des organismes de protection de la jeunesse, par exemple ; lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et bispirituels<sup>114</sup>; jeunes autochtones (hors réserve).

114. « Le terme « bispirituel », ... est issu d'interprétations de termes de langues autochtones utilisés pour décrire les gens qui présentaient des caractéristique mâles et femelles. Le concept de bispiritualité est lié à la description actuelle des personnes gays, lesbiennes, bisexuelles et transgenderistes d'origine autochtone. » Source : site web du ministère de la santé du Canada [www.sc-hc.gc.ca](http://www.sc-hc.gc.ca).

Santé Canada administre aussi le Programme de financement sur le traitement de la toxicomanie (PFTT). Ce programme de 30 M \$ par année est un nouveau programme de contributions fédérales destiné à fournir un soutien financier aux provinces, aux territoires et aux intervenants clés en vertu de deux volets distincts mais complémentaires qui vise l'amélioration des systèmes de traitement<sup>115</sup> et le soutien des services de traitement de la toxicomanie. Le PFTT a pour but d'offrir un incitatif aux provinces, aux territoires et aux intervenants clés pour la réalisation de projets qui serviront de points de départ à la mise en œuvre des changements systémiques menant à une amélioration durable sur le plan de la qualité et de l'organisation des systèmes de traitement de la toxicomanie. Le PFTT a également pour but d'augmenter la disponibilité des services de traitement afin de répondre aux besoins essentiels en matière de traitement de la toxicomanie chez les jeunes à risque des régions où les besoins sont importants.

De son côté, le Centre national de prévention du crime a engagé près de 20 M \$ de ses fonds propres pour soutenir des projets d'intervention auprès de groupes à risque de la population.

## Convergences et zones d'ombre

La Stratégie nationale anti-drogues, en réunissant autour d'une même table et d'un cadre commun, contribue à une meilleure articulation des politiques et des programmes fédéraux. Pour le cas de figure qui nous occupe plus spécifiquement, soient les rapports entre la prévention de la délinquance liée à l'usage des drogues et la réduction des risques, les recouvrements se déclinent sous deux volets.

Le premier volet est constitué par les fonds de soutien à des initiatives locales engagées par le CNPC au titre de la prévention des délits liés aux usages de drogues. Ces fonds portent en particulier sur les groupes prioritaires suivants :

- enfants de 7 à 12 ans, qui ont déjà commencé à consommer des substances illicites et à afficher un comportement antisocial. Des interventions individualisées et intégrées seront élaborées avec les écoles et nécessiteront la participation des familles afin de prévenir les risques de consommation abusive plus tard et de réduire le comportement antisocial qui y est associé ;
- adolescents de 13 à 17 ans, qui sont polyconsommateurs (alcool et autres drogues) et qui présentent un risque de comportement délinquant. Le CNPC s'associera avec les écoles, la GRC et les services de police locaux ainsi qu'avec les services sociaux pour identifier les jeunes à risque et les référer aux

---

115. Voir le site Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/dtft-pftt/treat-system-trait-fra.php>.

services appropriés, concevoir et mettre en pratique des interventions individualisées et intégrées visant à réduire leur propension à commettre un délit et à consommer ;

- ex-délinquants, jeunes et adultes toxicomanes, qui ne sont plus sous la responsabilité des services correctionnels. Le CNPC travaillera avec des partenaires pour concevoir et mettre en pratique des interventions visant à prévenir les risques de récidive et à aider ces individus à risque grâce à des mesures de réinsertion sociale ;
- autochtones toxicomanes qui affichent un comportement problématique : le CNPC invitera les collectivités autochtones à concevoir et à mettre en pratique des interventions adaptées aux particularités culturelles et aux besoins particuliers des autochtones (tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves), qui ont de sérieux problèmes de consommation et de comportements antisociaux.

Le choix de ces cibles prioritaires d'action repose sur les connaissances des facteurs de risque de délinquance. Or, la relation entre drogues et criminalité est complexe : malgré le volume imposant des études empiriques réalisées, la nature, la direction et les spécificités (aux produits, aux modes et contextes d'usage, aux individus...) de cette relation demeurent encore incertaines. Cependant, il est connu que certaines formes d'usages, notamment les usages précoces et dérégulés chez les jeunes, et les usages qui se superposent à une carrière délinquante déjà avérée, augmentent significativement les risques de délinquance chronique.

En ce qui concerne le deuxième volet, Justice Canada finance, comme on l'a vu plus haut, par l'entremise de l'initiative sur les jeunes contrevenants, des interventions spécifiquement auprès des jeunes contrevenants avérés qui ont aussi des problématiques de toxicomanie, ainsi que les tribunaux de traitement de la toxicomanie visant à réduire la récidive chronique chez des contrevenants toxicomanes adultes.

Ces deux composantes de la stratégie anti-drogues sont donc très clairement reliées à cet objectif commun de réduire la délinquance liée à l'usage des drogues. Il subsiste néanmoins une série de zones d'ombre.

### **Difficultés de l'articulation**

Les programmes du gouvernement fédéral décrits dans la section précédente sont tous des programmes pilotes, qui financent des actions à durée déterminée (sur un maximum de cinq ans), par le biais de demandes de financement déposées par les collectivités ou organismes locaux. Si elle permet de procéder graduellement, notamment dans le but d'établir l'efficacité des interventions, cette façon de faire présente néanmoins un certain nombre de désavantages.

Ainsi, les interventions financées n'existent que dans quelques collectivités à travers le pays, tant en raison de la limite des financements disponibles qu'en

raison du fait que les collectivités locales doivent être en mesure d'identifier un besoin auquel elles font face et d'élaborer une demande de financement.

Les interventions mises en application n'ont aucune garantie de pérennité, puisque les financements du fédéral sont à durée limitée et qu'il n'y a aucune assurance que d'autres paliers de gouvernement les soutiendront par la suite.

Il en résulte une sorte de patchwork pas nécessairement cohérent à travers le pays, dont il serait bien difficile d'affirmer, données à l'appui, qu'il correspond à l'état des besoins.

Toutes les provinces ne se sont pas dotées d'un cadre de politique publique spécifique en matière de prévention de la délinquance, mais toutes ont une stratégie sur les drogues et l'alcool. Quant aux collectivités locales, elles sont peu nombreuses à avoir élaboré l'une ou l'autre. Mais dans un cas comme dans l'autre, l'articulation de l'intervention entre les divers paliers de gouvernement demeure parfois difficile et il se présente des situations où les stratégies fédérale et provinciales sont en contradiction. On l'a vu plus haut dans le cas de *Insite* à Vancouver. C'est aussi le cas pour les tribunaux de la toxicomanie qui ne font pas l'unanimité entre les provinces, voire avec la magistrature.

La place de la réduction des risques dans la nouvelle stratégie demeure également ambiguë. Au-delà de *Insite*, on en trouve un exemple dans la situation incertaine du projet de recherche Salome (*Study to Assess Long-term Opioid Medication Effectiveness*) qui est la suite de Naomi (*North American Opiate Medication Initiative*) qui a pris fin en 2008. Il s'agit d'un projet de recherche qui s'inscrit dans une philosophie de réduction des méfaits et qui vise à évaluer les impacts du traitement avec des opioïdes injectables sur la rétention en traitement et sur la santé, pour des personnes répondant mal aux stratégies thérapeutiques actuellement disponibles. Mené auprès de 59 usagers à Montréal et de 192 autres à Vancouver, ce projet a procédé à une comparaison entre l'efficacité d'un traitement traditionnel de substitution à la méthadone et la prescription d'héroïne pharmaceutique chez une clientèle de toxicomanes de longue date, incapables, malgré de multiples essais, de se libérer de leur dépendance. Pour son projet de recherche, l'équipe de Salome doit franchir deux obstacles : obtenir l'autorisation du bureau des essais cliniques et faire une demande d'exemption en vertu de la section 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances auprès du bureau des substances contrôlées. Ce projet n'a pour le moment pas encore démarré.

Pour de nombreux praticiens du terrain, les orientations de la nouvelle stratégie anti-drogues ne sont pas en phase avec les besoins des usagers de drogues, notamment les plus en difficulté. Si l'on s'accorde pour mettre l'accent sur la prévention et surtout sur le développement d'une meilleure connaissance de l'efficacité de diverses formes de traitement et, à terme, de standards minima, plusieurs observent que le durcissement des pratiques policières (qui se traduit entre autres par l'augmentation importante de l'enregistrement de délits relatifs aux lois sur les drogues comme on l'a vu plus haut) entre souvent en conflit

avec la pratique du travail de proximité avec les usagers. Certains analystes allant même jusqu'à suggérer que cette répression accrue serait l'un des facteurs de la violence des gangs liés à la production et au trafic des drogues.

**En conclusion**, on peut constater que si une certaine forme d'affichage de la réduction des risques est moins visible en vertu de la nouvelle stratégie anti-drogues, sa pratique s'exprime de manière plus spécifique, plus pointue, sur certains objets, notamment dans le domaine des risques sociaux reliés aux drogues. Dans une certaine mesure, et sans prêter d'intentions au législateur, il est permis de penser que cette décision est en accord avec les champs de responsabilité des deux principaux ordres de gouvernement. En effet, s'agissant des risques sociaux ayant trait à la sécurité publique, il est clair que, bien qu'il s'agisse là d'une responsabilité partagée, le gouvernement fédéral a un rôle clair en la matière, rôle qu'il a décidé d'assumer pleinement. La focalisation de la stratégie sur la prévention d'effets délictueux relatifs à certains usages de drogues est en accord avec cette approche. Par ailleurs, la santé, et donc les risques sanitaires, étant davantage la responsabilité provinciale que fédérale, il devient tout aussi logique que le fédéral se retire de ce champ pour laisser libre cours aux choix des provinces.

Évidemment, comme tout schéma, il pêche par défaut de simplification abusive : on sait bien en ces matières que les risques sociaux et sanitaires sont le plus souvent étroitement imbriqués.

**Daniel Sansfaçon**

*Directeur de Politique, recherche et évaluation  
Centre National de prévention du crime, Canada*