

## Usage de drogues injectables : aperçu de la situation au Canada



**Maritt Kirst, M.A. 1**  
**Benedikt Fischer, Ph.D. 1,2,3**

**Centre for Addiction and Mental Health  
Social, Prevention and Health  
Policy Research Dept.  
33 Russell St.  
Toronto, ON  
M5S 2S1  
Canada**

**Tél: 416-535-8501**

**Fax: 416-595-6899**

**E-mail: maritt\_kirst@camh.net**



**2 Department of Public Health Sciences  
University of Toronto, Canada  
3 Centre of Criminology  
University of Toronto, Canada**

**L'**usage de drogues injectables constitue un problème de santé publique et un problème social important et actuel existant au Canada et dans beaucoup d'autres pays. Le problème de l'usage de drogues injectables se manifeste de manière négative dans les populations sous plusieurs formes, englobant la transmission de maladies infectieuses, tels que le VIH et l'hépatite, les décès dus à des overdoses de drogues illicites et les coûts ainsi que méfaits sociaux associés aux traitements et aux activités criminelles (1-3). Bien que les conséquences négatives du problème de l'usage de drogues injectables apparaissent dans beaucoup de différentes juridictions, des aspects uniques caractérisent la perspective canadienne de ce problème par rapport à d'autres pays, à savoir européens (4). Cet article présente un aperçu du contexte canadien de l'usage de drogues injectables. Ce dernier y est discuté en ce qui concerne l'épidémiologie et le rapport méfaits/coûts, le droit et la politique, les traitements et les perspectives futures.

*A Toronto, une personne dépendante aux opiacés non-traitée coûte environ 45 000 dollars par année à la société.*

Le problème de l'usage de drogues injectables au Canada constitue une urgence, parce qu'actuellement, entre 40'000 et 90'000 usagers de drogues injectables (UDI) y sont estimés, avec chaque année, environ 1'000 décès dus à des overdoses (5-7). Dans la province de la Colombie Britannique seulement, le nombre de décès dus à des overdoses liées à l'usage de drogues injectables a augmenté de cinq fois environ, de 67 en 1989 à 331 en 1993, jusqu'au point où en 1998, un décès par overdose avait lieu chaque jour (8;9). Le taux de prévalence de l'infection du VIH parmi les UDI a augmenté progressivement au Canada depuis les années'80, et en 1996, la moitié des nouvelles infections du VIH avaient comme cause première, l'usage de drogues injectables 10-12. Actuellement, le taux d'infection du VIH parmi les UDI oscille entre 10% et 30% dans quelques grandes villes canadiennes, comprenant Vancouver, Toronto, Montréal et Ottawa (4;11;13).

Une étude récente, comparant des consommateurs d'opiacés dans le traitement de soutien à la méthadone à des consommateurs d'opiacés non-traités, a développé le profil de la toxicodépendance aux opiacés non-traitée dans la plus grande ville du Canada, Toronto. La majorité des consommateurs d'opiacés non-traités constituant les sujets de l'échantillon étaient de sexe masculin ; présentaient une toxicodépendance à l'héroïne de longue date ; s'injectaient des opiacés plusieurs fois par jour ; consommaient régulièrement des opiacés prescrits, ainsi que d'autres drogues contrôlées (comme la cocaïne, les benzodiazépines et le cannabis) ; souffraient couramment de problèmes de santé importants et avaient consulté des services d'urgence durant l'année précédente ; présentaient simultanément des problèmes de santé mentale ; étaient chômeurs et avaient comme source de revenus, des allocations sociales, des activités illégales et des cadeaux/prêts ; avaient été arrêtés au cours de l'année précédente et sous une forme ou une autre, faisaient l'objet d'une surveillance par l'appareil judiciaire pénal. Cette étude a aussi montré que la moitié des consommateurs d'opiacés non-traités formant l'échantillon avaient déjà fait l'expérience d'une overdose due à la drogue dans leur vie, que l'échange de seringues et les pratiques d'injection dangereuses étaient fréquentes dans ce groupe, et que plus de la moitié de l'échantillon avait un test positif pour l'hépatite C et 6.7% pour le VIH(14).

En plus de ces méfaits liés à la santé, les coûts sociaux associés au problème de la consommation d'opiacés illicites non-traitée ont été systématiquement évalués. De tels coûts nécessitent l'utilisation de fonds publics pour payer les mesures de répression contre les drogues, les réactions de l'appareil judiciaire pénal, les programmes de traitement de la drogue, etc. (7;15). Une analyse du coût social, menée récemment sur la base d'une étude sur les consommateurs d'opiacés non-traités de Toronto, a estimé qu'en considérant des variables comme la perte de productivité, les coûts pour le système de santé, la victimisation et les dépenses

de l'appareil judiciaire pénal, une personne dépendante aux opiacés non-traitée à Toronto coûte environ 45,000 dollars par année à la société (16).

Comparé au même contexte en Europe, l'accroissement des méfaits associés à la situation des UDI au Canada provoque une grande inquiétude. En effet, ces dernières années, le nombre d'UDI associés à des décès par overdose et à des nouvelles infections du VIH a décliné dans beaucoup de pays européens, comme la Hollande, la Suisse, la France et l'Allemagne (4;17). Malgré le signal d'une potentielle explosion de l'infection du VIH parmi les UDI en 1993 (18), augmentant les méfaits et coûts liés à l'usage de drogues injectables pour la société canadienne, la Commission chargée d'examiner les problèmes liés au VIH/Sida et à l'usage des drogues injectables déclarait en 1997 : "le Canada est au milieu d'une crise de santé publique concernant le VIH/Sida et l'usage de drogues injectables " (10).

### Le contexte politique et légal : les condamnations concernent surtout ceux qui font usage de drogues illicites

La législation sur le contrôle de la drogue et ses applications pratiques au Canada est traditionnellement punitive, avec comme point central la punition des usagers de drogues. Malgré le développement d'un "mouvement de traitement" dans les années 1900, soutenant le traitement et la réhabilitation plutôt que la punition des usagers de drogues, l'approche punitive du contrôle des drogues au Canada s'est confirmée au début des années 60, avec l'introduction de la Loi sur les stupéfiants (LSS) (19-21). En réaction à la "vague de consommation du cannabis" des années 60, la LSS a mis l'accent sur la répression et a eu pour effet "la criminalisation de dizaines de milliers de consommateurs de cannabis et surtout, la prononciation de lourdes condamnations principalement à l'égard des jeunes délinquants" (21). La LSS condamna sévèrement tous les usagers de drogues : le délit de possession de drogues pouvait entraîner une condamnation à une peine d'emprisonnement de plus de 7 ans et le délit de possession de drogues aux fins de trafic et le trafic à une peine d'emprisonnement à vie (22). Au début des années 90, environ 35,000 délits en rapport avec la "possession de drogues pour usage personnel" ont été traités par la LSS (23).

Pour répondre à l'inquiétude croissante due aux effets sévères des législations canadiennes en matière de drogue, une Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (la Commission Le Dain) fut convoquée à la fin des années 60. Après quatre ans d'enquête, la première recommandation de la Commission fut la suivante : au lieu de l'approche de criminalisation pratiquée auparavant, adopter une réforme politique avec une approche sociale et de santé publique pour répondre à la toxicodépendance aux drogues et expressément aux usagers des drogues (24). Au moment où les recommandations de la Commission étaient faites en 1973, le propos de la réforme sur la politique de la drogue s'était considérablement calmé et la seule réaction des politiciens à la Commission Le Dain fut de

tablet sur le projet de loi visant la décriminalisation du cannabis qui, par la suite, n'a jamais conduit à quelques réformes politiques concrètes que ce soit (19;25).

En 1987, le gouvernement conservateur canadien annonçait une nouvelle initiative de la politique de la drogue intitulée "Stratégie canadienne antidrogue". Cette stratégie inscrivait l'« approche de la réduction des méfaits » comme l'un de ses principes centraux, avec un accent mis sur le développement de l'éducation, de la prévention, des programmes de traitement et de réhabilitation (21;23;26). Cependant, la nouvelle législation sur le contrôle des drogues, le projet de loi C-85 intitulé Loi réglementant les psychotropes, proposée pour soutenir l'initiative orientée vers la réduction des méfaits et soumise en 1992, ne contenait pas cette approche, mais caractérisait la "vieille idéologie et les instruments de criminalisation des usagers de drogues, une vaste répression du cannabis et des condamnations à des peines maximales..." (21). Le gouvernement conservateur expliqua que l'accent mis sur la prohibition dans le nouveau projet de loi, était dû aux pressions des Conventions internationales en matière de drogue qui avaient avancé que la législation canadienne en matière de drogue n'était pas totalement en accord avec les Conventions internationales. Le projet de loi C-85 ne devint jamais loi et mourut inachevé, lorsque le gouvernement libéral prit le pouvoir en 1993. En 1996, ce gouvernement proposa le projet de loi C-7, essentiellement identique au projet de loi C-85, à l'exception de quelques nouvelles applications et mesures de prohibition. Le projet de loi C-7 rencontra aussi des dissidences et ne fut pas adopté. Plus tard, en 1996, le projet de loi C-7 fut réintroduit, comme le projet de loi C-8, et depuis lors, est devenu une loi (22).

La législation canadienne sur le contrôle des drogues, la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (projet de loi C-8) recèlent quelques traits essentiels appliqués aux usagers de drogues :

- 1) L'interdiction de posséder des amphétamines, de la cocaïne ou des opiacés (programme I) avec une peine maximale d'emprisonnement de 7 ans pour une infraction grave ; \$2000 d'amende et/ou 1 an d'emprisonnement pour une infraction sommaire.
- 2) La prohibition des produits issus du cannabis avec une peine maximale de 5 ans moins 1 jour pour une infraction grave; pour la première infraction sommaire, une peine maximale de \$1000 et/ou 6 mois d'emprisonnement ; pour une infraction ultérieure, une peine maximale de \$2000 et/ou 1 an d'emprisonnement.
- 3) La peine maximale pour avoir possédé des quantités de moins de 30gr. de marijuana et de 1gr. de hashish est de \$1000 d'amende et/ou 6 mois d'emprisonnement à titre d'infraction sommaire.
- 4) L'interdiction de "posséder dans l'intention de trafiquer" de toutes les drogues susmentionnées avec une peine maximale prévue pour ces infractions de l'emprisonnement à vie.
- 5) L'interdiction de posséder ou de trafiquer les "récipients de drogues".
- 6) Une clause générale mentionne que le but de chaque condamnation est de contribuer au respect de la loi et au maintien d'une société sans danger, bien qu'elle encourage la réhabilitation et le traitement pour les délinquants dans des circonstances appropriées et reconnaît les méfaits causés aux victimes et à la communauté. (LRDS, 1995/House of Commons, 1995 cité dans Fischer, Erickson & Smart, 1996 ; 173-4).

# Addictions et toxicomanies

Dans sa position actuelle, le Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRDS) a pour objectif principal la réduction de l'usage, de la disponibilité des drogues et de l'attirail lié à l'injection des drogues, ainsi que de la punition des usagers des drogues. La LRDS est convaincue que l'usage des drogues peut être contrôlé si la demande, l'approvisionnement et l'attirail lié à l'injection des drogues sont coupés et si les consommateurs, cultivateurs, trafiquants et fabricants sont punis (10). Le résultat de cette approche agressive a mené au débat consistant à dire que la LRDS n'examinait pas ou ne facilitait pas suffisamment l'aspect de la santé publique et les "déviances" des toxicodépendants dans des traitements (21) et qu'elle considérait durement les usagers des drogues "comme des criminels méritant d'être punis plutôt que des individus qui pourraient avoir besoin d'un traitement ou de soins médicaux" (10). L'entière vocation des législations canadiennes en matière de drogue, à cibler et à punir ceux qui en font usage (à savoir les consommateurs de cannabis), a été révélée par l'analyse des données sur les récentes condamnations liées aux drogues de 1997. En effet, environ 62% de toutes les condamnations en lien avec la drogue avaient pour motif des délits de possession et environ 72% de toutes les inculpations liées à la drogue étaient en rapport avec le cannabis (27).

## 1964, au Canada : Halliday propose la prescription d'opiacés en tant que forme légitime du traitement des addictions aux opiacés

L'accroissement de la consommation d'opiacés "dans la rue", généralement pris sous forme d'injection, a été documenté autour de la Deuxième Guerre mondiale, dans les principales villes du Canada, Vancouver, Toronto et Montréal (19;20). Au Canada, durant les années 40 et au début des années 50, deux points de vue se faisaient concurrence en ce qui concerne la politique de l'addiction aux drogues. D'abord, il y avait une approche "criminelle", selon laquelle les usagers des drogues étaient "détenus" et traités jusqu'à l'accomplissement de l'abstinence. Il y avait aussi une approche médicale, à l'intérieur de laquelle les premiers programmes de traitement prescrivant des stupéfiants étaient prévus principalement par des médecins et des professionnels de la santé progressistes (19). Dans cette approche médicale, les médecins auraient prescrit au patient une dose de la drogue de prédilection dans des circonstances contrôlées (20). Cependant, le milieu de la lutte antidrogue et des membres de la communauté médicale puissants ne favorisèrent pas cette dernière approche, percevant la prescription de stupéfiants comme un acte de "distribution libre de drogues" et comme une admission tacite du comportement créant une dépendance. En réponse à ce manque de soutien, le gouvernement canadien augmenta et étendit le pouvoir des pratiques traditionnelles d'application des lois et de traitement pour faire face au problème de l'addiction aux drogues (19).

En 1959, Robert Halliday, un spécialiste du traitement des addictions à Vancouver, obtenait l'autorisation du Département canadien de la santé de mener une expérience de prescription d'opiacés

sous contrôle, en utilisant la substance synthétique nouvellement développée, autorisée initialement pour le traitement de manque dû à la consommation d'opiacés, la méthadone. Dans son expérience, Halliday a progressivement combiné le traitement de prescription de méthadone prolongé avec des services psycho-sociaux. Finalement, il conclut que l'abstinence ne devait pas être le but principal du traitement de soutien à la méthadone, mais que l'« entretien » du patients dépendant aux opiacés pouvait être une forme efficace et appropriée de traitement (28;29). Halliday introduisit au Canada le concept du traitement de prescription d'opiacés en tant que forme légitime du traitement des addictions aux opiacés et le fit avant 1964, année de l'expérience de prescription de méthadone à New York par Dole et Nyswander. Au Canada, le premier programme de soutien à la méthadone fut mis sur pied en 1964 par la Fondation de recherche sur les toxicomanies de la province de l'Ontario. Au Canada, à la fin des années 60, le traitement de soutien à la méthadone bénéficiait d'une grande approbation parce qu'il était considéré comme la forme de traitement la plus efficace pour traiter les addictions aux opiacés. En 1972, il y avait 23 programmes de traitement de soutien à la méthadone et environ 1,500 patients en traitement (29). A cette époque-là, la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (Commission Le Dain) soutenait que le traitement de soutien à la méthadone était « l'arme la meilleure marché et la plus efficace que nous avons eue jusqu'à présent pour traiter la dépendance aux opiacés dans une large mesure » (30).

En 1971, le Département fédéral de la santé fut averti du mauvais emploi et des abus liés au traitement de soutien à la méthadone, entre autres, des "déviances" présumées de la méthadone sur le marché de la drogue et d'une série de décès liés à la méthadone (29). Le gouvernement officiel attribua la responsabilité de ces événements à la vaste disponibilité et aux pratiques non-réglementées du traitement de soutien à la méthadone.

Une Commission d'officiels de la santé fut rassemblée pour enquêter sur ce mauvais emploi. Après une année, la Commission détermina que le problème était dû à une sur-prescription et à des pratiques inappropriées de la part de médecins privés impliqués dans le traitement de soutien à la méthadone. La Commission recommanda au Département fédéral de la santé de mettre en place quelques restrictions réglementaires à la pratique du traitement de soutien à la méthadone, c'est-à-dire que le traitement de soutien à la méthadone soit disponible seulement pour les personnes dépendantes des drogues de longue date ; qu'il ne soit pratiqué que dans des cliniques spécialisées et seulement par des médecins ayant obtenu une autorisation des Autorités fédérales en matière de drogue ; que la méthadone soit disponible seulement sous une forme orale et non pas sur ordonnances médicales ; et que des données détaillées soient conservées sur les patients et sur les pratiques de traitement. Ces recommandations ont été adoptées par la Loi sur les stupéfiants en 1972 (29;31) .

La mise en oeuvre de ces règlements eut un effet réel sur la disponibilité du traitement de soutien à la méthadone au Canada. Entre 1972 et 1975, le nombre de médecins prescrivant de la méthadone et de patients en traitement chuta – de manière spec-

taculaire - à un tiers. Le déclin supplémentaire de la pratique du traitement de soutien à la méthadone fut si important, qu'en 1982, seuls 560 patients et 56 médecins étaient impliqués dans un tel traitement au Canada (31). En 1992, le Département fédéral de la santé confirmait les directives limitatives du traitement de soutien à la méthadone. Pour les patients du traitement de soutien à la méthadone, quelques unes des directives en place comprenaient des procédures d'évaluation rigoureuses, des visites quotidiennes obligatoires, l'abstinence comme une condition du traitement, des contrôles d'urine de façon aléatoire, des dépenses encourues par le patient et des frais de pharmacie. Il a été suggéré que la rigueur avec laquelle ces directives étaient imposées au patient du traitement de soutien à la méthadone, aurait eu un effet de dissuasion auprès des toxicodépendants aux opiacés pour demander de l'aide ou rester dans un traitement (10).

Cependant, après une légère ascension durant les années 80 et au début des années 90, le nombre de médecins prescrivant de la méthadone et de patients inscrits dans un traitement de soutien à la méthadone a grimpé depuis 1995. Cet accroissement de la disponibilité en traitement s'est produit à la suite du transfert du règlement du traitement de soutien à la méthadone du niveau fédéral au niveau des provinces, et a entraîné une importante libéralisation des exigences applicables aux autorisations de traitement et des directives régissant les traitements. Cela a aussi conduit à un recrutement actif de praticiens généralistes pour dispenser le traitement de soutien à la méthadone, au début dans les provinces de la Colombie Britannique et de l'Ontario et progressivement, dans beaucoup d'autres provinces (32).

### Début 1999 : les toxicodépendants aux opiacés ne sont que 15 à 25% à accéder à un traitement de substitution

Les données actuelles montrent qu'au Canada, au début de l'année 1999, environ 950 médecins avait obtenu l'autorisation des Autorités fédérales en matière de drogue, de prescrire de la méthadone à environ 12,000 toxicodépendants aux opiacés inscrits dans un traitement. Au cours de ces quatre dernières années, le nombre d'inscriptions dans un traitement de soutien à la méthadone a augmenté d'à peu près 400% (29). Malgré ces développements, les recherches récentes ont permis d'estimer qu'au Canada, seules 15 à 25% des personnes toxicodépendantes aux opiacés étaient inscrites dans un traitement de soutien à la méthadone, et que jusqu'à récemment, le Canada avait maintenu un taux de traitement à la méthadone bas par rapport à la population en général et à la population de toxicodépendants aux opiacés estimée, comparé aux autres pays de l'Ouest dans lesquels le traitement de soutien à la méthadone est légalement disponible (33).

Par rapport au contexte international des pays de l'Ouest, le Canada maintient une position plutôt conservatrice en ce qui concerne les traitements de prescription d'opiacés impliquant d'autres substances que la méthadone. Alors que des alternatives au traitement de soutien à la méthadone, comme la buprénorphine par

voie orale, la codéine ou le LAAM (morphine à longue durée d'action) ou le traitement de soutien à l'héroïne injectable existant déjà depuis plusieurs années, en Suisse, aux Pays-Bas, en Allemagne, en Australie et en Grande-Bretagne (17;34;35). Au Canada, tout en sachant que l'efficacité d'un tel traitement est limitée dans une population, le choix d'un traitement de prescription d'opiacés est limité à un niveau général de traitement de soutien à la méthadone (7;36;37).

Au Canada, les programmes d'échange de seringues (PES) constituent une autre pratique à disposition des UDI, orientée vers la réduction des méfaits. À l'arrière-fond des PES se dessine le principe suivant : si les UDI sont approvisionnés en aiguilles et en seringues stériles et peuvent de ce fait, s'injecter des drogues sans danger, cela réduira la transmission par le sang de maladies comme le VIH ou l'hépatite C. Les PES fonctionnent aussi en tant que lieux où un enseignement sur les risques de santé et le Sida, des conseils, des services de santé et des renvois à d'autres services peuvent être donnés aux UDI (10). Le premier PES canadien fut fondé en 1989 à Vancouver (13;38). Au Canada, il y a plus de 100 lieux de PES, comprenant des emplacements centraux, des camionnettes mobiles ou la combinaison des deux. Le Département fédéral de la santé a déclaré que les PES "prévenaient l'infection du VIH parmi les usagers des drogues injectables, qu'ils n'étaient responsables ni de l'accroissement du nombre d'usagers des drogues ni de la baisse de l'âge auquel les personnes s'injectent des drogues pour la première fois" (10). Malgré le soutien à l'efficacité des programmes d'échange de seringues dans la prévention de la transmission du VIH/Sida et d'autres maladies, des études récentes ont montré qu'au Canada, durant ces dernières années, la population des UDI a eu des difficultés à se procurer suffisamment d'aiguilles stériles et que par conséquent, la demande pour ce service n'a pas été suffisamment remplie (4;12). Des données récentes ont montré qu'en 1994, les PES à Montréal, Québec approvisionnaient moins de 5% des 10'000 UDI de cette ville (6). Les recherches ont montré que les PES de Vancouver, Colombie Britannique étaient plus efficaces pour répondre à la demande que ceux de Montréal ou de Toronto. Cependant, on estime que les PES de Vancouver ne remplissent que 10 à 20% de la demande en seringues stériles auprès des 15,000 UDI de cette ville (12;13). L'efficacité limitée des PES au Canada marque un contraste considérable avec beaucoup de villes européennes dans lesquelles les estimations des taux de UDI et d'échange de seringues sont considérablement plus élevés (4).

L'une des raisons de l'échec des PES au Canada pour répondre à la demande d'approvisionnement de seringues stériles pourrait résider dans le fait que les restrictions imposées aux PES limitent leur accessibilité et leur attrait auprès des usagers des drogues injectables (38). Afin de garantir la destruction sûre du matériel employé pour les injections, les seringues utilisées doivent être échangées contre de nouvelles. Ceci constitue une restriction imposée par certains PES (10). Une autre restriction consiste en la limitation du nombre de seringues distribuées à chaque consommateur de drogues par visite. En outre, il a été discuté qu'il n'y avait simplement pas assez de seringues disponibles pour répondre à la demande ; quelques usagers des drogues, à savoir les per-

# Addictions et toxicomanies

sonnes s'injectant de la cocaïne, procèdent à des injections jusqu'à 20 fois par jour. De plus, il semblerait qu'au Canada, il n'y ait pas assez de lieux PES localisés en dehors des grandes villes et que les heures d'ouverture des PES en vigueur (généralement de 09:00 à 16:00) soient peu pratiques pour certains usagers des drogues (10).

Au Canada, il y a aussi eu un débat à savoir si les programmes d'échanges de seringues réduisaient la probabilité d'une transmission du VIH ou au contraire en facilitaient la propagation. En 1996, il a été déterminé qu'à Vancouver, Colombie Britannique, parmi les 1,000 UDI inscrits dans des PES pour une étude, ceux qui avaient fréquenté auparavant des PES avaient un taux de prévalence de l'infection du VIH plus élevé que ceux qui n'y étaient jamais allés (12). Des résultats semblables ont été tirés d'une évaluation sur l'efficacité des PES par rapport à la transmission de l'infection du VIH à Montréal, Québec (39). Les Autorités américaines de la santé ont conclu que les PES encourageaient la transmission du VIH et ont utilisé cette interprétation comme preuve qu'il fallait interdire l'utilisation de fonds fédéraux pour le soutien des programmes d'échange de seringues aux Etats-Unis (12). Schechter et al. (1999) ont mené une étude ayant pour but d'évaluer si les PES, en créant de nouvelles possibilités de rencontre lors de l'échange de seringues, facilitaient la propagation du VIH, ou si les PES étaient associés à la transmission du VIH à cause des comportements à risque élevés parmi leurs visiteurs. Les chercheurs n'ont pas pu prouver que les nouvelles rencontres issues de l'échange de seringues étaient nées dans les PES de Vancouver ou que les personnes fréquentant ces services prenaient des risques plus élevés depuis qu'ils y allaient. Les chercheurs ont conclu que le taux de prévalence élevé de l'infection du VIH était dû au fait que les PES attiraient naturellement une population qui avait régulièrement des comportements d'injection risqués.

## *Perspectives futures*

Au Canada, le débat sur le problème de l'usage des drogues injectables, sur son contrôle et les interventions appropriées est en cours depuis plusieurs décennies. Diverses recommandations ont été suggérées pour réformer l'approche préventive à ce problème existant. Ces suggestions de réforme ont été attisées par le fait que pendant ces dernières années, les méfaits de santé et sociaux liés à l'usage des drogues injectables (mortalité et morbidité des usagers des drogues, crimes liés à la drogue) ont augmenté au Canada, alors que les méfaits déclinent dans beaucoup de pays européens. Au Canada, la recommandation la plus courante, mais la plus controversée, est celle de l'implantation d'essais de traitement prescrivant de l'héroïne. Il y a plusieurs années déjà, à titre expérimental, ces essais ont été introduits dans certains pays européens et indiquent des résultats encourageants (34;40). A cause de la disponibilité limitée du traitement de soutien à la méthadone et de son utilisation au Canada, cette approche de traitement des dépendances aux opiacés a été suggérée et rend compte des défauts du traitement de soutien à la méthadone pour attirer et retenir les toxicodépendants dans cette forme de traitement (7).

Récemment, en Amérique du Nord, des études d'évaluation ont révélé que les taux de rétention dans le traitement de soutien à la méthadone de longue durée sont estimés à 30-60%, et que de tels programmes perdent un tiers de leurs patients durant les premiers 12 mois de traitement, un autre tiers après 12-24 mois (29;37;41;42). Les raisons du niveau si bas des taux de rétention dans le traitement de soutien à la méthadone sont entre autres: les consommateurs d'opiacés ne tolèrent pas les propriétés pharmacologiques et les effets secondaires de la méthadone; les besoins des consommateurs pour le rituel des injections et effets; leurs impressions ou expériences négatives concernant le traitement de soutien à la méthadone; et le coût élevé encouru par les consommateurs pour acheter des drogues illicites créant un état d'euphorie que la méthadone ne peut pas fournir (43;44). Une étude sur les consommateurs d'opiacés non-traités de Toronto a montré que seulement 41% d'entre eux accepteraient une place dans un traitement de soutien à la méthadone si elle leur était offerte aujourd'hui, alors que 36% refuseraient une telle place à cause des perceptions ou expériences négatives et que 23% étaient indécis quant à une admission dans un traitement de ce type (45). ) Compte tenu de l'efficacité limitée du traitement de soutien à la méthadone, le traitement de prescription d'héroïne a été suggéré en tant qu'alternative seulement. Il faudrait que la personne dépendante aux opiacés ait déjà fait au moins deux tentatives de traitement et soit résistante au traitement de soutien à la méthadone de l'une des manières décrites ci-dessus.

La demande au sujet d'essais d'un traitement de prescription d'héroïne au Canada, qui voudrait examiner ses bienfaits dans le contexte canadien, a été faite récemment par des scientifiques, des experts de la santé publique et des politiciens (7;8;11;46). De plus, la mise en oeuvre de ces essais a le soutien de la plus grande organisation de recherche et de traitement des toxicomanies au Canada, du Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), ainsi que de l'Association médicale canadienne, de l'Association psychiatrique canadienne et du Canadian Council of Chief Medical Officers. L'année dernière, un groupe de cliniciens canadiens et américains, chercheurs et experts de santé publique ont examiné la possibilité de procéder à des essais de traitement de prescription d'héroïne en Amérique du Nord (35). La perspective de ces essais doit être étudiée lors de discussions approfondies et ensuite, recevoir l'approbation des Autorités fédérales de la santé au Canada, avant que les essais puissent être mis en oeuvre parce que l'héroïne est une substance contrôlée selon la législation canadienne (33).

Du côté de la santé publique, dans une perspective d'efficacité des coûts et de "réduction des méfaits" de la législation canadienne actuelle en matière de drogue, on a aussi soutenu, à plusieurs reprises, que la Loi réglementant les drogues et autres substances soit réformée afin de diminuer sa nature punitive et les conséquences fâcheuses des usagers des drogues injectables pour la société (21). Il a aussi été suggéré que l'on soit moins punitif en ce qui concerne les délits de possession, pour éviter de faire des usagers des drogues des criminels et qu'à la place, ceux-ci (inculpations pour des délits de possession) se voient attribuer des sanctions non-criminelles impliquant l'éducation, la réhabilitation, le traitement et la ré-intégration sociale (21).

En outre, certains ont dit que les règlements stricts régissant le traitement de soutien à la méthadone et les programmes d'échange de seringues auraient besoin d'être assouplis à l'avenir. Les exigences d'admission, les contrôles d'urine effectués par la police et les visites quotidiennes constituent des aspects qui dissuadent les toxicodépendants aux opiacés d'entrer dans un traitement de soutien à la méthadone (10;44). Les exigences en rapport avec l'échange de seringues, comme l'échange d'une seringue usagée contre une seringue propre, la limitation du nombre de seringues données à chaque toxicodépendant, le nombre insuffisant de seringues pour répondre à la demande et le manque de PES dans les zones rurales, paraissent être des barrières au succès des programmes d'échange de seringues canadiens dans la réduction significative de la transmission du VIH/Sida parmi les usagers des drogues injectables (11;12;38). De plus, on a dit qu'en fin de compte, de telles restrictions et les politiques légale et de traitement éloignaient de plus en plus la société canadienne de la possibilité de freiner le problème de l'usage des drogues injectables et de diminuer les méfaits qui lui sont associés et qui doivent être discutés dans les futures recherches et réformes politiques.

Comparé à beaucoup de juridictions européennes, le contexte canadien de l'usage des drogues injectables au passé récent indiquait des niveaux élevés de mortalité et de morbidité dues à l'usage des drogues, des activités criminelles sous forme de crime d'acquisition, des coûts sociaux associés avec la justice pénale et la santé publique, et des risques sérieux de santé liés à l'accroissement du nombre d'usagers des drogues injectables infectés. Ces méfaits et coûts existaient dans un système punitif de politique de contrôle en matière de drogue/répression et dans une situation où la disponibilité de traitement est limitée (7;8;11). Cependant, le Canada a beaucoup avancé dans la résolution et le contrôle de ce problème de santé publique important.

En 1995, la décentralisation des règlements fédéraux sur le traitement de soutien à la méthadone au niveau des provinces a considérablement touché la disponibilité de ce type de traitement et sa pratique. Cette décentralisation a permis de donner aux médecins une appréciation plus vaste en ce qui concerne les pratiques de traitement et les autorisations et a contribué à l'accroissement du nombre de médecins prescrivant de la méthadone et des places de traitement (29). En outre, les nouveaux traitements pharmacologiques pour les toxicodépendants aux opiacés font actuellement l'objet de recherches et de développements au Canada. Quelques alternatives à la méthadone sont en train d'être testées et sont prises en considération pour approbation, comme la buprénorphine (47) et la prescription d'héroïne. Ces alternatives pourraient montrer une meilleure capacité de rétention et d'attirance dans le traitement pour les usagers des drogues injectables (35). Les demandes d'efforts pour adoucir certaines barrières dont font l'expérience les UDI, concernant essentiellement des services sociaux et de santé, sont couramment faites. On a suggéré que dans les programmes d'échange de seringues canadiens, il fallait offrir plus de soins de santé, d'éducation et de services de conseils (10;38). Un appel à la décentralisation du

contrôle fédéral sur les programmes d'échange de seringues a aussi été recommandé et les possibilités d'installer des machines à fournir des seringues en dehors des heures d'ouverture sont actuellement étudiées (38). Au Canada, peu à peu, les pharmaciens mettent des seringues et des aiguilles stériles à disposition des UDI pour mieux répondre à la demande de ce genre de produits (10).

Si l'implantation de ces actions encourageant à freiner le problème de l'usage des drogues injectables au Canada sont bienvenues bien que tardives, beaucoup d'autres efforts doivent encore être faits en ce qui concerne la santé publique, le traitement et la politique pour réduire de manière effective les coûts et méfaits considérables encourus par la société canadienne et de les prévenir à l'avenir.

## Remerciements :

les auteurs remercient Réjane Dreifuss pour la traduction de cette publication.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Fischer, B., P. Kendall, J. Rehm, and R. Room. 1997. Charting WHO -- goals for licit and illicit drugs for the year 2000: are we on track? *Public Health* 111:217-275.
2. Single, E., L. Robson, J. Rehm, and X. Xie. 1999. Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada. *American Journal of Public Health* 89:385-390.
3. World Bank. 1993. *World Development Report 1993 -- Investing in Health*. New York, World Bank/Oxford University Press.
4. Fischer, B., J. Rehm, and T. Blitz-Miller. 2000. Injection drug use and preventive measures: a comparison of Canadian and Western European jurisdictions over time. *Canadian Medical Association Journal* 162:1709-1713.
5. Poulin, C., Single, G., and Fralick, P. 1999. *Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use (CCENDU) Second National Report 1999*. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse.
6. Remis, R. S., J. Bruneau, and C. A. Hankins. 1998. Enough sterile syringes to prevent HIV transmission among injection drug users in Montreal? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18:S57-S59.
7. Fischer, B. and J. Rehm. 1997. The case for a heroin substitution treatment trial in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 88:367-370.
8. Millar, J. S. 1998. *HIV, Hepatitis, and Injection Drug Use in British Columbia - Pay Now or Pay Later?* Victoria, Office of Provincial Health Officer.
9. Cain, V. 1994. *Report of the Task Force into Illicit Narcotic Overdose Deaths in British Columbia*. Burnaby, Office of the Chief Coroner, Province of British Columbia.
10. Canadian HIV/AIDS Legal Network. 1999. *Injection Drug Use and HIV: Legal and Ethical Issues*. Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network.
11. Hankins, C. and et al. 1997. *HIV, AIDS and Injection Drug Use - A National Action Plan*. Ottawa, Health Canada.
12. Schechter, M. T., S. A. Strathdee, P. G. A. Cornelisse, S. Currie, D. M. Patrick, M. L. Rekart, and M. V. O'Shaughnessy. 1999. Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users?: an investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS* 13:F45-F51.
13. Strathdee, S. A., D. M. Patrick, S. L. Currie, P. G. A. Cornelisse, M. L. Rekart, J. S. G. Montaner, M. T. Schechter, and M. V. O. O'Shaughnessy. 1997. Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS* 11:59-65.
14. Fischer, B., L. Gliksman, J. Rehm, N. Daniel, and W. Medved. 1999. Com-

# Addictions et toxicomanies

paring opiate users in methadone treatment with untreated opiate users: results of a follow-up study with a Toronto opiate user cohort. *Canadian Journal of Public Health* 90:299-303.

15. Single, E., Robson, L., Xie, X., and Rehm, J. 1996. The Costs of Substance Abuse in Canada. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse.

16. Wall, R., J. Rehm, B. Fischer, B. Brands, L. Gliksman, J. Stewart, W. Medved, and J. Blake (in press). The social cost of untreated opiate use. *Journal of Urban Health*.

17. Nadelmann, E., J. McNeely, and E. Drucker 1997. Harm reduction drug control strategies: A global perspective. In J. Lowinson, P. Ruiz, and R. Millman, editors *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook Williams and Wilkins*, Baltimore. 22-39.

18. Remis, R. S. and D. W. Sutherland. 1993. The Epidemiology of HIV and AIDS in Canada: Current Perspectives and Future Needs. *Canadian Journal of Public Health* 84:34-38.

19. Giffen, J., S. Endicott, and S. Lambert. 1991. Panic and Indifference - The Politics of Canada's Drug Laws. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa.

20. Solomon, R. and M. Green 1988. The first century: The history of non-medical opiate use and control policies in Canada, 1870-1970. In J. C. Blackwell and P. G. Erickson, editors *Illicit Drugs in Canada: A Risky Business Nelson Canada*, Toronto. 88-116.

21. Fischer, B., P. Erickson, and R. Smart. 1996. The new Canadian drug law: One step forward, two steps backward. *The International Journal of Drug Policy* 7:172-179.

22. Fischer, B. 1997. The Battle for a New Canadian Drug Law: A Legal Basis for Harm Reduction or a New Rhetoric for Prohibition? A Chronology. In P. G. Erickson, D. Riley, Y. Cheung, and P. O'Hare, editors *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs University of Toronto Press*, Toronto. 47-68.

23. Erickson, P. G. 1992. Recent Trends in Canadian Drug Policy: The Decline and Resurgence of Prohibitionism. *Daedalus* 121:239-267.

24. Le Dain Commission. 1973. Final Report of the Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs. Ottawa, Information Canada.

25. Fischer, B. 1999. Prohibition, public health and a window of opportunity: An analysis of Canadian drug policy, 1985-1997. *Policy Studies* 20:197-210.

26. Erickson, P. G. 1991. Past, Current and Future Directions in Canadian Drug Policy. *The International Journal of the Addictions* 25:247-266.

27. Canadian Centre for Justice Statistics. 1997. Crime Statistics for 1997 - Canada. Ottawa, Canadian Centre for Justice Statistics.

28. Halliday, R. 1963. Management of the Narcotic Addict. *British Columbia Medical Journal* 5:412-414.

29. Fischer, B. 2000. Prescriptions, power and politics: The turbulent history of methadone maintenance in Canada. *Journal of Public Health Policy* 21:187-210.

30. Le Dain Commission. 1972. Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs - Treatment Report. Ottawa, Information Canada.

31. Peachey, J. E. and T. Franklin. 1985. Methadone Treatment of Opiate Dependence in Canada. *British Journal of Addiction* 80:291-299.

32. Brands, J., B. Brands, and D. Marsh (forthcoming). The Expansion of Methadone Prescribing in Ontario, 1996-1997. *Addiction Research*.

33. Fischer, B. (in press). Opiate Addiction Treatment, Research and Policy in Canada - Past, Present and Future Issues. In M. Rihs-Middel, editor *Heroin-Assisted Treatment for Dependent Users: State of the Art and New Research Perspectives. Scientific Findings and Political Perspectives University of Berne*, Berne.

34. Krausz, M., A. Uchtenhagen, and W. van den Brink. 1999. Medically indicated heroin prescription in the treatment of drug addicts: Clinical trials and developments in research in Europe. *Sucht* 45:171-186.

35. Kuo, I., B. Fischer, and D. Vlahov. 2000. Consideration of a North Ameri-

can Heroin-Assisted Trial for the Treatment of Opiate-Dependent Individuals. *International Journal of Drug Policy* 11:357-370.

36. Ward, J., W. Hall, and R. Mattick. 1999. Role of methadone maintenance in opioid dependence. *Lancet* 353:221-226.

37. Bertschy, G. 1995. Methadone maintenance treatment: an update. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 245:114-124.

38. Hankins, C. A. 1998. Syringe exchange in Canada: Good but not enough to stem the HIV tide. *Substance Use & Misuse* 33:1129-1145.

39. Bruneau, J., F. Lamothe, E. Franco, N. Lachance, M. Delsy, J. Soto, and J. Vincelette. 1997. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a Cohort Study. *American Journal of Epidemiology* 146:994-1002.

40. Bammer, G., A. Dobler-Mikola, P. Fleming, J. Strang, and A. Uchtenhagen. 1999. The heroin prescribing debate: Integrating science and politics. *Science* 284:1277-1278.

41. NIDA. 1995. Methadone Maintenance Treatment: Translating Research into Policy. Bethesda, National Institute on Drug Abuse.

42. Ball, J. and A. Ross. 1991. The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services and Outcome Springer-Verlag, New York.

43. Zule, W. A. and D. P. Desmond. 1998. Attitudes toward methadone maintenance: implications for HIV prevention. *Journal of Psychoactive Drugs* 30:89-97.

44. Fischer, B., A. Chin, I. Kuo, M. Kirst, and D. Vlahov (in press). Opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment in Canada: A qualitative focus group study. *Substance Use and Misuse*.

45. Fischer, B., W. Medved, J. Rehm, and L. Gliksman. 1999. Profile of illicit and untreated opiate users in Toronto, Canada. *Addiction Research* 7:377-415.

46. deBurger, R. 1997. Heroin substitution in Canada: A necessary public health intervention. *Canadian Journal of Public Health* 88:365.

47. Ritter, A., Kutin, J., Lintzeris, N., and Bammer, G. 1997. Expanding treatment options for heroin dependence in Victoria: buprenorphine, LAAM, naltrexone and slow-release oral morphine, New Pharmacotherapies Project - Feasibility Phase. Victoria, Australia, Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc.

## Biographies

**Maritt Kirst, M.A.**, a reçu sa maîtrise en criminologie à l'Université d'Ottawa, Canada. Actuellement, elle travaille comme Associée de Recherche dans le Département de Recherche sociale, préventive et en politiques de santé au Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto, Canada. Son rôle primaire est dans le développement d'un programme interdisciplinaire de recherche sociale, clinique et scientifique au sujet de la dépendance aux opiacés illicites au Canada.

**Benedikt Fischer, Ph.D.**, est professeur adjoint dans le Département des sciences de santé publique et le Département de criminologie à l'Université de Toronto, et il est Scientifique de Recherche dans le Département de Recherche sociale, préventive et en politiques de santé au Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto, Canada. Ses intérêts primaires sont le loi et la politique internationale réglementant les drogues; les méfaits et coûts sociales et le traitement associés avec l'usage des drogues illicites; et les études du système de justice criminelle. Actuellement, il participe dans le développement d'un protocole pour un essai clinique de traitement d'ordonnance de l'héroïne en Amérique du Nord.