



# RÉDUCTION DES MÉFAITS ET UTILISATION DES DROGUES INJECTABLES :

## étude comparative internationale des facteurs contextuels influençant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes adaptés

Préparé pour le :

Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C  
Division de l'hépatite C

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique



La Stratégie  
canadienne  
sur le VIH/sida

Canadian  
Strategy on  
HIV/AIDS

Pour plus d'information, visitez  
[www.santecanada.ca/hepatitec](http://www.santecanada.ca/hepatitec)

Informez-vous.

*Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé.*

Santé Canada

Pour obtenir plus d'information sur cette publication  
ou des exemplaires, prière de communiquer avec :

Division de l'hépatite C  
Centre de prévention et de contrôle  
des maladies infectieuses  
Direction générale de la santé de la population  
et de la santé publique  
Santé Canada  
2<sup>e</sup> étage, 400, rue Cooper  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
Tél. : (613) 941-7532  
Télééc : (613) 941-7563  
Site web : [www.healthcanada.ca/hepc](http://www.healthcanada.ca/hepc)

ou

Centre canadien de documentation sur le VIH/sida  
Association canadienne de santé publique  
400 – 1565 Avenue Carling  
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1  
Appels gratuits : 1-877-999-7740  
Tél. : (613) 725-3434  
Télééc. : (613) 725-1205  
Courriel : [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca)  
Site web : [www.clearinghouse.cpha.ca](http://www.clearinghouse.cpha.ca)

This document is also available in English under the title:  
*Harm reduction and injection drug use: an international comparative study of contextual factors influencing  
the development and implementation of relevant policies and programs*

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas  
nécessairement les politiques officielles de Santé Canada.

Ce document a été préparé par :  
Alan C. Ogborne, Virginia Carver et Jamie Wiebe au nom du Centre canadien  
de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT)

Septembre 2001

**RÉDUCTION DES MÉFAITS ET UTILISATION  
DES DROGUES INJECTABLES :  
Étude comparative internationale  
des facteurs contextuels influençant  
l'élaboration et la mise en œuvre  
de politiques et de programmes adaptés**

# Remerciements

---

Nous aimerions remercier Keith Walls (Élaboration de la politique de prévention, Programme de prévention et d'action communautaire sur le VIH/sida, Santé Canada) qui nous a donné l'occasion de travailler sur ce projet et nous a soutenu tout au long de sa réalisation. Nous sommes également reconnaissants à tous nos répondants et à toutes les personnes qui nous ont fourni des renseignements utiles et des conseils pertinents. Notre gratitude va aussi à Nina Frey et à Manon Blouin qui ont dressé la liste de tous les documents nécessaires à la bonne marche de notre travail et les ont mis à notre disposition. Enfin, un merci tout particulier à Richard Garlic qui nous a aidé à préparer la version finale de ce rapport.

# Table des matières

---

Résumé . . . . .	1
Introduction. . . . .	3
Objectifs. . . . .	6
Méthodologie . . . . .	6
Utilisation des drogues injectables et VIH/VHC associés à cette pratique au Canada et dans d'autres pays . . . . .	6
Réduction des méfaits au Canada . . . . .	10
Réduction des méfaits aux Pays-Bas. . . . .	23
Réduction des méfaits en Grande-Bretagne . . . . .	42
Réduction des méfaits en Suisse. . . . .	59
Réduction des méfaits en République fédérale d'Allemagne . . . . .	76
Réduction des méfaits en Australie . . . . .	89
Références . . . . .	114
Annexe A : Exemple de courriel aux répondants . . . . .	127
Annexe B : Principaux répondants et autres personnes avec qui le projet a fait l'objet de discussions . . . . .	129

# List des tableaux

---

Tableau 1	Principaux cadres d'initiatives de réduction des méfaits répondant à l'utilisation des drogues injectables . . . . .	4
Tableau 2	Taux d'utilisation des drogues injectables/de pharmacodépendance au Canada et dans d'autres pays . . . . .	7
Tableau 3	Prévalence du VIH chez les UDI au Canada et dans d'autres pays . . . . .	8
Tableau 4	Prévalence du VHB/VHC chez les UDI au Canada et dans d'autres pays . . . . .	9

# Résumé

---

Cette étude se penche sur le contexte sociopolitique entourant les initiatives de réduction des méfaits découlant de l'utilisation des drogues injectables et reliés au VIH/sida et au VHC, au Canada et dans cinq autres pays : l'Australie, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas et la Suisse. L'objectif est de faire ressortir les options qui pourraient être envisagées pour servir les politiques et les pratiques canadiennes. Cette étude a été menée entre janvier et mai 2001; durant cette période, nous avons interviewé plusieurs répondants et étudié de nombreux rapports et exposés différents.

La transmission du VIH/sida et les décès par surdose chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI), ainsi que la prolifération des scènes de drogue et des activités criminelles connexes, ont poussé le Canada et les autres pays étudiés à mettre en œuvre des mesures de réduction des méfaits. Ces mesures ont été appliquées dans le cadre de stratégies nationales de lutte antidrogue, qui accentuent semblablement les efforts de prévention, de traitement, de réduction des méfaits et d'application de la loi.

À l'exception de l'Allemagne qui n'a sanctionné les approches en réduction des méfaits qu'à partir du début des années '90, les pays étudiés ont commencé à mettre sur pied des politiques et des programmes de réduction des méfaits au milieu des années '80, en réponse à la propagation du VIH/sida chez les UDI. Dans la plupart des cas, l'approche est nationale, mais certaines grandes villes, comme Francfort et Amsterdam, ont conçu des stratégies locales, bien souvent avant l'élaboration de stratégies nationales de soutien. Qu'elles soient locales ou nationales, les stratégies réussies ont exigé la collaboration d'un grand nombre d'intervenants, en particulier dans les domaines de la santé et de l'application de la loi.

Les principales approches utilisées en réduction des méfaits sont le traitement par la méthadone (TM) et les programmes d'échange de seringues (PES). En général, les interventions s'orientent sur les TM axés sur les besoins du client; un accent particulier est mis sur les services à seuil bas et un dosage suffisamment élevé de méthadone, généralement administrée par voie orale. Les PES sont bien implantés dans chacun des pays étudiés et reçoivent l'appui des forces de l'ordre locales. Dans la plupart des cas, on s'efforce de faire en sorte que les TM et les PES soient offerts dans le cadre d'un ensemble de services de soutien : interventions en situation de crise, soins médicaux et sociaux, hébergement, services d'approche et counseling. Les centres d'injection supervisés sont approuvés en Allemagne, aux Pays-Bas et en Suisse, alors que cette option est présentement à l'étude en Australie.

L'Australie, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et la Suisse ont tous approuvé l'usage du buprénorphine, alors qu'aux Pays-Bas, on l'utilise rarement, sauf avec de jeunes clients. L'Allemagne a également approuvé l'usage du LAAM, qui n'est présentement utilisé qu'à titre expérimental aux

Pays-Bas et en Australie. Dans tous les pays étudiés, la naltrexone est couramment utilisée pour la prise en charge des symptômes de sevrage. En Grande-Bretagne, une étude pilote est en cours sur la prescription de naloxone aux UDI dans les cas de surdose, alors que l'Australie étudie la possibilité de la rendre plus disponible.

En Grande-Bretagne et en Suisse, l'héroïne est utilisée pour traiter la dépendance aux stupéfiants et les Pays-Bas en font également l'expérience. À cet égard, l'Allemagne prévoyait procéder à des essais dès l'automne 2001. En Australie, le sujet est largement débattu, mais les essais n'ont pas encore été approuvés.

Les groupes d'utilisateurs, le soutien et l'éducation entre pairs ont joué un rôle particulièrement important aux Pays-Bas et en Australie, où les gouvernements locaux et nationaux ont appuyé et financé les groupes d'utilisateurs.

Certaines des initiatives de réduction des méfaits utilisées en Australie, en Grande-Bretagne et dans le reste de l'Europe ont été mises sur pied dans certaines régions du Canada. Les exceptions les plus notables sont les centres d'injection supervisés, les PES en milieu carcéral et la prescription médicale d'héroïne. Contrairement aux autres pays, certaines approches en réduction des méfaits sont moins développées au Canada, en particulier la prescription de méthadone et la prestation de services médicaux et sociaux auprès des populations de rue.

La preuve est faite que les approches en réduction des méfaits réussissent à limiter la propagation du VIH/sida et permettent à de nombreux UDI de recevoir de l'aide sous différentes formes. Dans la plupart des cas cependant, le taux d'infection par le VHC chez les UDI reste élevé; il faut donc intensifier les efforts pour prévenir le partage des seringues et du reste du matériel, et pour encourager les UDI à adopter d'autres modes de consommation que l'injection. Dans certains pays, l'utilisation de la cocaïne et des amphétamines continue d'être un problème, mais aucun des pays étudiés ne semble avoir conçu de programmes particulièrement novateurs pour venir en aide aux UDI dépendants de ces drogues. En Grande-Bretagne, les amphétamines sont prescrites de façon limitée; toutefois, les autorités sanitaires n'encouragent pas cette pratique qui demeure controversée.

Comme on peut le constater à la lecture du document de travail de Santé Canada intitulé *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, les initiatives actuelles visant à améliorer la réponse canadienne à l'UDI s'appuient sur les expériences menées dans d'autres pays. Dans ce sens, le document de travail formule des recommandations importantes : approche globale, équilibrée et coordonnée; renforcement du leadership; augmentation du nombre de TM et de PES; meilleur accès aux services communautaires; ouverture face aux essais de prescription d'autres drogues et de centres d'injection supervisés; attention accrue aux enjeux entourant les UDI et le système juridique; et, davantage de recherche et d'évaluation.

# Introduction

---

L'utilisation des drogues injectables est associée à nombre de méfaits sérieux pour l'utilisateur, la collectivité et la société dans son ensemble. Ces méfaits comprennent les risques de surdose, de complications et de décès; la propagation des maladies transmissibles par le sang; les abcès et autres problèmes de santé; la transmission du VIH et du VHC par le partage de seringues et d'autre matériel d'injection, par des pratiques sexuelles à risque, ou par voie verticale; ainsi que les problèmes de nuisance publique associés aux scènes de drogue, aux rebuts d'utilisation (seringues, aiguilles, etc.) et aux activités criminelles connexes.

Au Canada, comme dans la plupart des pays, la réponse convenue face aux UDI consiste à les arrêter, à les incarcérer et à leur fournir un traitement axé sur l'abstinence. Cette forme de réponse ne remporte pas beaucoup de succès. S'ajoutant à la propagation du VIH/sida et de l'hépatite C chez les UDI, cette réalité commande donc des approches alternatives à l'utilisation des drogues injectables. Des mesures particulières doivent être mises en place pour réduire ou minimiser l'utilisation à risque élevé (ex. : partager une aiguille), soit comme objectif provisoire conduisant éventuellement à l'abstinence durable, ou comme résultat à plus long terme dans le cas de certains groupes ou de certains individus. De nouvelles approches doivent également être élaborées pour réduire les activités sexuelles à risque et améliorer la capacité des UDI à prendre soin d'eux-mêmes. Comme ces approches se concentrent sur les méfaits liés à l'utilisation des drogues injectables, et non sur l'utilisation des drogues *en tant que telles*, nous y ferons référence en tant qu'*approches en réduction des méfaits*, aussi appelées *approches en réduction des risques* ou *en minimisation des méfaits*.

Les partisans des politiques et des programmes de réduction des méfaits de l'utilisation des drogues injectables (ex. : Riley, Teixeira et Hausser, 1999) les appuient en raison de leurs composantes humaines et pragmatiques de réponse globale à une problématique complexe qui ne peut être résolue simplement en intensifiant l'application de la loi visant les revendeurs et les utilisateurs, ou en offrant des traitements conventionnels axés sur l'abstinence.

Le tableau 1 illustre les principaux cadres de politiques et d'initiatives de programmes poursuivant des objectifs de réduction des méfaits. Dans les faits, plusieurs de ces initiatives comportent des éléments multiples qui incluent l'éducation. Habituellement, les programmes qui fournissent des drogues autoinjectables offrent aussi les aiguilles et les seringues. Certaines initiatives de réduction des méfaits poursuivent également des objectifs à plus long terme, implicites ou explicites : réduire la propagation des infections et la criminalité associées aux stupéfiants, et inciter les UDI à suivre des traitements.

**Tableau 1**

Principaux cadres d'initiatives de réduction des méfaits répondant à l'utilisation des drogues injectables

Initiatives	Objectifs immédiats
Éducation sur : la prévention des surdoses les pratiques d'injection sécuritaires les risques de partage des seringues la sexualité sans risques	Réduire : les décès par surdose les abcès et les infections aux endroits d'injection les dommages aux veines le partage des seringues et les problèmes connexes
PES ou autres moyens de distribution : pharmacies, distributeurs automatiques, camionnettes de distribution	Réduire : le partage des seringues et les problèmes connexes la propagation des maladies transmissibles par le sang
Distribution d'eau de Javel	Réduire les risques d'infection dans les cas de partage de seringues ou d'aiguilles
Centres d'injection supervisés	Réduire : les décès par surdose le partage des seringues et les problèmes connexes Faire en sorte que le public soit moins exposé aux pratiques d'autoinjections Offrir l'accès à du counseling et à d'autres services sociaux/de santé
Centres sans rendez-vous Refuges	Fournir de la nourriture et/ou un abri Améliorer la capacité de prendre soin de soi-même et l'accès aux services Faire en sorte que le public soit moins exposé aux pratiques d'autoinjection Offrir du counseling
Services d'approche : par des professionnels par les pairs	Fournir de la nourriture et/ou un abri Intervenir en situation d'urgence Distribuer aiguilles/eau de Javel/méthadone
Méthadone à seuil bas	Réduire : le besoin de drogues injectables l'utilisation des drogues illicites Stabiliser le client, améliorer sa santé et son intégration sociale
Méthadone à seuil haut	Réduire/éliminer : le besoin de drogues injectables l'utilisation des drogues illicites Stabiliser le client, améliorer sa santé et son intégration sociale

**Tableau 1** (suite)

Principaux cadres d'initiatives de réduction des méfaits répondant à l'utilisation des drogues injectables

Initiatives	Objectifs immédiats
Prescription d'autres drogues de maintien injectables ou non : LAAM, buprénorphine, codéine, héroïne	Réduire/éliminer : le besoin de drogues injectables l'utilisation des drogues illicites Améliorer les autres facettes de la vie
Prescription de drogues de prédilection autoinjectables : opiacés, amphétamines, cocaïne	Réduire/éliminer : le besoin de drogues injectables l'utilisation des drogues illicites Améliorer les autres facettes de la vie
Zones de tolérance aux drogues	Restriction géographique de l'utilisation des drogues

Les programmes de réorientation, comme les arrestations/orientation et les tribunaux de traitement de la toxicomanie, sont quelquefois considérés comme des initiatives de réduction des risques parce qu'ils réduisent les méfaits associés à une procédure criminelle. Leur objectif principal n'en reste pas moins d'inciter les utilisateurs de drogues à suivre un traitement qui peut avoir ou ne pas avoir pour but la minimisation des méfaits.

La documentation portant sur les programmes de réduction des méfaits se reporte souvent aux services à seuil bas, dans le contexte des programmes de traitement par la méthadone. Par services à seuil bas, on entend généralement les services ou les programmes faciles d'accès, dont les politiques et les pratiques encouragent l'utilisation par la clientèle – par exemple, en établissant des heures d'ouverture conviviales, en offrant des services là où la clientèle se tient, en tolérant l'utilisation des drogues, etc. Par TM à seuil bas, on entend généralement les programmes adaptés à la clientèle, qui ne renvoient pas les personnes utilisant d'autres drogues en même temps que la méthadone, qui offrent plus facilement des doses de méthadone ambulatoires, et ont moins d'exigences quant aux tests d'urine périodiques et au counseling régulier.

Actuellement, en réponse aux méfaits causés par l'utilisation des drogues, la plupart des stratégies antidrogue nationales rassemblent en un tout équilibré des éléments de prévention, de traitement, de réduction des méfaits et d'application de la loi. Les politiques et les programmes de réduction des méfaits sont spécifiquement au cœur de la réponse à l'utilisation des drogues injectables en rapport avec le VIH/sida et l'hépatite C. Les pierres angulaires des programmes de soutien et de traitement pour les UDI sont les TM et les PES. Il appert toutefois que certains pays réussissent mieux que d'autres à établir et à maintenir des programmes et des politiques de réduction des méfaits, ce qui est le cas des pays étudiés ici. Nous avons en partie cherché à valider cette perception; mais notre objectif principal consistait à comprendre comment différents facteurs contextuels (sociaux et politiques) ont contribué à favoriser ou à empêcher le développement d'initiatives de réduction des méfaits, et à en améliorer ou à en réduire l'efficacité. Notre but était de déterminer quelles sont les options qui permettront d'améliorer l'utilisation et l'efficacité des initiatives de réduction des méfaits au Canada.

## Objectifs

---

Notre projet avait pour but d'étudier, dans différents pays, (1) les contextes politiques entourant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes de réduction des méfaits, (2) la situation actuelle de certaines initiatives précises de réduction des méfaits, et (3) les facteurs contextuels qui contribuent à favoriser ou à empêcher le succès de ces initiatives. Tel que mentionné, notre étude a porté sur le Canada, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, l'Allemagne, la Suisse et l'Australie. Ultimement, notre but était de dégager les options qui pourront améliorer la réponse canadienne à l'utilisation des drogues injectables en rapport avec le VIH/sida et le VHC.

## Méthodologie

---

Nous avons étudié les plus importants documents – publiés ou non – portant sur les programmes et les pratiques de réduction des méfaits au Canada, en Australie, en Allemagne, en Suisse, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne. Nous avons également interviewé des répondants du Canada et des cinq autres pays par téléphone ou par courriel. Ces personnes ont été sélectionnées après étude de documents nationaux et de travaux de recherche, et suite aux recommandations des représentants gouvernementaux de chaque pays, dont les noms nous ont été fournis par le Bureau de la stratégie canadienne antidrogue de Santé Canada. La liste des personnes contactées se trouve à l'annexe B.

## Utilisation des drogues injectables et VIH/VHC associés à cette pratique au Canada et dans d'autres pays

---

Il est très difficile d'obtenir de l'information exacte sur les taux et les profils d'utilisation des drogues injectables et des problèmes qui s'y rattachent (Miller, 1998). La nature illicite de cette pratique et son image négative font qu'il est difficile de définir les caractéristiques des personnes qui s'injectent des drogues et leurs comportements. Les utilisateurs de drogues injectables sont sous-représentés dans les enquêtes de population, et plusieurs ont des modes de vie instables qui gravitent autour de leur dépendance et les marginalisent. La plupart des estimations de l'utilisation des drogues injectables dans l'ensemble de la population s'appuient sur des données relativement faciles à obtenir, provenant de programmes de traitement, de TM, de PES et de rapports d'arrestation. Les estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH/sida et des autres infections dans les populations d'UDI se reportent à des études incluant le dépistage volontaire des utilisateurs de drogues en traitement et des personnes fréquentant les PES.

Au Canada et dans les autres pays étudiés, les estimations du taux d'utilisation des drogues injectables ou de pharmacodépendance<sup>1</sup> par 1 000 habitants entre 15 et 54 ans sont données au tableau 2. On constate qu'au Canada, le taux d'utilisation des drogues injectables est semblable à celui des autres pays, et inférieur aux estimations les plus élevées faites en Grande-Bretagne, en Suisse et en Australie. Le lecteur trouvera plus d'information sur les taux et les tendances de chaque pays dans la section consacrée à chacun.

Les tableaux 3 et 4 résument les données sur les taux récents d'infections par le VIH et l'hépatite C chez les UDI au Canada et dans d'autres pays. Le tableau 3 suggère qu'à l'exception du Canada, les pays étudiés ont réussi à contenir ou à réduire la propagation de l'infection par le VIH chez les UDI. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce succès, mais il y a de fortes raisons de croire qu'il reflète la mise en œuvre de politiques et de programmes de réduction des méfaits qui offrent un meilleur accès à la méthadone et réduisent le partage des aiguilles et des seringues à l'aide des PES et en éduquant les utilisateurs (Fischer, Rehm et Blitz-Miller, 2000).

En ce qui a trait à l'endigement ou à la réduction de la propagation de l'hépatite C, les preuves de succès sont moins évidentes (tableau 4). Le taux d'infection est très élevé (> 70 %) au Canada, aux Pays-Bas et en Allemagne, alors qu'il oscille entre 50 et 70 pour cent en Australie, et est légèrement plus faible en Grande-Bretagne (63 %). En Suisse et en Australie, on constate que le taux d'infection par le VHC est en déclin.

**Tableau 2**

Taux d'utilisation des drogues injectables/de pharmacodépendance au Canada et dans d'autres pays

Pays	Taux d'UDI/de pharmacodépendance par 1 000 individus entre 15 à 54 ans <sup>2</sup>
Canada	2,5 – 4,6 <sup>3</sup>
Pays-Bas	2,8 – 2,7
Grande-Bretagne	2,3 – 8,9
Suisse	6,2 <sup>4</sup>
Allemagne	1,4 – 3,0
Australie	6,9 <sup>5</sup>

1 Les estimations pour les pays européens proviennent du Rapport annuel de l'an 2000 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). On y trouve des taux pour les pharmacodépendances définies comme « l'utilisation régulière/à long terme ou par intraveineuse d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines ».

2 Voir la note 1.

3 Calculé d'après les chiffres de Fischer, Rehm et Blitz-Miller, 2000.

4 Calculé d'après les chiffres fournis par l'Office fédéral de santé publique suisse.

5 Problem Drug Users, Hall et al., 2000.

**Tableau 3**

Prévalence du VIH chez les UDI au Canada et dans d'autres pays

Pays	Prévalence du VIH
Canada <sup>6</sup>	<b>Montréal</b>
	4 % – 5 % en 1988/89
	19 % en 1994/95
	16 – 20 % en 1998/99
	<b>Toronto</b>
	4 % – 5 % en 1988/99
	8 % en 1994/95
	10 % en 1998/99
	<b>Vancouver</b>
1 % – 3 % en 1988/89	
6 % en 1994/95	
23 % – 30 % en 1998/99	
Pays-Bas <sup>5</sup>	<b>Amsterdam</b>
	33 % en 1986
	26 % en 1994/95
	26 % en 1998/99
Grande-Bretagne	<b>Édimbourg<sup>4</sup></b>
	50 % en 1985
	20 % en 1995
	<b>Dundee<sup>4</sup></b>
	40 % en 1995
	<b>Londres<sup>4</sup></b>
	7 % en 1995
	<b>Extérieur de Londres<sup>4</sup></b>
	1 % en 1995
	<b>Glasgow<sup>3</sup></b>
	5 % – 6 % en 1985
1 % – 2 % en 1990/92	
<b>Principaux centres urbains<sup>6</sup></b>	
3 % – 4 % en 1997	
Suisse	30 % en 1986
	9 % en 1991
	6 % en 1995
Allemagne	<b>Hambourg</b> 5 % en 1995 <sup>7</sup>
	<b>Berlin</b> 3,9 -20,7 % en 1995 <sup>8</sup>
	<b>Francfort</b> 14 % en 1999 <sup>9</sup>
Australie	0,6 % – 3 % en 2000 <sup>10</sup>

6 Fischer et al., 2000.

**Tableau 4**

Prévalence du VHB/VHC chez les UDI au Canada et dans d'autres pays

Pays	Prévalence du VHB/VHC
Canada	80 % <sup>11</sup>
Pays-Bas	80 % <sup>12</sup>
Grande-Bretagne	VHB 40 %; VHC 60 % en 1995 <sup>13</sup>
Suisse	VHC 92 % en 1988; 29,8 % en 1993 VHB 80,5 % en 1988; 20,1% en 1993 <sup>14</sup>
Allemagne	70 % – 90 % <sup>15</sup>
Australie	50 % – 70 % <sup>16</sup>

---

7 Fischer et al., 1995.

8 Stark et al., 1995.

9 MacPherson, 1999.

10 Alcohol and Other Drugs Council of Australia, 2000.

11 Leonard, Vavarro et Pelude, 2000.

12 OEDT, 2000.

13 Stimson, communication personnelle.

14 Riley, 1993.

15 Gerlach, 2000.

16 Alcohol and Other Drugs Council of Australia, 2000.

# Réduction des méfaits au Canada

---

Le dernier rapport fédéral/provincial/territorial (2001) offre un excellent résumé des initiatives de réduction des méfaits liées à l'utilisation des drogues injectables mises en œuvres au Canada. L'exposé suivant s'inspire de ce rapport et de certains autres, ainsi que de l'information glanée auprès de nos répondants.

## Aperçu

---

Le Canada offre des services d'échange de seringues depuis 1987, mais on s'entend généralement pour dire qu'il faut les étendre davantage, en particulier dans les régions rurales. Les TM ont connu une augmentation significative au cours des dernières années, mais la demande excède encore l'offre. L'utilisation des drogues injectables est source d'inquiétude dans plusieurs grandes villes du Canada, que ce soit à Vancouver, Toronto, Ottawa ou Montréal. Le Programme VIH/sida de Santé Canada fait état d'une crise en santé publique chez les UDI canadiens en ce qui concerne le VIH/sida et les autres infections comme l'hépatite C.

Le moment semble opportun pour s'attaquer à l'utilisation des drogues injectables au Canada. Les graves méfaits associés à cette pratique ont été définis comme un enjeu prioritaire par les différents comités fédéraux et provinciaux/territoriaux canadiens qui se penchent sur des problématiques connexes, comme l'alcoolisme et les toxicomanies, le VIH/sida, les hépatites infectieuses, les services correctionnels, les problématiques touchant les Premières nations, ainsi que celles qui relèvent de la justice et de l'application de la loi. L'utilisation des drogues injectables est reconnue comme une problématique cruciale de la Stratégie canadienne antidrogue, de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C et du Comité consultatif en santé de la population. Ces stratégies insistent sur la nécessité d'intensifier la programmation en réduction des méfaits pour s'attaquer aux problèmes qui entourent l'utilisation des drogues injectables. Les propositions qui ont été faites concernant l'essai scientifique de la prescription d'héroïne, des centres d'injection supervisés et des PES en milieu carcéral suscitent maintenant plus d'intérêt dans les milieux politiques.

## Contexte politique de réduction des méfaits

---

La Stratégie canadienne antidrogue (SCA) a pour but avoué de réduire les méfaits liés à l'alcool et aux drogues chez les individus, dans les familles et les collectivités. La SCA approuve les PES, les TM, les traitements axés sur l'abstinence, les communautés thérapeutiques, et l'application des lois portant sur l'utilisation des drogues illicites. Ainsi, la réduction des méfaits est considérée dans son

sens large pour englober toute politique ou tout programme qui vise à réduire les méfaits associés aux drogues (Single, 2001). Un contraste s'établit ici avec le sens plus étroit du terme « réduction des méfaits », lorsque celui-ci se reporte à des politiques et à des programmes qui accordent la priorité à la *réduction* de l'utilisation des drogues à risque élevé et des comportements connexes chez les utilisateurs de drogues actifs.

La stratégie établit donc un équilibre entre la réduction de l'offre et de la demande. Elle se traduit par différents partenariats entre quatorze ministères fédéraux, gouvernements provinciaux et territoriaux, organismes de traitement des dépendances, ONG, organismes professionnels, agences d'application de la loi, entreprises du secteur privé et groupes communautaires.

À l'échelon fédéral, le Bureau de la stratégie canadienne antidrogue de Santé Canada est au cœur des initiatives de réduction des méfaits, de prévention, de traitement et de réhabilitation en rapport avec l'alcool et les drogues. Le Bureau travaille en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, et assure le leadership et la coordination nationale quant aux enjeux entourant les problèmes de dépendance. Il mène des recherches sur les facteurs de risque et les causes profondes des dépendances, fait la synthèse de l'information de pointe et des meilleures pratiques et la partage avec ses partenaires, et collabore avec plusieurs organismes multilatéraux dans la lutte au problème global de la drogue. Pour Santé Canada, les principaux partenaires pour qui l'utilisation des drogues injectables présente un problème de santé important sont la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida et le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C.

La SCA n'a financé aucun nouveau programme depuis 1987. Des compressions dans d'autres secteurs ont beaucoup limité les nouvelles initiatives, en plus d'exercer un effet négatif sur les programmes déjà en place. Le gouvernement fédéral a néanmoins fait état de plans pour une stratégie antidrogue; plusieurs espèrent que cela se traduira par des fonds supplémentaires, ainsi que par des buts et des priorités plus clairs que ceux de la stratégie actuelle.

Récemment, le Comité consultatif sur la santé de la population (CCSP) et quatre comités fédéraux/provinciaux/territoriaux (FPT) travaillant sur les dépendances, le sida, la justice et les services correctionnels, ont élaboré un document stratégique de réduction des méfaits associés à l'utilisation des drogues injectables. Le rôle du CCSP est de conseiller la Conférence des sous-ministres de la Santé sur les stratégies nationales et interprovinciales qui doivent être mises en place pour améliorer la santé des Canadiennes et des Canadiens et offrir une approche de la santé encore plus intégrée. Le rapport souligne que

*(...) l'abus des drogues injectables est un problème social et de santé qui a et continuera d'avoir des répercussions significatives sur les individus, les familles et les collectivités du Canada. Ne pas agir maintenant entraînerait une augmentation des impacts sanitaires, sociaux et économiques. Les*

*administrations et les parties intéressées doivent donc renouveler leur engagement à réduire les méfaits associés à l'utilisation des drogues par injection. (p. 8)*

En plus d'appeler au leadership et à la coordination, le cadre d'action proposé crée un consensus remarquable entre plusieurs intervenants de différents milieux et fait appel à nombre d'actions prioritaires de recherche sur la prévention, la réhabilitation et le traitement par service d'approche, la surveillance et le partage des connaissances. Parmi les recommandations les plus pertinentes :

- Assurer le leadership et la coordination pour amorcer un dialogue intersectoriel multipartite sur l'utilisation des drogues injectables;
- Travailler avec les agences de justice et d'application de la loi, les paliers de gouvernement, les groupes communautaires et les autres intervenants, à favoriser la mise en œuvre de PES; garantir leur efficacité et leur accessibilité; réduire les obstacles qui empêchent leur mise sur pied, quel qu'en soit le cadre, ce qui inclut la possibilité d'instaurer des projets pilotes en milieu carcéral;
- Appuyer les initiatives de réseautage et de services d'approche afin d'encourager les initiatives en réduction des méfaits et d'en augmenter le nombre; d'améliorer l'accès à des services sociaux, de santé, de traitement et de réhabilitation efficaces; et de favoriser l'intégration et la réintégration sociale (ex. : détenus qui retournent dans leur collectivité après leur sortie de prison);
- Engager les utilisateurs de drogues et les réseaux d'utilisateurs de drogues dans les efforts de réduction des méfaits liés à l'UDI;
- Trouver des solutions pour écarter les obstacles qui empêchent la prestation de programmes efficaces de traitement des dépendances et de réhabilitation, comme le programme de traitement par la méthadone; et faire en sorte que ces programmes soient accessibles dans tous les milieux, y compris en milieu carcéral;
- Appuyer le principe des essais cliniques visant à évaluer l'efficacité des traitements de prescription d'héroïne, de LAAM, de buprénorphine, et d'autres drogues, pour la prise en charge des UDI;
- Établir un groupe de travail comprenant (à tout le moins) des représentants des agences d'application de la loi, des services correctionnels, de la justice, des services sociaux et de santé, des organismes communautaires et des agences de traitement des dépendances afin d'étudier la faisabilité d'un projet de recherche médicale portant sur un centre d'injection supervisé au Canada;

- Améliorer la surveillance de la situation de l'utilisation des drogues injectables et de ses conséquences au Canada, à l'aide de collectes de données, d'études ciblées, et de travaux de recherche, afin d'évaluer les causes, les cofacteurs et l'efficacité des interventions.

Notons qu'un groupe de travail étudiant la faisabilité d'un projet de recherche médicale sur les centres d'injection supervisés a récemment été mis sur pied.

La Colombie-Britannique a assumé un rôle prépondérant dans sa réponse à l'utilisation des drogues injectables. Un document de travail récemment publié, *A Framework for Action: A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*, plaide fermement en faveur de l'élaboration et de la mise en oeuvre d'un cadre coordonné et global de réponse à la problématique de pharmacodépendance avec laquelle la ville de Vancouver est aux prises. Ce cadre entend équilibrer la santé et l'ordre publics; il appelle à une stratégie antidrogue solide et globale qui comporte quatre volets ou « piliers » : la prévention, le traitement, la réduction des méfaits et l'application de la loi. Ce cadre fait en sorte qu'un continuum de soins soit établi pour les personnes pharmacodépendantes et qu'un continuum de soutien soit offert aux collectivités affectées par ces dépendances. L'approche répond aux besoins des personnes qui doivent être traitées pour toxicomanie, tout en établissant clairement que le désordre public, y compris celui provoqué par les scènes de drogue, doit prendre fin. Le rapport conclut : « En résumé, la dépendance nécessite un traitement et la criminalité, l'application de la loi ».

Le cadre ne fait cependant pas l'unanimité. Certaines personnes sont en profond désaccord avec les mesures de réduction des méfaits et résistent à leur augmentation : parmi celles-ci, certains membres des administrations municipales et des agences d'application de la loi. Il faudra que les agences d'application de la loi et les gouvernements fédéral et provinciaux approuvent le cadre proposé, si l'on veut que ce dernier voit le jour. Quoiqu'il en soit, on peut néanmoins affirmer que le cadre remporte la faveur de la majorité.

## Financement de la réduction des méfaits

Les fonds alloués par la Stratégie canadienne antidrogue à de nouveaux programmes sont limités. La plupart des programmes et des agences de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies et de réhabilitation sont financés directement par les gouvernements provinciaux ou territoriaux, et indirectement par les transferts de fonds fédéraux aux provinces. Par ailleurs, le gouvernement fédéral subventionne directement les agences de traitement des dépendances et de réhabilitation destinés à certains groupes, comme les populations autochtones vivant dans les réserves, les membres de la GRC et des Forces armées, et les membres du système correctionnel fédéral. À l'exception du Québec, il existe peu de programmes spécialisés privés où les clients doivent payer leur traitement.

## Situation actuelle de certaines initiatives de réduction des méfaits

---

### Distribution et échange d'aiguilles et de seringues

Au Canada, les échanges de seringues ont commencé en 1987, le premier centre officiel ouvrant à Vancouver en mars 1989. À l'origine, le service était offert à partir de sites permanents et par le truchement du travail de rue; il était également fourni par d'autres agences offrant des services aux utilisateurs de drogues dans les centres-villes. Au fil du temps, plusieurs villes ont ajouté des camionnettes de distribution à leur service. Des troussees contenant des aiguilles, de l'eau de Javel et des condoms sont aussi distribuées de cette façon. Entre 1989 et 1993, le gouvernement fédéral a partagé avec quatre provinces les coûts des programmes pilotes de services d'approche. Actuellement, il y a plus de 200 PES dans les zones rurales et urbaines du Canada et plusieurs autres sont en chantier. Par ailleurs, de nombreuses pharmacies offrent maintenant l'échange de seringues.

L'accès aux PES n'a pas augmenté l'utilisation des drogues. Au contraire, ces programmes ont réduit le taux de partage des seringues chez les clients et ont également permis aux services de santé de rejoindre plusieurs utilisateurs de drogues. Au Canada, les PES représentent un important élément stratégique de l'approche en réduction des méfaits de l'utilisation des drogues injectables. Plusieurs rapports ont néanmoins souligné la nécessité d'étendre ces programmes et d'en augmenter le nombre afin de les rendre encore plus accessibles. Le besoin est particulièrement pressant dans les collectivités rurales et en milieu carcéral (Réseau juridique canadien VIH-sida, feuillet d'information n° 8, 1999). Au Canada, il n'y a aucun PES dans les établissements correctionnels.

### Traitement aux drogues de substitution

#### *Prescription de méthadone*

La fabrication et la vente de méthadone sont contrôlées par le Bureau des substances contrôlées de Santé Canada. Pour pouvoir prescrire de la méthadone, un médecin doit obtenir une dérogation selon la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Actuellement, 699 médecins sont autorisés à prescrire de la méthadone. Les intervenants ont indiqué que ce nombre était insuffisant, surtout dans les collectivités moins peuplées et dans les zones rurales.

Dans les établissements correctionnels, seuls les détenus qui participaient déjà à un programmes de TM avant leur incarcération peuvent y participer une fois en prison. Dans certaines « circonstances exceptionnelles », ce règlement peut être assoupli, mais en général, les détenus ne peuvent commencer un traitement par la méthadone une fois en prison. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Québec et la Nouvelle-Écosse offrent des programmes de TM en milieu carcéral qui font suite à un programme communautaire identique.

Dans plusieurs collectivités, les listes d'attente pour les TM sont un problème récurrent. Le gouvernement fédéral a donc répondu en rationalisant la procédure d'autorisation : ainsi, il n'y a plus de limite au nombre de patients et le médecin n'est pas tenu de fournir au gouvernement des renseignements sur ses clients. La Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida de Santé Canada finance un projet de traitement par la méthadone à seuil bas à Montréal. D'autres intervenants ont recommandé d'augmenter le nombre de TM en milieu carcéral et dans les zones rurales. Le défi consiste toutefois à inciter les médecins à offrir des prescriptions de méthadone pour traiter la dépendance aux opiacés.

### *Autres drogues de substitution*

Présentement, le buprénorphine n'est pas offert sur le marché canadien. Néanmoins, en accord avec le *Règlement sur les aliments et les drogues*, les médecins peuvent en obtenir dans le cadre d'un programme d'accès spécial de Santé Canada. Un consortium scientifique nord-américain, le North American Opiate Medication Initiative (NAOMI), élabore actuellement une proposition pour un essai clinique de traitement par prescription d'héroïne. Dans certains pays, l'héroïne de substitution est prescrite aux héroïnomanes qui ne peuvent profiter des traitements de substitution comme les TM. Il n'existe pas de traitement de cocaïne de substitution au Canada.

## **Éducation des utilisateurs et services d'approche**

Les programmes d'éducation et de services d'approche, ciblant la réduction des méfaits chez les UDI, sont facilement accessibles partout au Canada. Santé Canada a d'ailleurs récemment commandé un rapport sur les moyens d'améliorer ces programmes (Wiebe, 2000). Les programmes sont le plus souvent offerts à même les PES, les groupes et les réseaux d'utilisateurs de drogues. Un des moyens les plus efficaces de rejoindre davantage de segments de la population ciblée reste sans conteste l'engagement de toxicomanes ou d'ex-toxicomanes dans les services d'approche et la prestation des services. Des groupes officiels existent dans certaines grandes villes du Canada, comme le Vancouver Area Network of Drug Users, ou VANDU, groupe de toxicomanes et d'ex-toxicomanes qui travaillent à améliorer le sort des personnes qui consomment des drogues illégales.

### **Groupes d'utilisateurs**

VANDU est le plus actif parmi les groupes d'action sociale et de soutien formés d'utilisateurs et d'ex-utilisateurs qui naissent actuellement dans plusieurs villes. VANDU organise des réunions bimensuelles pour ses membres et invite occasionnellement des conférenciers; il inclut un groupe d'utilisateurs de méthadone et un programme visant à engager les membres comme bénévoles. Les membres sont aussi actifs auprès d'autres agences communautaires. Depuis sa fondation en 1998, VANDU a vu ses rangs grossir à 500 membres et est maintenant l'un des plus importants organismes du genre au monde.

VANDU a collaboré avec les professionnels et les chercheurs en santé communautaire pour produire du matériel imprimé sur l'utilisation des drogues et élaborer des propositions pour de nouvelles approches qui s'appuient sur les principes de la réduction de méfaits. Une proposition pour un centre d'injection supervisé a récemment été présentée au groupe de travail fédéral qui se penche sur cette problématique (Kerr, 2000).

## Réduction des méfaits dans le système juridique

L'utilisation des drogues injectables, le partage des seringues, et la transmission du VIH et du VHC sont prévalents en milieu carcéral. En 1994, le Comité d'experts sur le VIH en milieu carcéral publiait un rapport qui préconisait une approche musclée en réduction des méfaits de l'utilisation des drogues dans ce milieu. Parmi ses nombreuses recommandations, le rapport mentionnait l'accessibilité à de l'eau de Javel, à de la méthadone et à du matériel d'injection stérile. Le Service correctionnel du Canada appuie d'ailleurs plusieurs de ces recommandations, mais l'accès à la méthadone et au matériel d'injection stérile sont des problèmes qui demeurent sans réponse. Certains des obstacles qui nuisent au progrès des initiatives de réduction des méfaits en milieu carcéral proviennent de la résistance de la direction et du personnel, de problèmes de sécurité, de la perception que ces stratégies lancent un message contradictoire (si le milieu carcéral tolère l'utilisation des drogues en prison, il ne prend pas la loi au sérieux), et la conviction que l'utilisation des drogues injectables va augmenter.

Bien qu'ils ne poursuivent pas nécessairement des objectifs précis de réduction des méfaits, les tribunaux de traitement de la toxicomanie présentent une solution de rechange à l'incarcération pour les infractions mineures liées aux drogues. Le premier projet pilote du genre a été mis sur pied à Toronto le 1<sup>er</sup> décembre 1998. Le groupe cible est constitué de contrevenants non-violents, héroïnomanes ou cocaïnomanes. La participation est volontaire. À la fin du programme, les participants reçoivent une ordonnance non privative de liberté ou voient les accusations contre eux retirées. Le projet de Toronto comporte un volet d'évaluation exhaustif, mais il est encore trop tôt pour tirer des conclusions quant à l'efficacité du programme.

## Facteurs influençant les politiques et les pratiques de réduction des méfaits

### Tendances dans l'utilisation des drogues injectables

On estime qu'au Canada, environ 75 000 à 125 000 personnes s'injectent des drogues comme l'héroïne, la cocaïne ou les amphétamines (Single, 2000). De plus, environ 29,4 pour cent des jeunes utilisateurs de stéroïdes, soit environ 25 000 Canadiens, rapportent s'être déjà injecté (CCDFS, 1993).

À Vancouver, on compte environ 30 000 UDI (Remis et al., 1997), alors qu'ils sont 15 000 à Vancouver (Millar, 1998). On estime qu'à Montréal, 6 000 à 25 000 personnes s'injectent de la

cocaine, et 5 000 à 15 000 de l'héroïne (Roy et Cloutier, 1994). L'utilisation des drogues injectables est également rapportée dans plusieurs autres villes, villages et collectivités rurales.

La proportion d'UDI qui rapportent partager leurs aiguilles varie considérablement, mais est très élevée dans certaines collectivités : 76 pour cent à Montréal (Bruneau et al., 1997), 69 pour cent à Vancouver (Strathdee et al., 1997), 64 pour cent dans une collectivité semi-rurale de la Nouvelle-Écosse (Stratton et al., 1997), 54 pour cent à Québec (Bélanger et al., 1996) et Calgary (Elnitsky et Abernathy, 1993), 46 pour cent à Toronto (Myers et al., 1995) et 37 pour cent à Hamilton-Wentworth (DeVillaer et Smyth, 1994).

### **Tendances dans les taux d'infection par le VIH et par d'autres virus**

La proportion de cas de séropositivité dus à l'utilisation des drogues injectables chez les adultes a augmenté, partant de 9,1 pour cent avant 1995 pour atteindre 29,9 pour cent en 1995, 34,3 pour cent en 1996, 33,6 pour cent en 1997 et 29,2 pour cent en 1998 (CPCMI, 1999). Au Canada, l'utilisation des drogues injectables est actuellement la principale voie de transmission du VIH, et la proportion de nouveaux cas attribuables à cette pratique augmente. Les données de surveillance pour 1999 indiquent que près de la moitié (46,8 %) des nouveaux cas d'infection par le VIH sont rapportés chez les UDI. À Vancouver, la prévalence du VIH chez les UDI a augmenté de 4 à 30 pour cent entre 1992 et 1998; à Montréal, elle est passée de 5 pour cent avant 1988 à 19,5 pour cent en 1997; et de 10,3 pour cent en 1992-93, à 21 pour cent en 1997 à Ottawa.

Dans le rapport déposé à la suite de la rencontre annuelle de planification de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, il est mentionné que depuis 1996, le nombre d'infections chez les UDI a diminué. Le rapport soutient toutefois que prise dans son ensemble, l'information peut être trompeuse puisqu'elle ne reflète pas les tendances locales et régionales; en effet, bien que le taux d'infection par le VIH chez les UDI ait diminué dans les grandes villes canadiennes (Vancouver, Toronto, Montréal), il se peut que ce ne soit pas le cas dans les villages ou les villes moins peuplées.

On estime qu'au Canada, 70 pour cent des nouveaux cas d'infection par le VHC relevés chaque année sont associés au partage des aiguilles, des seringues, des tampons, des filtres, des cuillères, des garrots et de l'eau utilisés pour consommer les drogues par injection. On estime qu'au plan mondial, l'infection par le VHC chez les populations d'UDI se situe entre 50 et 100 pour cent. C'est pour cette raison que les UDI sont un groupe clé, responsable de la persistance du VHC au Canada. Le virus de l'hépatite C se propage rapidement. Les recherches démontrent invariablement un pourcentage élevé d'infection par le VHC chez les utilisateurs qui s'injectent des drogues depuis peu et partagent aiguilles, seringues, tampons, filtres, cuillères, garrots et eau.

Les drogues les plus couramment injectées sont la cocaine et l'héroïne, ce qui est déjà un sujet d'inquiétude en soi, l'utilisation de cocaine présentant des risques particuliers. Les personnes qui

s'injectent de la cocaïne peuvent le faire jusqu'à 20 fois par jour, ce qui augmente les problèmes liés au partage d'aiguilles (McAmmond et ass., 1997). Les renseignements obtenus en interviewant 610 UDI de Winnipeg (Manitoba) (Elliot et Blanchard, 1998) ont permis de démontrer que la cocaïne était la principale drogue injectée et qu'elle était associée à de fréquentes injections et à une consommation excessive. Dans certaines régions du Canada, l'injection de talwin, de ritalin, d'amphétamines et de stéroïdes a aussi été relevée à différentes occasions (Single, 2000).

Certaines pratiques d'injection augmentent les risques de transmission des pathogènes à diffusion hémotogène comme le VIH ou le VHC. Ainsi, les pratiques appelées *front loading* ou *back loading*, qui consistent à préparer la drogue dans une seule seringue avant de la répartir dans une ou plusieurs autres. Il n'y a pas partage d'aiguille, mais le VHC peut être transmis si la seringue utilisée est contaminée. Certaines recherches limitées suggèrent que les personnes qui ont des antécédents d'utilisation de drogues par inhalation ou par voie nasale peuvent également être à risque du VHC. Chez les cocainomanes ayant des érosions et des ulcères dans le nez, partager une paille peut transmettre le VHC. Avoir les lèvres gercées et déshydratées, autre effet secondaire de l'utilisation des drogues injectables, peut présenter un risque potentiel si les utilisateurs partagent une pipe.

À cause de facteurs socioéconomiques et culturels complexes, les comportements à risque élevé associés aux drogues sont plus fréquents chez certains groupes, comme les victimes d'abus durant l'enfance, les personnes qui souffrent de maladies mentales, les sans-abri, les jeunes de rue et les détenus. Les risques sont particulièrement élevés chez les femmes qui s'injectent des drogues, puisqu'elles travaillent souvent dans l'industrie du sexe et qu'elles ont été abusées sexuellement durant leur enfance. Les femmes rencontrent également des obstacles au traitement en termes de services à l'enfance. Au Canada, l'utilisation des drogues injectables et ses répercussions sanitaires et sociales constituent également une problématique de plus en plus importante pour les peuples des Premières nations, autant en milieu rural qu'urbain.

- L'utilisation des drogues injectables est responsable de 19 pour cent des cas de sida chez les femmes, comparé à 3,9 pour cent chez les hommes.
- Le mode de vie des jeunes de rue inclut souvent l'utilisation des drogues et le partage d'aiguilles. Une étude menée à Montréal en 1995-96 a démontré que 12,6 pour cent de cette population était atteinte du VHC.
- Si on les compare aux non-autochtones, les populations des Premières nations sont surreprésentées chez les UDI des quartiers défavorisés, et l'utilisation des drogues injectables y est également responsable d'un nombre plus élevé de cas de sida (19 pour cent chez les hommes et 50 pour cent chez les femmes).
- Le taux de prévalence élevé du VIH (25 à 35 %) chez les UDI de Vancouver est lié à la pauvreté qui sévit dans le quartier est du centre-ville.

En milieu carcéral, le partage de matériel est fréquent puisque les aiguilles et les seringues stériles ne sont pas disponibles. On estime que la prévalence du VIH chez les détenus se situe entre 1 et 4 pour cent chez les hommes, et entre 1 et 10 pour cent chez les femmes, l'infection étant solidement associée à des antécédents d'UDI. Les détenus accusent un taux relativement élevé d'infection par le VHC (28 à 40 %) et l'utilisation des drogues injectées à l'aide d'aiguilles partagées est le principal facteur de risque sous-jacent à ce risque plus important.

S'ajoutant à la réalité grandissante des coûts associés à l'utilisation des drogues illégales (Single, Robson, Rehm et Xie, 1998) et à l'absence de traitement pour la dépendance aux opiacés (Wall et al., 2000), ces tendances ont contribué à la réalisation qu'il est maintenant crucial de s'attaquer aux méfaits liés à l'utilisation des drogues injectables au Canada.

### **Accès aux services sociaux et de santé**

Bien qu'il diffère selon que la collectivité soit rurale ou urbaine, l'accès aux services sanitaires et sociaux est généralement facile, sauf pour les collectivités éloignées des Premières nations. En dépit de cela, les personnes qui souffrent de plusieurs problèmes concurrents ou qui ont reçu des diagnostics multiples se retrouvent souvent laissées pour compte. Ainsi, les UDI n'utilisent les services de santé qu'en cas d'urgence. Certains services de santé, d'approche ou sans rendez-vous, sont offerts dans des régions où il y a un grand nombre d'UDI. Dans certaines collectivités, l'hébergement et l'emploi sont également des problématiques importantes pour les UDI. Les services sociaux et de santé offerts aux utilisateurs de drogues de Vancouver ont été décrits comme terriblement inadéquats et en déclin (Schechter et al., 1999). Le Réseau juridique canadien VIH/sida rapporte que les UDI séropositifs sont moins susceptibles de recevoir un traitement anti-rétroviral que d'autres patients. Le Réseau rapporte également que les médecins ne reçoivent pas une formation adéquate en ce qui a trait aux soins à donner aux UDI.

### **Attitude des fournisseurs de services**

D'après nos entrevues, la direction d'ensemble et les recommandations spécifiques du récent rapport fédéral/provincial/territorial ont reçu l'appui du milieu professionnel. Il n'en reste pas moins que l'opinion de certains fournisseurs de services spécialisés reste mitigée quant à quelques initiatives de réduction des méfaits.

Interrogés par questionnaire sur l'attitude du personnel en matière de réduction des méfaits, les répondants de 42 programmes pour les UDI ont mentionné que la plupart des membres du personnel soutiendraient les centres d'injection supervisés, les essais de traitement par prescription d'héroïne, ou l'utilisation de LAAM ou de buprénorphine (Ogborne et Fischer, en préparation). Il faut cependant ajouter que, dans certains cas, le personnel était indécis ou n'avait pas d'opinion. Les

initiatives rencontrant le plus d'opposition – dans tous les cas, d'une minorité – sont les essais de traitement par prescription d'héroïne et les centres d'injection supervisés.

Dans une enquête postale menée en Ontario auprès du personnel d'agences spécialisées de traitement des dépendances (Ogborne et Birchmore-Timney, 1998), 90 pour cent des répondants ont dit appuyer les PES; 70 pour cent ont mentionné qu'ils seraient d'accord pour proposer des objectifs à court terme, ne visant pas l'abstinence, à leur clientèle souffrant de dépendance à l'alcool ou aux drogues; 42 pour cent ont manifesté une attitude positive face à l'utilisation de la méthadone; et 28 pour cent ont déclaré appuyer le traitement par prescription d'héroïne pour les héroïnomanes. L'enquête a démontré qu'il existe un lien positif entre l'appui accordé aux stratégies de réduction des méfaits, la conviction en l'efficacité des interventions pharmacologiques et cognitives/comportementales et le travail dans un service de traitement ambulatoire, et un lien négatif quant à la croyance en des interventions qui s'appuient sur un modèle de maladie.

### **Attitude des forces policières**

L'attitude des forces policières diffère selon les collectivités; par ailleurs, les policiers de première ligne ne partagent pas toujours l'opinion de leurs supérieurs. Néanmoins, les plus hauts échelons des forces policières canadiennes appuient depuis longtemps les efforts visant à remplacer, face à la dépendance aux drogues injectables, les approches punitives par le traitement et la réhabilitation (Lesser, 2001). Ces mêmes autorités ont soutenu la stratégie nationale de lutte contre le sida et les programmes communautaires d'échange de seringues qui incluent services d'approche, éducation, dépistage et counseling. La police se considère également comme un intervenant essentiel dans les efforts entrepris pour répondre aux problématiques liées à la propagation du VHC et des autres maladies par le biais de l'utilisation des drogues injectables.

Grâce à l'adoption de différentes résolutions, l'Association canadienne des chefs de police a pressé les gouvernements de faire preuve de leadership dans l'élaboration de programmes d'éducation préventive, dans l'attribution des ressources visant à réduire la demande, et dans le maintien d'une stratégie antidrogue équilibrée.

Sur le plan communautaire, les forces policières ont noué des liens avec les PES, et avec les groupes et les organismes qui font la promotion d'autres initiatives de réduction des méfaits. Le corps policier de Vancouver a produit un film sur l'utilisation des drogues injectables qui a beaucoup contribué à humaniser la problématique et à encourager le débat public autour de la nécessité d'adopter de nouvelles approches.

## Opinion publique et médias

Aucune étude n'a été officiellement menée pour sonder l'opinion publique sur l'utilisation des drogues injectables, mais il est clair que c'est un sujet qui suscite de fortes réactions autant chez les professionnels que chez les profanes. Ceci s'ajoute à l'image négative associée à l'utilisation des drogues injectables et restreint les occasions d'innover et de mettre au point des réponses efficaces. L'attitude négative prévalente face aux utilisateurs de drogues injectables est responsable de l'absence d'appui politique provincial et fédéral. On note toutefois qu'au plan provincial, les ministres de la Santé font preuve d'un certain intérêt pour l'essai clinique de centres d'injection supervisés. Dans certaines villes, les maires et autres élus municipaux sont également devenus partisans d'approches en réduction des méfaits de l'utilisation des drogues injectables.

À Vancouver, l'approche dite « des quatre piliers » a reçu beaucoup d'attention de la part des médias et du public qui lui ont généralement fait un accueil positif et lui ont accordé leur appui (*The Province*, 25 avril 2001). L'idée des centres d'injection supervisés est cependant reçue avec moins d'enthousiasme. Le Conseil municipal de Vancouver a approuvé la stratégie des quatre piliers, mais l'appui provincial ou fédéral demeure nécessaire pour mettre en œuvre plusieurs éléments de cette stratégie, y compris les centres d'injection supervisés (*The Province*, 16 mai 2001).

## Recherche et évaluation

Les chercheurs canadiens ont participé à des discussions sur les politiques, et certains documents et pièces à l'appui démontrent que les travaux de recherche canadiens et internationaux sont connus. En général, les documents sur les politiques reconnaissent tous l'importance de l'évaluation. Recherche et évaluation sont d'ailleurs des priorités établies dans le document de travail fédéral/provincial/territorial.

Les recherches sur la méthadone ont influencé l'élaboration de politiques visant à en élargir l'accès; les recherches locales et internationales sur l'infection par le VIH et le VHC chez les UDI ont constitué un argument en faveur des échanges d'aiguilles et des autres initiatives connexes.

Certains chercheurs ont toutefois critiqué la lenteur de Santé Canada à réagir aux résultats des travaux de recherche et soulignent son échec à adopter des politiques et des programmes soutenus par les chercheurs (ex. : PES en milieu carcéral et centres d'injection supervisés).

## Influence des États-Unis et de leur lutte antidrogue

Certaines personnes critiquent la politique canadienne en matière de drogues : elles considèrent qu'elle est beaucoup trop influencée par la politique américaine de lutte antidrogue. En ce qui a trait à l'utilisation des drogues, l'influence américaine est perçue comme ayant inspiré l'approche canadienne originale de respect de l'ordre et de la loi, et comme contribuant à empêcher les essais de prescription

d'héroïne ou la mise sur pied de centres d'injection supervisés. On ne peut présenter de preuve irréfutable de cette influence, mais il est possible qu'aux échelons les plus élevés, les États-Unis exercent en effet une influence subtile sur la politique canadienne en matière de drogues.

D'autres pays ont bien sûr adopté des politiques qui suscitent une vive opposition américaine, mais le Canada est particulièrement vulnérable aux influences de son voisin du Sud non seulement en raison de sa proximité géographique, mais aussi à cause du volume d'échanges commerciaux entre les deux pays. En matière de drogues toutefois, le Canada peut décider de s'éloigner de l'interprétation étroite des traités internationaux défendus par les États-Unis. Les stratégies pour contrer cette interprétation comprennent l'éducation des avocats, des juges et des partisans de politiques, ainsi que des intervenants des domaines de la santé et des services à la personne (Riley, Teixeira et Hausser, 1999).

# Réduction des méfaits aux Pays-Bas

---

## Aperçu

---

Comparé aux autres pays européens, les Pays-Bas ont une longue histoire de pratiques et de politiques de réduction des méfaits grâce auxquelles le taux d'infection par le VIH/sida a été maintenu relativement bas. Aux Pays-Bas, la réduction des méfaits fait partie d'une approche globale de réponse qui vise à la fois à réduire l'offre, la demande et la nuisance publique associée à l'utilisation des drogues. La pharmacodépendance est considérée comme un problème social; le but de la politique nationale néerlandaise consiste donc à protéger la santé des utilisateurs, de leur entourage et de la société en général. En termes de réduction des méfaits, les Pays-Bas offrent des services complets de traitement par la méthadone, des programmes d'échanges de seringues et, depuis peu, des centres d'injection supervisés. Par ailleurs, les groupes d'utilisateurs, les services d'approche et le soutien entre pairs sont bien établis. Dans nombre de cas, les programmes de réduction des méfaits sont intégrés au système global de soins pour les personnes souffrant de dépendances. D'autres aspects des soins, comme l'hébergement, les services sociaux et les soins de santé, sont généralement gratuits et faciles d'accès. Les Pays-Bas ont récemment étudié l'efficacité de l'héroïne, ainsi que d'un certain nombre d'autres drogues de substitution, comme option de traitement pour les personnes depuis longtemps pharmacodépendantes qui ne répondent pas au TM. Les Pays-Bas mettent également en place d'autres mesures qui sollicitent l'engagement total du système de justice criminelle néerlandais, afin d'apporter des solutions à la problématique des utilisateurs de drogues.

## Contexte politique de réduction des méfaits

---

À l'instar de la politique britannique, la politique néerlandaise en matière de drogues est l'une des approches dont on parle le plus, en particulier en relation avec la propagation du VIH et d'autres maladies à diffusion hématogène chez les UDI (Boekhout van Solinge, 1999). Comme le mentionne van Solinge (1999), cette politique a valu aux Pays-Bas autant de louanges que de critiques de la part de ses voisins et de l'Amérique du Nord.

Aux Pays-Bas, toute étude de la politique et des pratiques en matière de drogues doit être située dans le contexte de politiques sociales et sanitaires élargies. Les Pays-Bas sont densément peuplés – 15,8 millions d'habitants – et ne comptent que quatre grands centres urbains : Amsterdam, La Haye, Utrecht et Rotterdam. À la fin de la Deuxième guerre mondiale, les efforts se sont concentrés sur l'éducation, les services sociaux et la reconstruction urbaine. De plus, les années '60 ont contribué à transformer la société néerlandaise traditionnelle, conformiste et formée de groupes religieux très unis, en une société beaucoup plus libérale, individualiste et ouverte d'esprit (DrugTextfoundation, 1995).

Aux Pays-Bas, le filet de sécurité sociale est bien conçu : les prestations sociales sont adéquates, les soins médicaux gratuits et, en général, les services juridiques et sociaux aussi. Les traitements contre les dépendances aux drogues sont faciles à obtenir et ne coûtent la plupart du temps rien. L'utilisation des drogues est considérée comme un problème social qui ne peut être réprimé; on comprend donc la nécessité de mettre en place des stratégies qui s'attaqueront aux méfaits dus à l'utilisation des drogues (Grund, 1993). Les politiques et les pratiques néerlandaises en matière de drogues sont également influencées par un certain nombre d'autres facteurs contextuels. Parmi ces derniers, il faut noter que la société néerlandaise perçoit l'utilisation des drogues comme un problème social normal, qu'elle préconise de répondre aux problèmes sociaux autrement qu'à l'aide de lois criminelles, qu'elle accorde beaucoup d'importance aux libertés individuelles (à condition qu'elles ne briment pas celles des autres), et que la santé publique représente un héritage social très important (Boekhout van Solinge, 1999).

L'approche néerlandaise actuelle remonte aux rapports de deux commissions établies dans les années '60 pour répondre à l'inquiétude croissante concernant l'utilisation de la marijuana. La commission Hulsman et la commission Baan ont toutes deux reconnu les différents risques associés à l'utilisation de différentes substances; elles ont également cerné le danger qui existe pour les utilisateurs de drogues douces d'être influencés par les utilisateurs de drogues dures à l'intérieur d'une sous-culture marginalisée et criminalisée. Les recommandations des deux commissions étaient donc en accord avec la politique officielle, laquelle consistait à réduire la portée de l'application de la loi et l'utilisation de la détention comme punition, et à prévenir la criminalité en adoptant des politiques sociales pertinentes (Cohen, 1996).

Aux Pays-Bas, le principal objectif en la matière est de protéger la santé des utilisateurs, de leur entourage et de la société en général (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1997). Cette politique permet d'équilibrer les efforts visant à réduire l'offre et la demande. On cherche à réduire la demande en mettant en oeuvre des politiques de prévention et de soins, alors que les efforts pour réduire l'offre se concentrent sur le crime organisé. Un troisième but consiste à s'attaquer à la nuisance publique causée par l'utilisation des drogues et à maintenir l'ordre public.

Duncan et Nicholson (1997) ont défini six principes qui depuis 1977, ont inspiré le volet de prévention et de soins de la politique néerlandaise en matière de drogues :

- la mise sur pied d'un réseau multifonctionnel local et régional de services médicaux et sociaux pour répondre adéquatement à un problème de drogue précis;
- l'accessibilité des services;
- la promotion de la réhabilitation sociale des toxicomanes et ex-toxicomanes;

- une meilleure utilisation des services non-spécialisés, comme les médecins en soins primaires et les centres d'aide à la jeunesse;
- la coordination des infrastructures de soutien; et
- l'intégration d'information sur les drogues dans une campagne d'éducation sanitaire destinée au grand public.

En ce qui concerne les drogues illégales, la loi néerlandaise sur l'opium constitue le principal outil législatif. Elle a été révisée en 1976 afin d'établir une distinction entre les drogues « dures » (annexe I) – héroïne, cocaïne et LSD – et les drogues « douces » (annexe II) – marijuana et hashish.

La possession, le trafic et la production des drogues des annexes I et II sont illégaux, mais pas leur utilisation. En ce qui concerne les enquêtes, les directives du Service public des poursuites placent en tête de liste des priorités le trafic international, et en fin de liste la possession de petites quantités de drogue pour usage personnel. Ainsi, une personne qui aura en sa possession moins de 0,5 gramme de drogue dure ne sera généralement pas poursuivie, bien que la drogue puisse être confisquée et la personne orientée vers un organisme de soins (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1997; Institut Trimbos, 2000d; Boekhout van Solinge, 1999).

Cette façon de faire cadre avec l'approche néerlandaise de réponse à d'autres enjeux sociaux potentiellement controversés, qui comporte des activités pouvant être officiellement défendues, mais qui, en pratique, ne sont pas soumises à l'application de la loi par les autorités (DrugText, 1995).

Le ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports est responsable de la coordination d'ensemble de la politique en matière de drogues ainsi que des services de prévention et de soins. Pour sa part, le ministère de la Justice est responsable de tout ce qui relève de la justice criminelle, alors que le ministère de l'Intérieur se charge des enjeux entourant le gouvernement local et les forces policières (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1997). Le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports est également responsable de la stratégie néerlandaise de lutte contre le sida.

En matière de drogues, la politique néerlandaise s'attache en particulier à séparer le « marché » des drogues douces de celui des drogues dures. Les autorités croient en effet que cette stratégie contribuera à limiter les possibilités de passer à l'utilisation des drogues dures. L'un des aspects spécifiques de la politique néerlandaise est celui des « cafés », où de petites quantités de cannabis (mais pas d'autres drogues) peuvent être vendues et consommées.

On compte environ 1 200 cafés aux Pays-Bas (Boekhout van Solinge, 1999). Ces cafés autorisent la consommation de drogues douces dans un lieu où les autres drogues illégales ne sont pas vendues; ils contribuent donc à séparer le marché des utilisateurs de drogues douces de celui des utilisateurs de drogues dures. Techniquement, la vente de cannabis constitue une infraction, mais le propriétaire ou

directeur de l'établissement sera poursuivi uniquement s'il contrevient aux règlements qui régissent l'exploitation des cafés. La loi néerlandaise sur l'opium interdit aux cafés de faire de la publicité, de permettre les drogues dures sur les lieux, de vendre à des mineurs (moins de 18 ans) et d'être une cause de nuisance publique (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1997). L'existence des cafés est tributaire de l'interprétation de la politique par chaque municipalité qui peut choisir de les autoriser, de les autoriser moyennant certaines restrictions, ou de les interdire (Institut Trimbos, 2000). Un de nos principaux répondants a souligné que les cafés qui ont le droit de vendre du cannabis paient une taxe sur les ventes dont une portion est réservée aux activités de prévention de l'utilisation des drogues.

Une étude réalisée en 1995, *Drugs Policy in the Netherlands: Continuity and Change*, a réduit la quantité de cannabis pouvant être vendue dans les cafés de 30 à 5 grammes, mais a augmenté de 30 à 500 grammes la quantité en stock permise (Boekhout van Solinge, 1999). Ce changement a été perçu par certains comme une réponse à la critique des pays membres de l'Union européenne, qui considèrent comme trop libérale la politique néerlandaise. Une autre conséquence de cette étude est que le nombre de cafés a été réduit de 10 à 15 pour cent (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1999).

Il semble que le fait de n'accorder que peu de priorité à la poursuite des personnes arrêtées pour possession de petites quantités de drogues illégales ait eu comme résultat d'augmenter la visibilité des héroïnomanes dans les endroits publics comme les centres commerciaux, ce qui a contribué à donner d'eux une image négative à la jeunesse néerlandaise (Boekhout van Solinge, 1999).

Un autre volet de la politique néerlandaise en matière de drogues consiste à s'attaquer aux problèmes de nuisance. La politique nationale adoptée en 1993 pour s'attaquer à la nuisance découlant de la vente ou de la consommation de drogues a donné naissance à un comité de direction interministériel pour la réduction de la nuisance. Dans le cadre de cette initiative, le gouvernement néerlandais a financé les municipalités afin qu'elles s'attaquent aux problèmes de nuisance; localement, cela a engendré une collaboration étroite entre les forces policières, les autorités sanitaires et les agences de traitement des dépendances (Institut Trimbos, 2000c). L'un des aspects de la politique consiste à rendre plus accessible les traitements pour toxicomanes aux drogues dures, et à utiliser ce que les Néerlandais appellent des « mesures compulsives et dissuasives » qui permettent d'orienter les contrevenants aux prises avec des problèmes de pharmacodépendance vers un traitement approprié (Institut Trimbos, 2000d).

En 1998, le gouvernement des Pays-Bas a publié un document de travail qui porte sur l'évaluation de sa politique en matière de drogues aux cours des vingt dernières années et brosse un portrait des approches à adopter à l'avenir (Barnard, 1998). En termes de résultats, Barnard (1998) souligne les points suivants :

- Comparée à celle d'autres pays, la politique de réduction des méfaits a mieux réussi grâce à ses normes élevées de prévention et de soins, incluant la méthadone à seuil bas, le soutien médical et social pour les utilisateurs de drogues, et l'échange gratuit d'aiguilles à grande échelle;
- Le nombre de toxicomanes est relativement faible aux Pays-Bas si on le compare à celui d'autres pays : ceci indique que les mesures de réduction des méfaits n'augmentent pas la consommation des drogues;
- La population des toxicomanes est stable et vieillit rapidement, ce qui suggère un taux peu élevé de nouveaux utilisateurs, l'héroïne n'étant pas populaire auprès des jeunes;
- Le taux de mortalité est faible chez les utilisateurs de drogues grâce aux programmes de TM à seuil bas qui offrent une protection contre les surdoses;
- Les dommages à la santé causés par les drogues dures ont été réduits : on note que chez les UDI, le taux de VIH et de sida est faible, et que le taux de VHC a également diminué depuis 1986;
- Selon de récents rapports, il y a eu une augmentation dans la consommation de cannabis, que l'utilisation soit récente ou de longue date; on note cependant que cette tendance s'avère dans d'autres pays européens et en Amérique du Nord, bien que les pourcentages soient moins élevés en Europe qu'aux Etats-Unis.

L'approche néerlandaise de réduction des méfaits est toujours bien portante aux Pays-Bas, mais plusieurs de nos répondants, appuyés par un certain nombre d'articles récents (ex. : Garretsen et al., 1996; Ossebaard et van de Wijngaart, 1998), s'inquiétaient de l'accent de plus en plus prononcé axé sur la réduction de la nuisance publique et l'utilisation du système de justice criminelle pour s'attaquer aux problèmes de drogues. L'un des aspects de cette mesure en justice criminelle consiste à obliger les utilisateurs de drogues récidivistes à suivre une cure de désintoxication. Dans ce contexte, on discute également de modifications à apporter à la loi portant sur l'admission spéciale dans un hôpital psychiatrique, afin que de rendre les traitements obligatoires pour les utilisateurs de drogues en général. Cette option se heurte néanmoins à certains obstacles constitutionnels. Un répondant a déclaré qu'il était difficile de comprendre ce glissement vers une approche plus punitive étant donné que, contrairement au passé, les approches néerlandaises en réduction des méfaits n'ont jamais été aussi en accord avec celles des pays voisins.

À l'instar d'autres pays, les Pays-Bas ont un taux élevé d'infection par le VHC chez les utilisateurs de drogues; cependant un de nos répondants a souligné le fait qu'il n'existait pas de réponse nationale au problème, bien que des organismes comme l'Institut Trimbos s'efforcent d'augmenter la sensibilisation au VHC et de soutenir les activités de prévention visant à réduire sa propagation.

## Financement de la réduction des méfaits

---

Il n'est pas possible de déterminer avec précision le financement accordé aux initiatives de prévention des méfaits, mais nombre de renseignements sur le financement de plusieurs initiatives lancées dans le cadre de la politique en matière de drogues se retrouvent dans *Drugs Policy in the Netherlands: Progress Report, September 1997-September 1999* (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1999). Une étude sur la gestion du système de traitement des dépendances a souligné la nécessité d'établir une meilleure collaboration et une coordination plus serrée entre les différents paliers de gouvernement et les agences de traitement des dépendances. L'étude a mentionné l'existence d'enveloppes de financement destinées à une politique sur les dépendances et à la mise en place de centres d'hébergement ouverts 24 heures par jour pour accueillir les personnes qui sont cause de nuisance. Le gouvernement néerlandais a également subventionné les municipalités pour qu'elles mettent sur pied des projets visant à éliminer la nuisance et des infrastructures pour les utilisateurs de drogues avec des antécédents d'infractions (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1999). Selon Kuipers (2000), en 1997, le budget total accordé aux dépendances par le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports s'élevait à 30 millions d'euros. Les municipalités subventionnent également des centres de soins et de traitement ambulatoire des dépendances, dites Institutions for Ambulatory Addictions Treatment and Care (IAV).

Selon *Drug Policy in the Netherlands* (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1999), le financement des TM « reposait sur un plan de financement temporaire mis sur pied par le Conseil national d'assurance santé ». Cette enveloppe a été reconduite jusqu'en 2001, et on étudie la question du remboursement des médecins qui offrent des soins liés au traitement des dépendances.

## Situation actuelle de certaines initiatives de réduction des méfaits

---

Actuellement aux Pays-Bas, les efforts portant sur les soins aux toxicomanes mettent l'accent sur l'élaboration de soins « fondés sur la preuve », qui permettent une continuité et sont mieux coordonnés (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1999).

En matière de dépendances, les soins spécialisés relèvent du secteur de la santé mentale et incluent un ensemble d'infrastructures médicales et sociales. Les soins ambulatoires sont offerts par l'entremise de 16 bureaux de consultation sur l'alcool et les drogues (Consultation Bureaus for Alcohol and Drugs ou CADS) qui comptent 130 points de services à travers le pays (Kuipers, 2000). Ils sont subventionnés par les conseils locaux selon un entente de sous-traitance avec la Netherlands Probation and After Care Foundation (fondation néerlandaise de probation et de soins post-cure). Ils offrent un éventail d'interventions incluant pharmacothérapie et counseling. Kuipers (2000) note que les services autrefois offerts par les centres à seuil bas – méthadone, travail de rue, hébergement et interventions en situation de crise – relèvent maintenant des IAV. En plus des IAV, les Pays-Bas

comptent 19 établissements de traitements spécialisés, souvent dans des hôpitaux psychiatriques. À ce sujet, un de nos répondants a exprimé son inquiétude face à l'intégration croissante des différents aspects des soins à des structures organisationnelles plus complexes et à l'importance accordée à la responsabilisation, deux facteurs qui pourraient se traduire par une réduction de services comme les services d'approche, dont les activités et les résultats sont plus difficilement mesurables.

## **Distribution et échange d'aiguilles et de seringues**

Ces services sont généralement à seuil bas; la clientèle peut obtenir des aiguilles/seringues stériles et de la méthadone dans plusieurs endroits différents comme les IAV, les services de santé municipaux et les agences de traitement des dépendances. Les aiguilles peuvent également être achetées dans les pharmacies ou échangées dans les distributrices automatiques. Il y a actuellement 130 PES dans 60 collectivités néerlandaises (Institut Trimbos, 2000).

À Amsterdam, les PES sont officiellement ouverts depuis 1984; à l'origine, il s'agissait d'un projet à petite échelle où le Service de santé municipal distribuait des aiguilles propres et ramassait les aiguilles utilisées par l'entremise d'un groupe d'utilisateurs, la Junky Union. Deux ans plus tard, le Service décidait de rendre le PES accessible grâce à un autobus de méthadone, et en 1988, Buning (1991) rapportait que 720 000 aiguilles et seringues avaient été échangées dans 11 points de services à seuil bas différents. Buning estimait qu'à Amsterdam, il y avait à ce moment entre 5 000 et 7 000 personnes dépendantes des drogues dures, dont 40 pour cent qui s'injectent.

Dans ses commentaires sur l'expérience d'Amsterdam de lutte contre le VIH/sida, Buning (1991) conclut que les PES ont réellement contribué à prévenir la propagation du VIH chez les UDI. Cependant, étant donné que les approches utilisées à Amsterdam sont enracinées dans un terreau politique et social particulier, il soulève la question à savoir si des résultats similaires pourraient être obtenus dans les pays où les mesures d'application de la loi ont conduit à la marginalisation et à la criminalisation des utilisateurs de drogues. Néanmoins, un de nos répondants a mentionné que les échanges d'aiguilles/de seringues ont commencé trop tard, à Amsterdam, pour influencer sur l'augmentation initialement très élevée du taux d'infection par le VIH chez les UDI.

Un rapport des Services de santé municipaux d'Amsterdam (van Brussel et Buster, 1999) mentionne que l'utilisation des PES municipaux a chuté au cours de la dernière décennie. Le rapport attribue cette diminution à un certain nombre de facteurs dont une diminution du nombre de toxicomanes étrangers dans la ville, le décès par le sida des UDI contaminés au début des années '80, le fait que les toxicomanes plus âgés passent à l'utilisation d'héroïne par voie orale parce qu'ils ne peuvent plus s'injecter, et l'apparition du crack.

## Traitement aux drogues de substitution

### *Prescription de méthadone*

La dépendance à l'héroïne est le critère d'admission au traitement par la méthadone, et dans la plupart des TM, la consommation modérée d'autres drogues, d'alcool ou de psychotropes est tolérée. La dose quotidienne de méthadone est de 39,8 mg, mais un certain nombre de programmes, comme ceux d'Amsterdam, ont augmenté la dose à 60 mg par jour. La méthadone est généralement administrée sous forme de liquide ou de comprimé, mais elle peut également être injectable (Institut Trimbos, 2000; van Brussel et Buster, 1999). Le rapport d'étape du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports de 1997-99 (1999) mentionne que suite aux résultats de certaines études américaines sur l'utilisation de doses élevées de méthadone (60 mg/jour), des recherches sur des dosages plus élevés sont actuellement en cours. Les résultats provisoires sont positifs en termes de condition sociale et d'état mental, de diminution des activités criminelles et d'utilisation d'autres drogues.

Étant la ville la plus cosmopolite du pays, Amsterdam a aussi le taux le plus élevé d'infection par le VIH lié à l'utilisation des drogues injectables. Elle a été à l'avant-garde de la politique et des pratiques néerlandaises en matière d'utilisation des drogues injectables. Dès les années '70 et '80 (avant même que les premiers cas de sida soient diagnostiqués au pays), Amsterdam mettait sur pied un circuit de distribution de méthadone, le Methadone Dispensing Circuit (MDC) pour répondre au problème d'utilisation de l'héroïne (Plomp et al., 1996; DrugText, 1995). Plomp et al. (1996) rapportent que c'est dans le cadre d'une approche à seuil bas que le MDC a été mis sur pied avec l'assentiment de la plupart des généralistes, des politiciens locaux et des organismes alternatifs d'aide. Le Service de santé municipal distribue la méthadone par l'entremise de cliniques externes et d'un autobus, ainsi que le truchement des généralistes (200 des 400 généralistes d'Amsterdam prescrivent de la méthadone). Les médecins sont responsables d'environ 40 pour cent des prescription (van Brussel, 1995). Un de nos répondants a mentionné que le rôle joué par les généralistes d'Amsterdam – fournir de la méthadone – se poursuit rarement à l'extérieur de la ville, là où la crise de santé publique provoquée par le VIH/sida s'est déclenchée. Le même répondant a souligné que dans d'autres régions du pays, les cliniques spécialisées peuvent généralement offrir des services adéquats et que plusieurs généralistes ne veulent pas prescrire de méthadone.

Le Service de santé d'Amsterdam offre des services initiaux de diagnostic et de stabilisation. Van Brussel (1995) décrit ces « règlements sociaux de base » de la façon suivante : assurance médicale, hébergement, revenus fixes grâce au travail ou à des prestations d'aide sociale, capacité de se présenter aux rendez-vous, capacité de prendre en charge une provision hebdomadaire de méthadone, et utilisation minimale d'autres drogues (van Brussel, 1995, p. 356). L'accent est mis sur la surveillance de la santé des UDI par le dépistage régulier de maladies comme le VIH et la tuberculose. Les autorités sanitaires municipales fournissent maintenant des soins à la population vieillissante d'UDI chroniques dont les problèmes médicaux/sociaux complexes incluent le VIH/sida et le VHC, la

tuberculose, d'autres maladies du système respiratoire ainsi que des difficultés nécessitant des soins psychiatriques.

Les clients qui ne peuvent être suffisamment stabilisés sont réorientés vers leur généraliste pour un traitement continu par la méthadone, avec possibilité d'être à nouveau dirigé vers le Service de santé municipal en cas de problème (van Brussel, 1995). Pour les cas difficiles, le Service municipal offre également aux généralistes les services de deux médecins consultants. Un de nos répondants, qui a mentionné que ces médecins faisaient leurs visites en moto, a insisté sur l'importance de leur soutien et de leurs recommandations.

Le Service municipal de santé d'Amsterdam offre un large éventail de services (Buning, 1997; van Brussel et Buster, 1999) :

- Des cliniques externes/autobus de méthadone avec médecins, infirmières et travailleurs sociaux qui rencontrent les résidents légaux d'Amsterdam ne pouvant être traités par leur généraliste à cause de la sévérité de leurs problèmes sociaux/médicaux. Les clients se présentent chaque jour de la semaine pour recevoir de la méthadone, qui leur est fournie sous forme de comprimés les week-ends. Ils peuvent échanger aiguilles et seringues, et se soumettre à des tests médicaux/sociaux périodiques. Ce groupe a aussi été traité avec des drogues de substitution comme le palfium, la méthadone ou la morphine injectable;
- Un service d'approche en soins médicaux (ex. : chirurgies de nuit) pour les travailleurs et travailleuses de l'industrie du sexe et les utilisateurs de drogues étrangers de passage à Amsterdam;
- Une équipe médicale mobile qui visite quotidiennement les commissariats, s'occupe des toxicomanes sans abri dans les centres sociaux, visite les clients des hôpitaux et collabore avec les équipes médicales en place. Le Service de santé municipal assure la coordination des cas.

Il est intéressant de noter qu'en 1998, 92 pour cent des doses quotidiennes de drogues de substitution étaient de la méthadone par voie orale, 3,0 pour cent du palfium, 0,7 pour cent de la morphine, 1,7 pour cent de la méthadone injectable et 1,5 pour cent de l'héroïne (van Brussel et Buster, 1999).

Langendam et al. (1998) rapportent que plusieurs types de client utilisent les différents services municipaux de méthadone, et que des doses plus élevées sont données à certains groupes comme les utilisateurs plus âgés, les utilisateurs séropositifs et les personnes qui consomment de la méthadone ou se l'injectent depuis longtemps. Les doses moins élevées sont distribuées en milieu carcéral, dans les commissariats et aux patients des généralistes. Van Brussel et Buster (1999) rapportent qu'en 1998, la dose moyenne de méthadone allait de 48 mg pour les personnes originaires du Surinam, à 60 mg pour les Néerlandais.

Le rapport de van Brussel et Buster (1999) sur les toxicomanes aux opiacés d'Amsterdam se reporte fréquemment aux soins à donner aux personnes qui souffrent également de problèmes de santé mentale et à l'importance d'établir un continuum de soins ainsi qu'un maillage avec un éventail d'autres services. Le rapport s'inquiète d'ailleurs des soins « socio-médicaux » dispensés par le système juridique et souligne expressément que le sevrage d'une dépendance aux opiacés en milieu carcéral a pour conséquence d'empirer l'état de santé mentale.

Les nombreux utilisateurs de drogues d'Amsterdam ont été étudiés en détail afin de déterminer les facteurs qui contribuent à réduire la transmission du VIH/sida, les décès liés à l'utilisation des drogues et les problèmes d'ordre public (ex. : Fennema et al., 1997; Langendam et al., 1999, 2000; van Ameijden et al., 1992, 1999).

En termes de couverture (jusqu'à quel point les toxicomanes sont en contact avec une forme d'aide quelconque de réduction des méfaits), Fischer (2000) indique qu'au cours de la dernière décennie, environ 50 pour cent des UDI ont utilisé le TM, et estime qu'un 20 pour cent additionnel suit une autre forme de traitement. De même, l'Institut Trimbos (2000) estime que 70 à 80 pour cent des toxicomanes aux opiacés sont en contact avec une forme quelconque d'aide ou de traitement. En 1997, près de 22 000 toxicomanes aux opiacés étaient inscrits comme clients d'une agence d'aide ou de traitement, dont près de 10 000 utilisateurs de méthadone inscrits dans les agences de traitement des dépendances (Institut Trimbos, 2000). Une fiche d'information publiée par le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports indique que de tous les toxicomanes connus des services de soins, 75 pour cent utilisent régulièrement la méthadone, comparé à 40 pour cent il y a 10 ans (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, sans date).

### *Prescription d'héroïne*

À l'instar de la Suisse, les Pays-Bas reconnaissent que parmi les UDI sous TM, un certain nombre ne peut atteindre les buts de stabilisation, de réduction des méfaits et de réhabilitation sociale poursuivis. La question des essais de prescription d'héroïne est à l'étude aux Pays-Bas depuis vingt ans. Récemment toutefois, le gouvernement néerlandais approuvait ces essais à la suite des essais suisses (Tanis, 1998). Le Comité de traitement des héroïnomanes (Committee on the Treatment of Heroin Addicts ou CCBH) est chargé de la conception et de la préparation des essais ainsi que de leur mise en œuvre. L'étude se penchera pendant 12 mois sur le fonctionnement physique, psychologique et social de 750 sujets. Elle établira la comparaison entre l'utilisation combinée d'héroïne et de méthadone, et l'utilisation de méthadone seule, chez les personnes qui sniffent ou s'injectent. L'étude formera trois groupes chez les sujets qui sniffent : méthadone seule, héroïne et méthadone combinées, et méthadone pendant les six premiers mois suivie d'une combinaison d'héroïne et de méthadone pour les six mois subséquents. Le groupes de personnes qui s'injectent (moins nombreux étant donné que moins de Néerlandais s'injectent) sera divisé en deux : le premier groupe recevra de la méthadone pendant 12 mois, alors que le second recevra de l'héroïne combinée à de la méthadone au cours de la même période. En plus de cette pharmacothérapie, les participants

à l'étude recevront les soins médicaux et le counseling social habituels (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, sans date). L'héroïne combinée à la méthadone sera administrée trois fois par jour, sept jours par semaine, pendant toute la durée de l'étude. À ce jour, Brink et al. (2000) rapportent que 180 patients ont été choisis au hasard, qu'il n'y a eu aucune complication médicale, ni problèmes d'ordre public ou de sécurité. L'intérêt des sujets se maintient, et 85 pour cent des évaluations mensuelles sont déjà terminées. Les résultats finaux de l'étude seront déposés à l'automne 2001 (Vloemans, 1999).

Avant de mettre en oeuvre cet essai d'envergure, les Pays-Bas ont mené une étude pilote à Amsterdam et Rotterdam sur 50 sujets étroitement surveillés afin de déceler toute répercussion sanitaire ou sociale négative; les quartiers où ont eu lieu les essais ont également été surveillés pour déterminer si le projet était cause de nuisance publique. Des représentants de quartier ont participé aux efforts de surveillance (Vloemans, 1999). Grâce à la réussite de cette étape, l'étude a été élargie à six centres à Amsterdam, Rotterdam, La Haye, Utrecht, Groningen et Heerlen (Vloemans, 1999).

### *Autres drogues de substitution*

Bien qu'il soit également offert, le buprénorphine n'est pas beaucoup utilisé, sauf dans le cas des jeunes consommateurs de drogues (répondant). Quelques expériences ont été tentées avec le LAAM, mais encore une fois, son utilisation est peu fréquente. Le gouvernement néerlandais étudie également les traitements de désintoxication rapide de la dépendance aux opiacés. Une étude est actuellement en cours sur l'utilisation de la naltrexone pour sevrage rapide sous narcose par opposition à l'utilisation de la naltrexone sans narcose prescrite pendant une plus longue période (cinq jours). Les résultats seront comparés en utilisant la méthode habituelle de sevrage à l'aide de doses décroissantes de méthadone (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1999). Les Pays-Bas expérimentent également avec le palfium par voie orale en combinaison avec la méthadone ou la morphine injectable (van Brussel et Buster, 1999).

## **Centres d'injection supervisés**

Amsterdam a été la première ville à ouvrir des centres d'injection supervisés (salles de consommation de drogues) dans les années '70. Ces centres faisaient partie de l'approche en réduction des méfaits qui visait à répondre au problème d'utilisation des drogues. La plupart de ces tentatives échouèrent toutefois rapidement parce qu'elles devinrent vite sources de nuisance publique et furent fermées. En 1996, Amsterdam a à nouveau approuvé l'ouverture de centres d'injection supervisés, mais a imposé certaines restrictions : une gestion professionnelle à petite échelle, l'obligation de demander des cartes d'identité, l'intégration à d'autres services et la coopération avec les forces policières (de Jong et Weber, 1999). De Jong et Weber rapportent que des expériences semblables ont eu lieu à Rotterdam, où les premiers centres d'injection supervisés avaient été fermés en dépit de l'appui de l'administration municipale et des forces de l'ordre. Depuis 1996, Rotterdam appuie officiellement

ces infrastructures puisqu'elles s'insèrent dans le cadre établi pour contrôler le marché des drogues illégales.

À l'échelon national, la mise en place de ces infrastructures est appuyée par le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports et par un comité interministériel, l'Inter-Ministerial Steering Committee on the Reduction of Nuisance. On reconnaît toutefois que la problématique relève principalement des gouvernements locaux, qui portent la responsabilité de concevoir, de financer et de faire fonctionner ces centres. La question des centres d'injection supervisés a également été clarifiée en rapport avec la loi sur l'opium : le ministère de la Justice a indiqué que les centres seraient tolérés à condition qu'il y ait entente locale avec le maire, les forces policières et le représentant du ministère public (comité tripartite local) (de Jong et Weber, 1999). Les Pays-Bas comptent maintenant 16 centres officiels d'injection supervisés; il en existe également d'autres qui sont tolérés à la fois par le gouvernement et par les services d'ordre public (Dolan et al., 2000).

Le rapport de suivi déposé en 1999 par le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (1999), portant sur la politique néerlandaise en matière de drogues, souligne la nécessité d'engager tous les intervenants concernés dans la réponse à la problématique de l'ordre public. Le rapport mentionne entre autres qu'il serait important que la zone entourant les centres d'injection supervisés fasse l'objet de patrouilles policières intensives afin de ne pas attirer les revendeurs.

### **Éducation des utilisateurs et services d'approche**

Les services d'approche adoptent plusieurs formes aux Pays-Bas : engagement énorme des médecins, infirmières et travailleurs sociaux dans des services de réduction des méfaits; visites de médecins dans les commissariats et les hôpitaux pour prescrire de la méthadone aux patients utilisateurs de drogues; travail de rue par les intervenants jeunesse et les travailleurs sociaux; chirurgies de nuit offertes par une équipe de médecins et d'infirmières dans le quartier des prostitués(es) d'Amsterdam; et soutien entre pairs par des toxicomanes et ex-toxicomanes qui travaillent bénévolement ou contre rémunération. Buning (1993) définit le service d'approche comme le travail parallèle accompli dans d'autres lieux – établissements de détention, commissariats, hôpitaux – et le travail de rue mené dans les endroits publics ou privés où les UDI se tiennent, achètent et consomment.

À Amsterdam, la Fondation Mainline est un organisme de réduction des méfaits qui s'occupe d'éducation sanitaire et de prévention auprès des UDI de rue. Ses services ont permis à la Fondation d'élaborer un éventail d'approches pour certaines populations particulières comme les femmes, les utilisateurs de drogues en milieu carcéral, les utilisateurs de drogues séropositifs, etc. La Fondation distribue un journal d'information sur les drogues et les scènes de drogue, ainsi que sur la santé et le sida. Le journal est actuellement distribué à l'extérieur d'Amsterdam par l'entremise des réseaux d'utilisateurs. La Fondation travaille également avec d'autres organismes nationaux et internationaux.

L'éducation et le soutien entre pairs peuvent avoir une importance cruciale pour rejoindre les utilisateurs de drogues qui, pour une raison ou une autre, n'ont pas de contact avec les services professionnels. Les personnes qui ne sont pas rejointes peuvent se méfier des organismes professionnels, ou peuvent avoir de la difficulté à discuter de leurs problèmes personnels, comme la sexualité et l'utilisation des drogues, si elles ne se sentent pas en confiance (Trautmann, sans date). Trautmann établit une distinction entre l'éducation entre pairs et le soutien : dans le premier cas, il s'agit d'éduquer l'utilisateur de drogues sur certains sujets comme les pratiques d'utilisation plus saines ou les pratiques sexuelles plus sécuritaires. Dans le second cas, l'expérience en est une de partage qui présuppose une relation d'égal à égal. Il peut également y avoir plus qu'un simple échange d'information; d'autres outils de réduction des méfaits, comme des aiguilles/seringues stériles, peuvent être distribués.

Trautmann résume les avantages et les inconvénients d'offrir du soutien entre pairs par l'entremise d'un organisme professionnel existant ou d'un organisme indépendant d'utilisateurs de drogues. Parmi les avantages de la première option, il note une plus grande continuité dans les projets, le soutien professionnel, le partage des connaissances sur des sujets comme les modes de consommation des drogues, les valeurs et attitudes sociales, et un meilleur contact avec les utilisateurs de drogues qui se méfient des organismes professionnels. Par contre, il se peut que la méfiance de ces utilisateurs ne soit pas vaincue par un pair, considéré comme « traître » parce qu'au service d'un de ces organismes. Par ailleurs, les professionnels peuvent avoir une attitude négative envers les utilisateurs; parmi ces derniers, ceux qui sont employés par les organismes professionnels peuvent avoir peu d'influence sur leur travail ou sur les décisions concernant les politiques. L'organisme peut aussi ne pas être suffisamment souple pour s'adapter aux besoins de ceux parmi son personnel qui utilisent des drogues.

L'Institut national néerlandais sur l'alcool et les drogues – le Dutch National Institute for Alcohol and Drugs (NIAD) – participe actuellement à un projet européen de soutien entre pairs visant à concevoir du matériel et de la formation.

## Groupes d'utilisateurs

Les groupes d'utilisateurs existent depuis longtemps aux Pays-Bas. Les premiers ont été mis sur pied à Rotterdam et à Amsterdam à la fin des années '70 (van der Gouwe, 2000). Devant l'épidémie de VIH/sida, le gouvernement a octroyé du financement aux groupes d'utilisateurs pour des initiatives de prévention de la maladie et de soutien en réponse aux problèmes liés à l'utilisation des drogues. Au cours des années '90, un groupe de représentation, le National Interest Group of Drug Users (LSD), a été mis sur pied grâce au financement du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. Le LSD est la tribune nationale dont les utilisateurs de drogues se servent pour se faire entendre, entre autres, du gouvernement, des services liés à l'utilisation des drogues, de la profession médicale et des agences juridiques (van der Gouwe, 2000). Aux Pays-Bas, il existe actuellement 20 groupes

d'utilisateurs locaux lancés et appuyés par le LSD. Certains groupes sont financés par les administrations municipales ou les agences travaillant dans le domaine des dépendances, mais seuls les groupes de Rotterdam, d'Amsterdam, de La Haye, et le groupe qui couvre Apeldoorn, Zutphen et Deventer, ont apparemment les ressources financières pour engager et payer du personnel et organiser un certain nombre d'activités.

Comme l'explique van der Gouwe (2000), les groupes d'utilisateurs jouent deux rôles majeurs : la promotion des intérêts des utilisateurs et la prestation directe de services. Ce dernier volet peut prendre plusieurs formes : services sans rendez-vous, services d'approche, éducation sur les pratiques d'injection sécuritaires et les comportements sains, services particuliers pour groupes cibles comme les femmes ou les utilisateurs de drogues plus âgés. Un de nos répondants, qui compte plusieurs années d'expérience dans le domaine du soutien entre pairs, mentionne que les organismes autonomes d'utilisateurs ont souvent besoin d'une forme ou une autre d'aide professionnelle et financière, par exemple d'un avocat pour les conseiller. Dans les cas où des utilisateurs actifs travaillent pour des organismes professionnels, il semble que les projets définis et d'une durée limitée présentent les meilleures garanties de succès. Selon ce répondant, engager des utilisateurs actifs comme membres du personnel ne fonctionne pas, d'une part parce que les utilisateurs de drogues sont incapables de s'adapter à un horaire régulier, et d'autre part parce qu'ils ne sont pas acceptés de leurs collègues non-utilisateurs. Il ajoute également qu'à son avis, les programmes dirigés seulement par des utilisateurs ont aussi buté sur certaines difficultés.

Van der Gouwe (2000) souligne la nécessité d'établir un équilibre dans les activités des groupes d'utilisateurs. Dans le passé, plusieurs groupes ont été débordés par les demandes impromptues de leurs membres. Certains groupes ont donc établi des approches plus structurées afin de fournir des services directs à leur clientèle, ce qui leur a permis de consacrer du temps aux activités de défense de leurs intérêts. Van der Gouwe (2000) mentionne également l'embauche d'utilisateurs actifs dans les groupes d'utilisateurs, une initiative qui peut permettre aux participants de réduire ou de cesser leur consommation et faciliter leur réhabilitation sociale. D'un autre côté, les membres du personnel qui sont aussi des utilisateurs actifs ont les mêmes problèmes que les autres utilisateurs en général : temps passé à chercher et acheter les drogues, fluctuations de l'approvisionnement ou de la pureté, participation à leur TM. Ces employés peuvent aussi avoir de la difficulté à rester objectifs dans leur travail de prestation directe des services.

## Réduction des méfaits dans le système juridique

Les Pays-Bas ont structuré un système complet pour travailler avec les utilisateurs de drogues présentant de lourds antécédents criminels. Ce système comprend les initiatives suivantes :

- Centres de motivation ayant pour but d'inciter la clientèle avec des problèmes juridiques peu sérieux à entrer en désintoxication;

- Clinique médicolégale pour toxicomanes, comprenant une salle ouverte et une salle fermée, pour toxicomanes coupables d'infractions plus graves;
- Établissement pénal de soins pour toxicomanes (SOV), qui soumet à un traitement obligatoire pouvant s'étendre de 18 mois à deux ans les toxicomanes présentant de graves antécédents de récidivisme. Un projet pilote est présentement à l'étude à Rotterdam. Il semble que cette initiative comporte six mois de soins en établissement, suivis de 18 mois de soins moins intensifs (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1999; Institut Trimbos, 2000);
- Unités de counseling pour personnes dépendantes (les VBA) en milieu carcéral;
- Des discussions sont également en cours pour améliorer l'infrastructure des refuges, qui consisterait à offrir de l'aide 24 heures par jour aux personnes qui sont cause de nuisance liée aux drogues. On espère que la prestation d'un service continu réduira la pression dans les autres secteurs plus coûteux du système correctionnel (ministère de la Santé, du Bien-être et de Sports, 1999).

En ce qui a trait au traitement obligatoire dans un établissement pénal de soins, un de nos répondants a affirmé que cette mesure en justice criminelle avait été approuvée par les deux instances parlementaires nationales. Néanmoins, certaines inquiétudes ont été exprimées quant au respect des droits de la personne et à la pertinence de ce genre de mesure pour le groupe ciblé. Ce type d'infraction criminelle ne devrait normalement pas être soumis à une sentence de deux ans. Par ailleurs, les personnes qui pourront être obligées de suivre ce traitement seront probablement plus âgées, auront de longs antécédents d'utilisation et seront donc moins susceptibles d'en tirer profit.

Le même répondant nous a indiqué que les efforts entrepris pour mettre les politiques de distribution d'aiguilles stériles et de méthadone en place dans les établissements carcéraux néerlandais n'ont pas été un succès. Actuellement, la décision de prescrire de la méthadone revient au médecin de l'établissement; elle est généralement prescrite pour fin de désintoxication ou pour satisfaire temporairement aux besoins des utilisateurs qui ne seront en détention que quelques mois.

Un autre de nos répondants a aussi mentionné qu'on discute de modifications à la loi sur l'admission spéciale dans les hôpitaux psychiatriques, qui permettraient d'établir un cadre juridique où l'admission de toxicomanes à des traitements deviendrait possible.

## Facteurs influençant les politiques et les pratiques de réduction des méfaits

---

### Tendance dans l'utilisation des drogues injectables

Dans l'ensemble, le taux d'utilisation des drogues n'est pas élevé aux Pays-Bas. Une enquête nationale menée en 1997 a démontré un taux d'utilisation à vie du cannabis de 15,5 pour cent chez des répondants âgés de 12 ans et plus, légèrement inférieur au taux canadien chez les 15 ans et plus (28,2 % en 1994) (Abraham, 1999). La consommation de cannabis et d'autres drogues illégales comme la cocaïne est plus fréquente dans les grandes villes que dans les zones moins densément peuplées (Abraham, 1999). En termes d'UDI ou de pharmacodépendance (définie comme un usage régulier non-intraveineux d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines), les Pays-Bas présentent un taux assez faible par 1 000 adultes (15 à 64 ans), si on le compare à celui d'autres pays européens. Les taux d'utilisation problématique des drogues dans les pays de l'Union européenne vont de 8 par 1 000 habitants en Italie, à un faible 2 à 3 par 1 000 habitants aux Pays-Bas et en Allemagne (OEDT, 2000).

Dans son rapport annuel de 2000, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies note que les différents taux d'utilisation problématique des drogues ne semblent pas être associés aux approches adoptées par les pays en rapport avec leur politique en matière de drogues. Mais comme van Solinge (1999) le souligne, le nombre peu élevé de toxicomanes dans deux pays préconisant des approches radicalement différentes, les Pays-Bas et la Suède, a probablement plus à voir avec le fait que ces deux pays sont « de riches états-providence avec de bonnes politiques sociales et où relativement peu d'habitants vivent dans le dénuement » (Boekhout van Solinge 1999, p. 11).

On estime que des 27 000 UDI néerlandais, un quart à un cinquième (5 000 à 7 000) vit à Amsterdam (Fischer et al., 2000). L'Institut Trimbos (2000) rapporte que la majorité des utilisateurs d'opiacés sont des hommes célibataires, sans emploi, avec un faible niveau de scolarité. Fait semble-t-il unique, les utilisateurs de drogues néerlandais constituent une population vieillissante dont l'âge moyen est de 42 ans (répondant). Plusieurs de nos répondants ont déclaré que la jeunesse néerlandaise a une image négative de l'héroïne et de l'utilisation des drogues injectables.

La pratique consistant à fumer l'héroïne est courante aux Pays-Bas; son prix peu élevé et l'accessibilité aux formes les plus propices à ce mode de consommation encouragent les utilisateurs à fumer plutôt qu'à s'injecter la drogue. Cette pratique est favorisée par les autorités sanitaires locales (Boekhout van Solinge, 1999). Un de nos répondants a révélé que le passage de l'injection à l'inhalation se poursuit aux Pays-Bas. Questionnés sur la raison de leur passage, les ex-UDI ont mentionné que leurs pairs le font plus souvent qu'ils n'ont invoqué des raisons de santé. Une de nos sources souligne néanmoins qu'il existe des risques lorsque les individus changent ainsi de comportement : ils peuvent retourner à des pratiques comme le partage des seringues durant la période de transition (de l'injection à l'inhalation).

Consommer l'héroïne en la fumant est aussi le mode préféré de consommation de certaines minorités ethniques des Pays-Bas. Près du tiers des utilisateurs de drogues dures proviennent de minorités du Surinam ou des Moluques, ou sont d'origine turque ou marocaine. Les personnes originaires du Surinam sont plus susceptibles de fumer, de sniffer ou d'ingérer les drogues que de se les injecter. Comme certains revendeurs sont aussi originaires du Surinam, il se peut que ce soit le mode de consommation qu'ils présentent aux utilisateurs (DrugText, 1995).

Comme en Amérique du Nord, l'utilisation de la cocaïne est un problème grandissant. Le taux d'utilisation à vie est de 2,5 pour cent et l'utilisation courante s'établit à 0,2 pour cent (chiffres de 1997) (Abraham, 1999). À Amsterdam, l'utilisation à vie de cocaïne a augmenté de 5,7 pour cent en 1989 à 9,3 pour cent en 1997 (Cohen, 1999). On rapporte que 17 pour cent des admissions pour traitement concernent des problèmes de dépendance à la cocaïne (OEDT, 2000). Par contre, un de nos répondants a mentionné que la plupart des cocainomanes fument la drogue plutôt que de se l'injecter.

Le rapport van Brussel et Buster sur la population dépendante aux opiacés à Amsterdam (1999) parle d'un nombre croissant de clients présentant des diagnostics doubles. On attribue ceci en partie au fait qu'il est beaucoup plus probable que les clients qui ne présentent pas de doubles diagnostics guériront, et en partie à des variables comme le fait de vivre depuis longtemps dans la rue. Par ailleurs, l'exacerbation des problèmes d'ordre psychiatrique provoquée par l'interruption du TM au moment de la détention, et l'utilisation du crack, ont contribué à augmenter le nombre d'utilisateurs de drogues qui souffrent également de désordres mentaux.

### **Tendances dans les taux d'infection par le VIH et par d'autres virus**

Dans l'ensemble, si on les compare avec ceux de l'Union européenne et de l'Amérique du Nord, les taux d'infection par le VIH et le VHC se situent dans la moyenne. Aux Pays-Bas, 8 pour cent des cas de sida sont attribuables à l'UDI, le deuxième facteur de risque après les contacts homosexuels (DrugText, 1995). On estime que 10 pour cent des UDI néerlandais sont séropositifs, bien que ces taux soient plus élevés dans les grandes villes, en particulier à Amsterdam. Le taux de nouveaux cas d'infection par le VIH a diminué, tout comme les décès causés par l'utilisation des drogues illégales (Fischer et al., 2000). Quant au VHC, on estime que 80 pour cent des UDI sont contaminés par le virus (OEDT, 2000). Selon un de nos répondants, le VHC n'est pas encore un problème majeur aux Pays-Bas, étant donné que plusieurs des personnes atteintes sont des UDI plus âgés.

### **Accès aux services sociaux et de santé**

Comme nous l'avons noté plus haut, les Pays-Bas ont un système de services sanitaires et sociaux bien développé. Les services médicaux et sociaux font partie intégrante des services aux UDI, comme un accès régulier à des soins médicaux, à des logements à prix modique et à d'autres services sociaux.

## *Europe*

Aux Pays-Bas, comme dans les autres pays membres de l'Union européenne, la politique en matière de drogues est maintenant influencée par la collaboration. Cette dernière a mis en lumière les différences philosophiques entre les approches préconisées par les différents pays en réponse à l'utilisation des drogues illégales. Dans le passé, les Pays-Bas ont exercé des pressions sur certains pays, comme la France, l'Allemagne et la Belgique, concernant l'approche de ces derniers face à la pharmacodépendance et à la perception que les pays limitrophes ont de la circulation des drogues à partir des Pays-Bas. La plupart ont maintenant adopté plusieurs des approches utilisées aux Pays-Bas.

Des différences philosophiques sont également apparues, entre les pays membres de l'UE, lorsque les gouvernements municipaux ont commencé à collaborer pour établir des politiques de lutte antidrogue. À l'échelon municipal, ces ententes présentent deux approches radicalement différentes. Le regroupement European Cities on Drug Policy (ECDP) a été lancé en 1990, en même temps qu'était adoptée la Résolution de Francfort. L'ECDP regroupait au départ quatre villes, dont Amsterdam, et en a accueilli d'autres depuis. Ses membres adoptent une approche en réduction des méfaits pour répondre aux problèmes municipaux liés aux drogues. À l'inverse, le regroupement ECAD (European Cities Against Drugs), fondé en 1994 lors de la Déclaration de Stockholm, appuie des politiques plus restrictives et s'opposent au mouvement visant à décriminaliser le cannabis ou à prescrire d'autres drogues comme l'héroïne. Les deux groupes tentent d'influencer la politique européenne en matière de drogues (Boekhout van Solinge, 1999). Van Solinge note qu'étant donné la polarisation actuelle, il est peu probable que les différents pays réussissent à harmoniser leurs politiques en la matière. En même temps, une collaboration accrue avec les pays de l'UE amènerait les Pays-Bas à adopter une position plus neutre. Quoi qu'il en soit, le fait que plusieurs pays membres soient sous régime social-démocrate renforce la tendance actuelle de continuer à appliquer des approches en réduction des méfaits, en dépit de l'opposition de certains pays comme la Suède et la France qui restent critiques des politiques et des pratiques néerlandaises en matière de drogues.

## **Recherche et évaluation**

Entre 1991 et 1996, les taux d'infection par le VIH chez les UDI ont suivi une courbe descendante, tout comme les taux d'injections non-sécuritaires et de relations sexuelles non-protégées. On attribue cette diminution non seulement à la distribution de méthadone et aux échanges de seringues, mais aussi à la prestation d'aide sociale, de traitement, de counseling, à la distribution de condoms et à la diffusion d'information sur la sexualité sans risques et l'utilisation sécuritaire des drogues (Institut Trimbos, 2000; Fischer et al., 2000).

L'Institut Trimbos (2000) rapporte que les résultats d'évaluation du programme de traitement par la méthadone indiquent que plus du tiers des clients peuvent contrôler leur dépendance aux drogues et consommer d'autres drogues minimalement. Environ 25 pour cent des clients peuvent être considérés comme étant bien intégrés dans la société en termes de contacts sociaux, de travail,

d'éducation, d'hébergement et de respect des rendez-vous. La majorité est néanmoins mal intégrée, et pour 25 pour cent des clients, la méthadone n'a eu que peu ou pas d'effets sur leur vie : ils continuent d'être en mauvaise santé et d'exercer des activités criminelles. Dans un de ses rapports (sans date), le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports rapporte que de tous les toxicomanes connus du système de soins de santé, 75 pour cent utilisent aujourd'hui la méthadone, comparé à 40 pour cent il y a 10 ans.

Les Pays-Bas ont derrière eux de longs efforts de recherche sur les politiques et les pratiques de réduction des méfaits, y compris sur l'évaluation de la politique néerlandaise en matière de nuisance, sur le circuit de prescription de méthadone d'Amsterdam, sur les essais de prescription d'héroïne, etc. Afin de pouvoir mieux surveiller et évaluer la politique et la programmation, le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports annonçait en 1997 la mise sur pied d'un système national de surveillance, le National Drug Monitor, qui présentera un cadre coordonné et cohérent de cueillette des données à l'échelle nationale (Kuipers, 2000).

### **Opinion publique et médias**

L'opinion publique néerlandaise appuie généralement les politiques et les programmes de réduction des méfaits. Toutefois, la nuisance publique causée par les utilisateurs de drogues a récemment soulevé certaines inquiétudes, ce qui a conduit à l'élaboration d'une politique pour répondre au problème. Selon un de nos répondants, la rhétorique politique actuelle plus sévère en matière de traitement obligatoire des utilisateurs de drogues constitue en partie un reflet de l'opinion publique.

D'un autre côté, un autre de nos répondants a mentionné que la politique permettant la vente et l'utilisation du cannabis dans les cafés a amélioré la crédibilité des autorités aux yeux des jeunes et a peut-être contribué à nourrir l'image négative qu'ont les jeunes Néerlandais de l'utilisation des drogues comme l'héroïne. Les jeunes côtoient les utilisateurs de drogues comme l'héroïne dans les rues; ils peuvent donc constater les effets néfastes de la consommation de ce genre de drogues illégales.

# Réduction des méfaits en Grande-Bretagne

---

## Aperçu

---

Dans le domaine de l'utilisation des drogues injectables et de la réduction des méfaits, la Grande-Bretagne est bien connue pour ses politiques et pratiques de prescription de drogues pour le traitement des pharmacodépendances, ses initiatives d'échanges de seringues et de services d'approche, ainsi que pour ses services communautaires coordonnés dispensés par plusieurs organismes. Toutes ses initiatives, de même que les initiatives visant à éduquer les utilisateurs de drogues sur la façon de réduire les risques associés à l'utilisation des drogues et aux comportements connexes, sont directement ou indirectement soutenues par la stratégie nationale en matière de drogues, qui met en jeu des partenariats entre les forces policières, les fournisseurs de soins sociaux et de santé, les éducateurs et les autres principaux intervenants.

À l'exception d'une seule initiative mise sur pied à la fin des années '60, la Grande-Bretagne n'a pas ouvert de centres d'injection supervisés. La plupart des toxicomanes en traitement reçoivent de la méthadone et cette façon de faire est de plus en plus considérée comme une mesure de réduction des méfaits et appréciée comme un moyen de réduire la criminalité liée aux drogues. Les amphétamines par voie orale sont quelquefois prescrites aux personnes gravement dépendantes de ces substances. Une étude se penche actuellement sur les effets de l'accessibilité à la nalaxone pour prendre en charge les surdoses chez les UDI. Les mécanismes et éléments motivateurs visant à encourager de plus en plus de toxicomanes à suivre un traitement, ainsi que l'orientation vers un traitement au moment de l'arrestation sont des initiatives qui remportent un soutien grandissant.

## Contexte politique de réduction des méfaits

---

En 1998, le nouveau gouvernement travailliste de Tony Blair a nommé Keith Halliwell coordonnateur de la politique antidrogue pour la Grande-Bretagne (Anti-Drugs Coordinator for the UK). Cette nomination confirme l'attention que porte le gouvernement aux problèmes des drogues et en particulier à la criminalité qui en découle. Le gouvernement britannique annonçait également une stratégie décennale pour s'attaquer à la problématique de la drogue. Cette stratégie s'appuie sur une autre, élaborée par le précédent gouvernement conservateur, et l'élargit en se donnant pour objectif la création d'une société saine, confiante, et de plus en plus libérée des méfaits causés par l'abus des drogues. Cette stratégie marque également l'engagement pris par le gouvernement de s'attaquer aux inégalités sociales qui contribuent à l'abus des drogues, en apportant des réformes à l'état-providence, à l'éducation, à la santé, à la justice criminelle et à l'économie.

La stratégie porte autant sur les drogues légales qu'illégales, mais l'accent est surtout mis sur les drogues illégales, en particulier la cocaïne et l'héroïne. Dans son premier rapport au gouvernement, M. Halliwell a indiqué qu'il s'inquiétait en particulier des 100 000 à 200 000 utilisateurs de drogues illégales. « Ce groupe est responsable des plus graves problèmes, à la fois pour eux-mêmes et pour le reste de la société. Ils sont responsables d'un nombre important de crimes; plusieurs sont victimes d'abus de la part de proxénètes et de revendeurs; ils troublent souvent l'ordre public, créent une demande excessive dans les services d'application de la loi, de counseling ainsi que dans les services médicaux et sociaux. » On peut penser que plusieurs des personnes qui utilisent des drogues illégales les consomment par injection.

La stratégie britannique repose sur quatre éléments : (1) l'éducation, la promotion de la santé et les initiatives complémentaires pour aider les jeunes à résister à l'utilisation abusive des drogues; (2) l'application de la loi et les initiatives d'action communautaire pour protéger les collectivités des comportements antisociaux et criminels associés aux drogues; (3) des traitements primaires, secondaires et tertiaires, ainsi que des initiatives de réduction des méfaits qui permettront aux toxicomanes de vivre une vie saine et d'éviter les activités criminelles; et (4) des initiatives de réduction de l'approvisionnement.

Le premier rapport de M. Halliwell au gouvernement comporte un certain nombre d'énoncés qui semblent appuyer des éléments de réduction des méfaits. Le rapport souligne l'importance d'offrir de la méthadone et d'autres drogues de substitution en se reportant aux directives définies par le ministère de la Santé. Il indique la nécessité de fournir aux toxicomanes de l'information précise, des conseils pratiques et du soutien pour éviter les infections et les problèmes connexes à l'utilisation des drogues. De plus, un des énoncés souligne l'importance d'aider les toxicomanes à évaluer leurs comportements et à les changer afin d'adopter des modes de vie plus positifs, et de les mettre en contact avec des services d'hébergement, d'éducation et d'emploi. Les énoncés concernant les traitements semblent également reconnaître que l'abstinence ne doit pas nécessairement être le principal but poursuivi. L'abstinence est tout de même considérée comme préférable.

*« (...) le gouvernement reconnaît que peu importe les conséquences, certaines personnes continueront d'abuser des drogues, que ce soit par ignorance ou pour d'autres raisons. Puisque cela peut contribuer à sauver des vies, nous devons donc concevoir pour ces personnes de l'information et des infrastructures visant la réduction des méfaits. Nous devons aussi faire en sorte que le message principal soit clair : l'abstinence reste la seule option sans danger. »*

Le rapport du coordonnateur ne fait directement référence à la *réduction des méfaits* qu'une seule fois, en rapport avec les efforts déployés pour prévenir la propagation du VIH chez les UDI. Cet énoncé n'explique toutefois pas que ces efforts ont été entrepris par la prestation de services d'échange d'aiguilles et aucune autre référence n'est faite sur cette forme de service.

Les commentaires recueillis indiquent que l'intention sous-tendant l'actuelle stratégie nationale en matière de drogues est interprétée différemment selon la personne interviewée. Certaines voient la stratégie comme une réaffirmation de l'engagement pris par le gouvernement de soutenir le traitement et la réduction des méfaits, alors que d'autres pensent que le gouvernement s'éloigne de l'approche en réduction des méfaits. Un de nos répondants n'a relevé aucun élément reconnaissant que la dépendance aux drogues est un problème de santé publique et rien qui appuie la réduction des méfaits. Un autre répondant bien informé a regretté que la Grande-Bretagne « devienne comme l'Amérique » dans son approche. Plusieurs de nos répondants ont également souligné l'accent mis sur la criminalité liée aux drogues et l'utilisation de moyens juridiques pour augmenter la participation aux traitements.

Le rapport du coordonnateur dresse la liste d'un éventail de secteurs chargés de mettre en œuvre les buts et les objectifs de la stratégie nationale en matière de drogues : groupes de soutien aux plus hauts échelons de l'administration (tel le Home Office ou ministère de l'Intérieur), services consultatifs régionaux, équipes régionales de lutte antidrogue et équipes de réponse aux drogues comprenant les principales agences des domaines de la santé, de l'éducation, des services sociaux, de l'hébergement et de l'application de la loi. D'autres rôles importants ont aussi été attribués à certaines agences nationales (Home Office, Standing Conference on Drug Abuse, Institute for the Study of Drug Dependence, Customs and Excise, National Crime Squad, National Criminal Intelligence Services). La stratégie définit des occasions d'agir pour les secteurs privé et bénévole, les médias, les parents, les jeunes et les représentants communautaires. Ni les utilisateurs de drogues ni les groupes d'utilisateurs ou d'ex-utilisateurs ne sont mentionnés comme participants au processus d'implémentation.

Les principaux groupes et organismes engagés dans la prestation des services de réduction des méfaits (distribution et échange d'aiguilles, éducation des utilisateurs, services d'approche et/ou de prescription) incluent les généralistes, les agences de services sociaux, les unités de santé publique, les services consultatifs et de counseling de rue<sup>17</sup>, les cliniques de traitement des pharmacodépendances, les établissements de désintoxication spécialisés, et les cliniques privées de réhabilitation. Les hôpitaux offrent à la fois des services de désintoxication en établissement et des services ambulatoires. En plus de ces services, des cliniques spécialisées en traitement des pharmacodépendances ont également des centres de jour et des groupes d'autonomisation.

Les équipes communautaires antidrogue (Community Drug Teams ou CDT) jouent un rôle important dans la prestation de services. Ces équipes multidisciplinaires collaborent avec les médecins locaux. Elles se composent d'un travailleur social, d'une infirmière communautaire en soins psychiatriques, d'un médecin ou d'un psychiatre consultant, secondés par un personnel

---

<sup>17</sup> On rapporte que ces services sont fréquents et occupent une place importante dans certains quartiers.

administratif. Ces équipes sont souvent basées dans un hôpital ou une clinique, mais se retrouvent fréquemment dans la collectivité. Elles fournissent évaluation, counseling, désintoxication et soins postcure. Au besoin, elles dirigent les clients vers d'autres services, par exemple les services médicaux, de protection de l'enfance ou de santé mentale. Les CDT travaillent en étroite collaboration avec les équipes locales du lutte contre le VIH/sida. La plupart des régions ont maintenant des CDT actifs. Un de nos répondants, qui connaît les services de méthadone offerts en sol canadien, a mentionné que grâce aux CDT, les TM s'imbriquent mieux qu'au Canada dans l'éventail des services britanniques.

## Financement de la réduction des méfaits

Le rapport du coordonnateur indique que le gouvernement britannique dépense l'équivalent de 2,3 milliards de dollars par année dans sa lutte antidrogue. Des fonds ont été alloués dans le cadre de la nouvelle stratégie nationale, y compris pour les traitements et pour une campagne de vaccination nationale contre l'hépatite B pour les UDI. La stratégie entend également faire en sorte que les ressources existantes s'accordent avec ses buts et ses objectifs. Tous les intervenants ont donc été invités à revoir leur priorités, leurs ressources et leurs activités afin de les harmoniser avec la stratégie gouvernementale et de définir des cibles et des mesures de rendement individuelles et de société.

Sur le plan local, des fonds peuvent être réservés spécifiquement à la réduction des méfaits (ex. : initiatives de lutte contre le VIH incluant des échanges d'aiguilles), ou ils peuvent être négociés à même une enveloppe allouée aux autorités sanitaires locales par le ministère de la Santé. Ce processus met en scène des équipes d'action antidrogue (Drug Action Teams ou DAT), lesquelles regroupent plusieurs organismes locaux. Les DAT sont appuyés et conseillés par le Home Office (par l'entremise du Drugs Prevention Advisory Service) et par neuf équipes régionales.

On parle également d'un centre de traitement national qui subventionnerait les services de traitement locaux, et dont l'enveloppe de financement serait liée aux résultats. Les détails n'ont toutefois pas encore été étudiés.

La moitié des agences de traitement font partie du secteur bénévole (non-gouvernemental) et sont soutenues par des fonds caritatifs. Plusieurs sont aussi financées par les sociétés d'état. Les hôpitaux, les généralistes et les soins de santé essentiels sont subventionnés par le service de santé nationale, le National Health Service.

Certains de nos répondants étaient d'avis que les nouvelles ressources sont beaucoup plus facilement allouées aux initiatives de réduction de la criminalité qu'à celles qui visent le traitement ou la réduction des méfaits. Une de ces personnes a indiqué que les ressources allouées aux PES étaient menacées, étant donné que le VIH/sida ne semble plus être perçu comme un problème important

chez les UDI. D'autres personnes ont néanmoins soutenu que des efforts étaient quand même faits pour trouver un équilibre entre tous les éléments de la stratégie.

## Situation actuelle de certaines initiatives de réduction des méfaits

---

### Distribution et échange d'aiguilles et de seringues

L'achat et la possession d'aiguilles et de seringues stériles n'ont jamais été illégaux en Grande-Bretagne. Les premiers essais de distribution et d'échange d'aiguilles gérés par les organismes sociaux et sanitaires ont commencé en 1987; ils sont maintenant répandus et acceptés comme partie intégrante d'une gamme de services complets. Ils se sont toutefois développés plus rapidement dans certaines régions (ex. : Liverpool) que dans d'autres (ex. : Écosse). Les PES sont actuellement offerts par plusieurs ressources différentes, dont les agences du domaine des drogues, les pharmacies au détail et les intervenants en service d'approche. En plus de donner de l'éducation et des conseils, les PES distribuent également des condoms et de l'eau de Javel. Il y a plus de 2 000 centres d'échange qui distribuent plus de 27 millions d'aiguilles par année. Plusieurs de ces centres sont situés dans les pharmacies, et plus de 90 pour cent des autorités sanitaires locales ont un service d'échange de seringues.

Les services d'échange d'aiguilles distribuent parfois un grand nombre d'aiguilles (plus de 50 à 100 en une seule fois). Apparemment, l'accessibilité croissante des aiguilles n'a pas soulevé d'inquiétude, pas plus que le nombre d'aiguilles n'a augmenté dans les rues, les parcs et les autres endroits publics. Il faut cependant noter que dans certains quartiers, des aiguilles ont été retrouvées dans des endroits publics ou semi-publics. Ces quartiers sont souvent aux prises avec des problèmes multiples et se caractérisent par un haut taux de chômage, l'absence d'organisation sociale, des logements de très piètre qualité et des taux élevés d'activités criminelles liées aux drogues et d'autres formes de criminalité.

Une des personnes interviewées dans le cadre de cette étude a déclaré qu'on savait for peu de choses sur le fonctionnement réel des centres de distribution/d'échange de seringues ou sur les relations qui existent entre le personnel et les clients. Les attentes du personnel, leurs capacités et compétences n'ont pas été étudiées, mais semblent être variées. La personne interviewée s'inquiétait de ce que certains fournisseurs de services de distribution/d'échange de seringues entretenaient une vision étroite et limitaient leur intervention à la distribution d'aiguilles plutôt que de profiter de l'occasion pour tenter d'apporter des changements aux comportements des utilisateurs. Cette personne était également d'avis que les PES britanniques doivent être mieux intégrés aux autres services et qu'ils doivent également offrir un plus large éventail de services.

En ce qui concerne l'approbation des PES et leur fonctionnement, les variations existantes sont décrites dans une étude portant sur l'établissement et le développement de programmes communautaires et d'agences par les pharmaciens des collectivités du pays de Galles (Keene et Stimson, 1997). Les agences appliquant une politique d'abstinence en matière de drogues rejettent les PES, alors que celles qui fonctionnent déjà selon un modèle de réduction des méfaits jouent un rôle important dans leur mise en œuvre et les intègrent facilement à leur travail.

## Traitement aux drogues de substitution

La stratégie britannique actuelle approuve la prescription des drogues de substitution, un reflet de politiques et de traditions depuis longtemps établies. Les médecins britanniques ont toujours eu le droit de prescrire de l'héroïne et de la méthadone aux toxicomanes, bien que le droit de prescrire de l'héroïne ait été limité, depuis la fin des années '60, aux psychiatres dûment autorisés. Les généralistes peuvent toutefois prescrire de la méthadone aux narcodépendants ce qui comprend actuellement la méthadone autoinjectable. Quelques généralistes et un certain nombre de psychiatres consultants prescrivent des amphétamines aux personnes qui en sont gravement dépendantes. La cocaïne n'est pas approuvée pour traiter une dépendance.

Les directives de traitement clinique de l'abus de drogues et des dépendances ont été publiées par le ministère de la Santé britannique ([www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk)). Ces directives font spécifiquement mention de la *réduction des méfaits*, entendue pour définir la réduction des différentes formes de méfaits associés à l'abus des drogues, y compris les problèmes sanitaires, sociaux, juridiques et financiers, jusqu'à ce que l'utilisateur soit prêt à cesser de consommer et capable de le faire. On conseille aux médecins de fournir à leurs patients de l'information sur la réduction des méfaits, y compris, si besoin est, sur l'accès à des aiguilles/seringues stériles, le dépistage du VIH/sida et l'immunisation contre l'hépatite B.

Les directives se penchent également sur les questions relatives à la prescription de drogues. On invite fortement les médecins à utiliser des benzodiazépines et des agonistes aux opiacés à action plus longue (ex. : méthadone) pour traiter la dépendance aux opiacés. La prescription de formules injectables n'obtient qu'une place très limitée qui requiert par ailleurs des connaissances spécifiques. Certains répondants considèrent qu'en l'absence de directives ou de politiques, la prescription de méthadone injectable comporte des implications pratiques, juridiques et éthiques sérieuses pour les médecins (Sarfraz et Alcorn, 1999). La prescription de drogues poursuit un but de prévention des symptômes de sevrage et la réduction ou la cessation de l'utilisation des drogues illégales. La préférence est donnée à la prescription de drogues sous supervision quotidienne.

Un psychiatre consultant interviewé dans le cadre de cette étude a souligné que le but visé par la prescription de méthadone ou d'autres drogues n'est pas d'inciter les toxicomanes à entrer en traitement, mais plutôt de traiter la dépendance des personnes qui ont besoin de méthadone.

En ce qui a trait à l'héroïne, les directives mentionnent qu'elle peut être utilisée dans un traitement de maintien chez une minorité de patients : « La méthadone injectable étant facile à obtenir, il y a peu d'indications cliniques pour prescrire de la diamorphine ». Un permis du ministère de l'Intérieur est nécessaire et il reste l'apanage des spécialistes. L'héroïne est prescrite uniquement dans les cas où la surveillance est rigoureuse et l'utilisation supervisée au départ. Les directives notent également qu'il n'existe aucune indication reconnue pour prescrire des amphétamines, de la cocaïne ou des benzodiazépines injectables. Le buprénorphine est reconnu comme une drogue d'entretien présentant un potentiel utile, en particulier pour les personnes dont la dépendance aux opiacés est plus légère. La naltrexone est reconnue pour bloquer les effets des opiacés, mais son utilisation dans ce but précis n'a pas été suffisamment étudiée. Les directives n'autorisent pas la codéine, le LAAM, la dexamphétamine et la cocaïne pour le traitement des pharmacodépendances.

Dans les faits, l'héroïne est prescrite à moins de 1 pour cent des toxicomanes en traitement et les directives du ministère de la Santé remettent son utilisation en question. En dépit de l'attention qu'elle a suscitée dans la communauté internationale, la prescription d'héroïne n'a jamais été un élément dominant des traitements ou de la réduction des méfaits dans le Merseyside (Eaton, Seymour et Mahmood, 1998), et contrairement à ce que l'on croit, fort peu de personnes ont reçu une prescription de cigarettes imprégnées d'héroïne. Aucun répondant n'a pu nous confirmer que cette pratique persiste. Plusieurs de nos répondants s'interrogent sur l'énorme intérêt pour la prescription d'héroïne en Grande-Bretagne; l'un d'eux a même déclaré qu'il considérait que les rapports sur cette pratique avaient atteint des « proportions mythiques ».

L'usage peu fréquent de l'héroïne est fonction de la preuve en faveur de la méthadone, de l'absence de preuve quant à la valeur de la prescription d'héroïne, et de la réticence de la plupart des médecins à prescrire des drogues autoinjectables. Un des médecins interviewés dans le cadre de cette étude a expliqué que cela entraînait toute sorte de difficultés, comme les surdoses et les collapsus veineux.

La méthadone constitue le traitement de choix et est actuellement prescrite à plus de 98 pour cent des toxicomanes qui suivent un traitement non-axé sur l'abstinence. Jusqu'à tout récemment, la méthadone était surtout prescrite dans un but de sevrage et, ultimement, d'abstinence durable (Spears, 1997). Ainsi, en 1997, il n'y avait pas de programmes de traitement par la méthadone et celle-ci était prescrite de façon arbitraire et spécifique, surtout à court terme et à faible dose (OMS, 1994).

Dans un rapport déposé en 1996 devant le Conseil des ministres, le groupe de travail chargé d'examiner l'efficacité des services (Effectiveness Review Task Force) insistait sur la nécessité d'étendre les services de TM. La plupart des recommandations portaient sur les services sociaux et de santé. En réponse à celles-ci, le ministère de la Santé britannique a émis les directives suivantes :

- Il faut accroître l'engagement des professionnels de soins primaires, comme les généralistes et les pharmaciens de quartier, dans la prestation des soins aux toxicomanes plus stables;

- Il faut mettre sur pied des services appropriés et accessibles pour les jeunes qui abusent des drogues;
- Il faut améliorer la prestation des soins aux toxicomanes qui sont en contact avec la justice criminelle; et
- Il faut appuyer les programmes de traitement par la méthadone bien gérés ainsi que les programmes de counseling connexes pour opiomanes (ISDD, 1998, p. 1).

Les directives du ministère de la Santé s'attaquent à ces problématiques : tout en reconnaissant que certains toxicomanes ont besoin d'un traitement par la méthadone à long terme, elles encouragent les médecins à étudier d'autres solutions. Les directives recommandent des doses de maintien allant de 60 à 120 mg par jour. Un des consultants interviewés a mentionné que pour plusieurs de ses patients, le traitement de maintien durerait probablement à vie, opinion d'après lui généralement partagée. Il a été appuyé dans ses dires par un autre répondant qui s'est également inquiété de ce que la réduction des méfaits était devenue une fin en soi. À son avis, plus d'efforts devraient être déployés pour amener les toxicomanes à devenir totalement abstinents.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les directives admettent que dans certains cas, de la méthadone autoinjectable soit prescrite, mais que cette décision relève des spécialistes :

*« Parmi les populations en traitement, un petit groupe ne fait aucun progrès avec les préparations orales; il continue d'abuser des drogues injectables et garde des comportements à risque élevé. Ce groupe pourrait bénéficier d'une évaluation par un spécialiste : dans certains cas, les avantages cliniques pourront être améliorés en corrigeant un dosage inadéquat. D'autres spécialistes pourront également décider de prescrire une drogue injectable. »*

Des plans pour restreindre la prescription de la méthadone injectable aux spécialistes sont actuellement en cours d'élaboration.

Les généralistes peuvent prescrire de la méthadone, mais les toxicomanes reçoivent généralement leur première prescription dans une clinique spécialisée. Une fois stabilisés, ils peuvent être redirigés vers leur généraliste, mais on encourage ces derniers à travailler en collaboration avec les spécialistes. Le soutien offert aux généralistes varie d'une région à l'autre; plusieurs d'entre eux hésitent à prendre des toxicomanes pour patients. Un de nos répondants a mentionné que dans sa région, les généralistes exigeaient plus d'argent pour traiter les toxicomanes, considérés comme des patients difficiles. Il semble que certains généralistes soient également réticents à s'engager dans le traitement des dépendances : ils ne comprennent pas le virage d'une politique d'abstinence à une politique d'entretien et s'inquiètent d'un nouveau changement d'optique.

Les directives comportent les énoncés suivants en regard de la consommation supervisée de méthadone :

- On devrait exiger de la plupart des nouveaux patients à qui on prescrit de la méthadone qu'ils prennent leur dose quotidienne sous la supervision directe d'un professionnel pour une période qui, selon le patient et son assiduité au traitement, sera au minimum de trois mois;
- De la même façon, un patient qui recommence à prendre de la méthadone après avoir arrêté, ou qui commence à recevoir une dose plus élevée, devrait prendre sa dose quotidienne sous supervision directe pendant la période recommandée par les directives et protocoles locaux en vigueur;
- Cette procédure devrait être modifiée pour permettre au patient de prendre ses doses à la maison si le médecin est certain que le patient se conformera aux directives. Le relâchement de la supervision peut être perçu comme un important élément de réhabilitation et donnera l'occasion au patient d'assumer un comportement responsable;
- Des arrangements devraient être pris pour que le patient reçoive ses doses quotidiennes de méthadone en utilisant des prescriptions « périodiques »; lorsque c'est approprié, des arrangements devraient aussi être pris pour la consommation supervisée d'autres drogues.

Les directives stipulent également que les doses de méthadone à emporter ne devraient pas être prescrites dans les cas où :

- Le patient continue d'être instable et d'abuser sans autorisation des drogues, ce qui inclut une importante augmentation de la consommation d'alcool, l'utilisation de drogues illicites, de benzodiazépines ou d'autres tranquillisants;
- Le patient souffre de troubles mentaux sévères;
- Il y a lieu de croire que les drogues prescrites sont mal utilisées ou utilisées à d'autres fins.

La nature des directives et la latitude accordée à chaque généraliste se traduisent par d'importantes variations dans les pratiques de prescription de méthadone à travers le pays. Des différences dans la disponibilité et la qualité des services auxiliaires contribuent également à augmenter ces variations. Par ailleurs, la documentation indique qu'en Grande-Bretagne, « le spécialiste est roi » : cet état de fait crée donc des différences importantes dans la mise en œuvre de la politique en matière de drogues (Strang et Gossop, 1994).

Certains médecins qui ne font pas partie des services nationaux prescrivent des drogues aux toxicomanes, mais ni leur nombre ni celui des toxicomanes ne sont connus. Le Royal College of

Psychiatrists s'est inquiété de ce « commerce de prescriptions » et de l'absence de contrôle et de supervision des fournisseurs de soins qui ne relèvent pas des services de santé nationaux. Deux des personnes interviewées ont également exprimé leur inquiétude face à la qualité de certaines des services offerts par ces médecins et par d'autres praticiens faisant « cavalier seul ».

Il n'existe pas de statistiques fiables sur la proportion d'opiomanes en traitement par la méthadone ou engagée dans une autre forme de traitement. Les estimations de différents répondants suggèrent que 30 à 50 pour cent des personnes gravement dépendantes aux opiacés reçoivent de la méthadone, et que 70 pour cent d'entre elles pourraient être en contact avec une forme ou une autre de services (dont les échanges de seringues). D'après nos données, le principal obstacle à l'accroissement des services de méthadone est le manque de ressources qui limite la capacité des services et s'est traduit, dans certains cas, par de longues listes d'attente.

Quelques spécialistes prescrivent des amphétamines par voie orale aux utilisateurs gravement dépendants de ces drogues; des recherches sont en cours pour déterminer l'efficacité du traitement (Fleming et Roberts, 1994).

### **Centres d'injection supervisés**

Concernant les drogues autoinjectables, les directives de traitement du ministère de la Santé sont claires : si elles doivent être utilisées, cela doit se faire sous supervision dans un contexte clinique. Certaines cliniques ont toujours permis cette pratique, mais les drogues autoinjectables peuvent également être prescrites pour utilisation à la maison. Lorsque les cliniques ont été ouvertes, certains toxicomanes ont commencé à s'injecter des drogues prescrites dans les toilettes publiques. Ceci a mené, à la fin des années '60, à l'établissement d'un programme de jour avec salle d'injection pour toxicomanes dans une clinique du sud de Londres. Le programme existe toujours, mais pas la salle d'injection. Les circonstances ne sont pas documentées et aucun compte rendu n'a été retrouvé.

Parmi nos répondants, aucun n'a mentionné que les centres d'injection étaient actuellement à l'étude. L'une des raisons est que les scènes de drogue ne sont pas tellement visibles, sauf dans certaines zones déjà fort problématiques. Même dans ces quartiers, les toxicomanes ont des lieux d'injection et peu sont vraiment sans abri. Grâce à l'accès au logement social, le phénomène des sans-abri est moins problématique en Grande-Bretagne qu'au Canada. Dans certaines villes, il arrive que les sans-abri squattent les maisons et les édifices abandonnés. Un de nos répondants a attribué la faible visibilité de l'utilisation des drogues dans son quartier à la disponibilité des logements, à la dispersion géographique des revendeurs et aux services de livraison à domicile offerts par certains d'entre eux. Un autre répondant était d'avis que les efforts soutenus des forces policières avaient empêché le développement des scènes de drogue.

Un troisième a mentionné l'utilisation d'éclairage bleu dans les toilettes publiques et les gares ferroviaires, qui décourage l'utilisation des drogues injectables : il rend les veines difficiles à voir, ce qui empêche l'injection.

## **Éducation des utilisateurs et services d'approche**

En Grande-Bretagne, les services d'approche sont devenus un aspect essentiel de la réponse à l'utilisation des drogues injectables. Le travail se fait dans tous les endroits publics. Les intervenants sont un contact essentiel; ils donnent de l'information sur les risques associés au partage des aiguilles et aux différents comportements sexuels.

Un de nos répondants a mentionné que les services d'approche se concentrent maintenant sur les populations difficiles à rejoindre, comme les personnes qui se prostituent et celles qui consomment des amphétamines. Il était d'avis que la plupart des autres utilisateurs de drogues avaient déjà été contactés et connaissaient les services. Il a cependant ajouté que les intervenants de sa clinique visitent quotidiennement les commissariats pour identifier les nouveaux détenus utilisateurs de drogues et les diriger vers des services de traitement.

## **Réduction des méfaits dans le système juridique**

En 1998, un groupe parlementaire rassemblant tous les partis a recommandé qu'à titre de mesure de santé publique, les services d'échange d'aiguilles soient autorisés en milieu carcéral. Le Service correctionnel britannique a depuis banni les PES en établissement, mais reconnaît qu'il surveille de près les développements dans les autres pays. Il considère que « les arguments en faveur du programme ne font pas le poids à côté des risques entraînés par une augmentation du nombre d'aiguilles en circulation et que ce programme mine les efforts de prévention et de dissuasion pour répondre à l'abus des drogues ».

Depuis quelques années, les comprimés de désinfectant sont disponibles dans les établissements carcéraux d'Écosse et semblent bien fonctionner. Il faut cependant noter que dans les établissements où ils sont distribués, du matériel d'information et des dépliants sont également offerts, où on indique clairement que les comprimés ne sont qu'une initiative de réduction des méfaits et que seule l'abstinence éliminera complètement les risques. Les médecins peuvent prescrire des condoms, si selon eux, il y a risque d'infection. On ne sait néanmoins pas si cette pratique est fréquente.

Une autre recommandation du comité parlementaire portait sur une meilleure formation pour les juges, de nouvelles directives nationales de traitement des utilisateurs de drogues en milieu carcéral, le financement d'infrastructures de dépistage rapide des drogues, une augmentation du nombre d'ailes sans drogues dans les établissements carcéraux (où les détenus se soumettraient volontairement au dépistage), des efforts renouvelés d'assistance aux personnes détenues à court terme ou en

détention provisoire, et l'amélioration substantielle des soins et des soins postcure. Ces recommandations s'accordent avec un énoncé de politique du Service correctionnel britannique. Présenté comme élément de la stratégie nationale, l'énoncé a pour but d'offrir du soutien et des traitements à tout prisonnier aux prises avec un problème de drogue. Il entend :

- améliorer l'accès aux traitements et leur qualité;
- améliorer l'accès au dépistage volontaire;
- poursuivre le programme de dépistage obligatoire des drogues;
- réduire l'approvisionnement en drogues en milieu carcéral;
- améliorer la formation du personnel;
- utiliser les résultats de la recherche pour mesurer l'efficacité des traitements et les besoins de groupes de contrevenants spécifiques;
- établir des systèmes de gestion des données pour mesurer le rendement; et
- intégrer le travail des ministères et des organismes qui travaillent avec les détenus.

On ne sait pas si la méthadone est souvent prescrite aux détenus. La décision paraît laissée à la discrétion de chaque médecin. D'après plusieurs des personnes interviewées, il semble que les médecins des établissements carcéraux ont traditionnellement appliqué des traitements plutôt sévères à l'égard des toxicomanes.

## **Facteurs influençant les politiques et les pratiques de réduction des méfaits**

---

### **Tendance dans l'utilisation des drogues injectables**

Avant 1960, la dépendance aux opiacés était peu fréquente. Les opiomanes étaient généralement de classe et d'âge moyens et étaient devenus dépendants suite à une automédication ou à un traitement médical. Dans les années '60, les tendances dans l'utilisation des narcotiques changèrent rapidement et leur consommation devint de plus en plus prévalente chez les jeunes. À la fin des années '70, l'utilisation des opiacés avait augmenté de manière significative, en particulier chez les hommes, dans les régions où le chômage et les privations sociales étaient importants. Depuis ce temps, le nombre de toxicomanes a augmenté, nourri par le trafic international plutôt que par le marché légitime. La consommation de cocaïne et d'amphétamines a également augmenté dans certaines régions. L'augmentation de l'utilisation des drogues est associée à des taux croissants de criminalité,

et les problèmes qu'engendrent les activités criminelles liées aux drogues représentent aujourd'hui d'importants enjeux politiques, ce qui contribue à l'élaboration de stratégies nationales, accroît l'attention portée aux traitements comme éléments d'une stratégie de réduction du crime et à l'usage accru de mesures juridiques pour encourager la participation à ces traitements.

Les études et les débats sur les problèmes de drogues ont débouché sur de nouvelles perspectives; on reconnaît qu'il ne suffit pas d'offrir aux toxicomanes des soins médicaux en période de sevrage pour qu'ils restent durablement abstinents. Les toxicomanes ont besoin de counseling et d'aide pour effectuer des changements permanents à leur mode de vie, y compris au niveau de l'emploi et du logement. Cette évidence a contribué à considérablement étendre les services de counseling et de traitements axés sur l'abstinence. Il faut toutefois mentionner que les buts autres que l'abstinence durable deviennent de plus en plus acceptables.

La consommation de cocaïne a augmenté dans certaines parties de la Grande-Bretagne, et tous les répondants interrogés considèrent que les cocainomanes présentent des difficultés particulières en matière de traitement et de réduction des méfaits. Plusieurs cocainomanes sont aussi héroïnomanes. Certains s'injectent de la cocaïne plusieurs fois par jour, alors que d'autres s'injectent un mélange de cocaïne et d'héroïne (*speedball*) trois à quatre fois par jour. Parmi les répondants interrogés, pas un ne considérerait que la Grande-Bretagne offrait une solution originale au traitement des cocainomanes gravement dépendants.

### **Tendances dans les taux d'infection par le VIH et par d'autres virus**

L'appui accordé aux PES et leur financement continu reflètent les politiques adoptées à la fin des années '80 pour répondre aux inquiétudes fort justifiées concernant la propagation du VIH chez les UDI et dans la population en général.

Dès 1988, persuadé que le fléau du sida était beaucoup plus grave que l'abus des drogues, le conseil consultatif d'état sur l'abus des drogues (Advisory Council on the Misuse of Drugs ou ACMD) convainquit le gouvernement britannique d'appuyer les échanges de seringues. Il recommandait également que les services concernés modifient leurs politiques pour contacter le plus grand nombre possible d'utilisateurs de drogues, y compris les utilisateurs actifs, et tenter de changer leurs comportements. L'ACMD a aussi recommandé que les services établissent une hiérarchie d'objectifs de changement de comportements, dont la première étape serait de cesser de partager le matériel d'injection, suivie du passage à un autre mode de consommation que l'injection, puis d'une réduction de l'utilisation et, enfin, de la cessation complète de la consommation. On reconnaît partout que les initiatives d'échange d'aiguilles et d'éducation des utilisateurs mis en place en Grande-Bretagne ont réussi à prévenir la propagation du VIH chez les UDI.

Le taux d'infection par le VHC chez certains échantillons d'UDI britanniques se situe entre 35 et 50 pour cent. Il est inférieur à celui rapporté pour le Canada et peut être un reflet du succès des PES et des stratégies de réduction des méfaits connexes. Ce taux est néanmoins source d'inquiétude : il a contribué à la mise en œuvre d'un programme de vaccination contre l'hépatite B pour les UDI, en partie pour augmenter la sensibilisation à tous les risques d'infection. On a également conçu du matériel éducatif sur l'hépatite pour cette clientèle. Certains fournisseurs de traitement des dépendances offrent le dépistage du VHC, mais tous n'ont pas les ressources pour le faire.

Un de nos répondants a mentionné que le gouvernement britannique n'avait pas fait preuve de beaucoup de leadership en ce qui concerne l'hépatite C et l'utilisation des drogues injectables. Au moment de nos interviews, on nous rapportait toutefois que de nouvelles directives de prise en charge de la problématique du VHC étaient en cours d'élaboration et que de nouvelles enveloppes pourraient être allouées à sa prévention.

### **Attitude des fournisseurs de services**

Les répondants interviewés ont mentionné que la plupart des groupes et des personnes qui travaillent avec les UDI ont appuyé les PES et l'utilisation de la méthadone comme drogue de maintien. Ces stratégies d'intervention font la preuve en faveur d'une approche en santé publique pour répondre aux problèmes de dépendance. Les avantages en faveur de l'utilisation de la méthadone pour réduire la criminalité ont également été utilisés pour promouvoir la cause du traitement, à tout le moins sur le plan du financement. L'un de nos répondants a dit que certains fournisseurs de traitement avaient pour but premier la réduction du taux de criminalité; il s'inquiétait de ce que cette vision pourrait limiter les attentes et restreindre les activités des services de traitement.

On rapporte également que les fournisseurs de traitement sont très ouverts à l'idée de servir une clientèle redirigée par le système de justice criminelle. Les principaux sujets d'inquiétude touchent les ressources, mais dans certains cas, la réorientation par le système juridique peut être source de fonds. Un de nos répondants a cependant souligné que l'utilisation croissante de l'orientation au moment de l'arrestation et des traitements obligatoires n'avait pas suscité beaucoup de débat quant à certains points comme la confidentialité ou le fait que certains clients puissent être motivés par les mauvaises raisons.

### **Attitude des forces policières**

Un de nos répondants a décrit l'attitude des forces policières face à la distribution/l'échange d'aiguilles comme aléatoire, alors qu'un autre l'a qualifiée de très positive. Cette personne a rappelé que les forces de l'ordre avaient été parmi les premiers partisans de l'échange d'aiguilles dans sa collectivité et qu'elles n'avaient jamais mis ce service sous surveillance. Un autre observateur a confirmé que c'était généralement le cas, ajoutant que « la police reconnaît que les PES ont un rôle

important à jouer et elle les laisse le jouer ». Plusieurs autres ont mentionné que les forces de l'ordre britanniques accueillent favorablement la réduction des méfaits et le traitement, conséquence de l'engagement de ce service dans tous les rouages de l'élaboration de la politique. Néanmoins, une de nos sources, familière avec le travail policier, était d'avis que les officiers en uniforme n'étaient pas toujours à l'aise dans le contexte des échanges d'aiguilles et que des efforts étaient entrepris pour concevoir des outils destinés à les informer davantage.

Concernant le travail policier, un des indicateurs de succès de la stratégie nationale est le nombre d'utilisateurs de drogues mis en contact avec un traitement à l'aide des programmes d'orientation au moment de l'arrestation. Certaines unités policières surveillent donc des zones qu'elles soupçonnent être fréquentées par les utilisateurs de drogues (ex. : édifices abandonnés où il y a des seringues) et arrêtent les personnes qu'elles y trouvent en les accusant d'infractions liées aux drogues ou d'autres infractions. Au moment de l'arrestation, les contrevenants sont mis en contact avec des intervenants en orientation; elles ne sont pas nécessairement inculpées si elles acceptent de se soumettre à un traitement et aucune charge sérieuse n'est retenue contre elles.

## **Accès aux services sociaux et de santé**

La Grande-Bretagne possède un service sanitaire national, le National Health Service, et ses services sociaux, incluant l'aide sociale, fonctionnent bien. Il existent évidemment des différences régionales quant à l'accès aux services et à leur qualité, mais ils sont généralement accessibles à tous, y compris aux UDI. Comme nous l'avons déjà mentionné, le logement n'est pas un problème important dans la population d'UDI, même si dans certains cas, la qualité de ce dernier est très médiocre.

Dans certaines régions et collectivités, les services sociaux et de santé sont extrêmement sollicités. Certaines régions sont aux prises avec un taux de chômage extrêmement élevé et des communautés où le taux de circonstances mutuellement aggravantes est élevé (chômage, faible niveau d'instruction, logement inadéquat, familles dysfonctionnelles, abus de drogues et d'alcool, activités criminelles liées aux drogues et autres formes de criminalité). Le gouvernement s'est engagé à tenter de répondre à ces problèmes et à considérer l'utilisation des drogues dans le contexte des inégalités sociales.

## **Groupes d'utilisateurs**

Tel que mentionné plus haut, la stratégie nationale considère les utilisateurs non pas comme faisant partie de la solution, mais comme le problème lui-même. Certains groupes d'utilisateurs ont été mis sur pied, dont un groupe visant à représenter les personnes qui reçoivent de la méthadone. Néanmoins, leur influence est incertaine. Il a été question, aux plus hauts échelons administratifs, d'octroyer du financement pour engager des coordonnateurs pour ces groupes d'utilisateurs, mais au moment de rédiger ce rapport, aucune enveloppe n'avait été accordée. Un répondant qui travaille à

la planification et à la prestation de traitements a mentionné que des efforts sont déployés pour impliquer les utilisateurs et les ex-utilisateurs, mais qu'en tant que groupe, ils sont mal organisés.

## Europe

Il ne semble pas que l'engagement de la Grande-Bretagne dans l'Union européenne ait eu un effet direct sur ses initiatives de réduction des risques. Cet engagement peut influencer les priorités et les ressources en matière de traitement et de réduction des méfaits si des ressources substantielles sont allouées à des initiatives internationales de réduction de l'approvisionnement.

## Recherche et évaluation

La nouvelle stratégie nationale comporte plusieurs énoncés concernant l'importance de l'évaluation et de la mesure du rendement. Le coordonnateur a indiqué qu'on s'attend à ce que tous les principaux intervenants développent des plans d'affaires et soumettent des rapports annuels qui font état de la rentabilité de leurs programmes. Un observateur des mieux placés a indiqué que cela signifie que la recherche et l'évaluation joueront un rôle essentiel dans l'élaboration des futures initiatives de réduction des risques et des autres initiatives. Il n'a toutefois pas été possible de découvrir quelles étaient les ressources allouées à la recherche ou à l'évaluation.

Certains chercheurs sont peu convaincus que la recherche a eu ou aura une influence sur la politique britannique; deux répondants ont d'ailleurs indiqué que l'abus de drogues a toujours été un problème politique que la recherche n'a généralement pas exploré. Il semble toutefois qu'elle ait tout de même contribué à renforcer l'appui accordé aux TM et aux PES. Il est probable qu'elle inspirera les pratiques à venir en matière de prescription des amphétamines. Par ailleurs des travaux en cours sur la prescription d'héroïne pourraient également influencer les futures pratiques de prescription. L'absence de recherche expérimentale sur la prescription des drogues injectables en Grande-Bretagne est pour le moins remarquable, étant donné le nombre d'années au cours desquelles ce type de travaux a été possible (Strang et Gossop, 1994).

## Opinion publique et médias

Nous n'avons pu trouver d'étude sur l'opinion du public ni de reportages des médias britanniques sur les problèmes entourant les drogues. Certains répondants nous ont dit que le public est généralement indifférent à cette question et qu'il ignore la plupart du temps la manière dont ces problèmes sont gérés, sauf dans le cas où les médias rapportent des saisies de drogues. Une des personnes interrogées était d'avis que dans certaines régions, les drogues faisaient probablement partie des 10 problèmes les plus graves, et que l'opinion était très divisée quant aux solutions à mettre en place. Le public semble néanmoins accepter le fait que la toxicomanie soit entre les mains de professionnels. Une de nos sources a déclaré qu'un débat public sur la politique en matière de

drogues pourrait limiter les possibilités politiques s'appuyant sur la recherche ou la logique. Cette personne était également d'avis que les professionnels devraient voir à ce que la toxicomanie ne devienne pas un sujet trop politique, parce que cela réduirait les occasions de mettre en place des programmes s'appuyant sur la preuve et d'utiliser les résultats de l'évaluation de nouvelles initiatives.

Certains de nos répondants ont mentionné que les médias ne sont ni en faveur des PES ou de l'utilisation de la méthadone ni opposés à ces initiatives. Aucune de nos sources ne se souvenait d'un reportage médiatique sur les problèmes liés à l'une ou l'autre de ces initiatives. Les médias semblent plus concernés par les drogues et la criminalité, et par l'utilisation des drogues chez les célébrités et les personnages haut placés.

# Réduction des méfaits en Suisse

---

## Aperçu

---

En réduction des méfaits, la Suisse est bien connue pour ses programmes de prescription d'héroïne médicale et ses centres d'injection supervisés. Elle compte un réseau bien développé d'échanges d'aiguilles – y compris en milieu carcéral, des services d'approche et de prescription de méthadone, de l'hébergement dans des lieux n'exigeant pas l'abstinence et des projets de jour pour les utilisateurs de drogues. Il existe également des projets pour accroître l'intégration des utilisateurs de drogues sur le marché du travail, des infirmeries pour les utilisateurs de drogues et les sans-abri, ainsi que des projets qui portent assistance aux travailleurs et aux travailleuses de l'industrie du sexe. L'autonomisation des UDI est encouragée. La réduction des méfaits est l'un des quatre piliers de la politique fédérale suisse en matière de drogues.

La recherche et les études de surveillance démontrent que la Suisse a accompli des progrès considérables dans la réduction des problèmes liés aux drogues. L'approche suisse a aussi contribué à nourrir les débats concernant les autres politiques nationales et internationales en matière de drogues.

## Contexte politique de réduction des méfaits

---

Le gouvernement fédéral suisse applique actuellement une politique élaborée au début des années '90. Cette politique poursuit quatre objectifs :

- réduire le nombre de nouveaux utilisateurs/toxicomanes;
- augmenter le nombre de toxicomanes qui cessent de consommer;
- réduire les dommages à la santé chez les utilisateurs/toxicomanes et favoriser leur intégration sociale;
- protéger la société des méfaits de l'utilisation des drogues et combattre le crime organisé.

La stratégie fédérale mise en place pour atteindre ces objectifs comporte quatre éléments. La description de ces quatre « piliers » se retrouve dans une brochure publiée par l'Office fédéral de la santé publique suisse.

## Application de la loi

La politique suisse en matière de drogues se reporte à une stricte réglementation et à la prohibition de certaines substances et certains produits créant une dépendance. La production, le trafic et la consommation illicites de ces substances réglementées peuvent mener à une poursuite en justice criminelle. L'utilisation des narcotiques est également strictement réglementée.

Le gouvernement fédéral a mis en place de nouveaux mécanismes juridiques pour contrer le blanchiment d'argent et le crime organisé. Une nouvelle loi sur le blanchiment d'argent est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 1998 : elle oblige les institutions financières à rapporter aux autorités fédérales les comptes suspects et à immobiliser les actifs. Cette obligation s'étend également aux compagnies de gestion des actifs, aux compagnies d'assurance, aux bureaux de change, aux avocats et aux autres professionnels.

La Suisse est toutefois devenue beaucoup plus tolérante en ce qui concerne l'utilisation personnelle de cannabis. Une loi nouvellement proposée décriminalisera l'utilisation personnelle du cannabis et en permettra la culture et la distribution, peut-être par l'entremise de cafés comme ceux qui ont pignon sur rue aux Pays-Bas.

## Prévention

La Suisse considère la prévention comme le plus important des quatre piliers. Les buts de toutes les initiatives de prévention sont de convaincre les gens de ne pas utiliser les drogues et d'adopter un mode de vie sain. Certains groupes cibles, comme les populations de migrants et les jeunes défavorisés, et certains milieux, comme les écoles, les centres jeunesse, les clubs sportifs et les événements jeunesse, reçoivent une attention particulière.

## Cure de désintoxication

Les personnes pharmacodépendantes sont encouragées à suivre une cure de désintoxication. Il existe actuellement une centaine d'établissements spécialisés où les patients reçoivent des traitements pharmaceutiques et sont soutenus dans leur réhabilitation. Le but déclaré est l'abstinence ainsi que l'intégration et la réhabilitation sociale. Le gouvernement fédéral appuie aussi les TM et les traitements pour personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie.

## Réduction des méfaits

Le gouvernement fédéral a soutenu quantité de mesures en réduction des méfaits, dont les PES, les centres d'injection, les programmes d'emploi et d'hébergement. Ces mesures sont décrites ci-dessous.

Dans sa brochure, l'Office fédéral de la santé publique accorde beaucoup d'importance à deux aspects de sa politique:

- une collaboration étroite et coordonnée entre tous les services et organismes participants; et
- des recherches scientifiques et des évaluations systématiques.

C'est l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) qui assure la direction et la coordination de l'élaboration et de la mise en œuvre des mesures visant à réduire les problèmes de drogues. L'OFSP utilise quatre modes d'action : (1) l'élaboration et la diffusion d'information, (2) la promotion de modèles et d'innovations qui ont fait leurs preuves, (3) la coordination et l'harmonisation, et (4) la promotion de la qualité.

Dans l'ensemble, le programme de mesures pour réduire les problèmes de drogues (ProMedDro) est dirigé en collaboration avec d'autres secteurs qui relèvent des compétences de l'OFSP, comme les programmes sur le sida, le tabac et l'alcool. Ces programmes ont des stratégies et des projets communs, en particulier en ce qui trait à la promotion de la santé et à la prévention dans les écoles et chez les jeunes, la santé des migrants, la réduction des méfaits liés aux drogues/au sida, la promotion de la santé en milieu carcéral, la formation professionnelle et la promotion de services de qualité.

Entre 1990 et 1996, les activités de l'OFSP en matière de traitement et de réduction des méfaits incluait l'élaboration et l'évaluation d'un programme de prescription médicale de narcotiques (voir ci-dessous), une analyse des besoins, la mise sur pied d'un centre de coordination nationale, le soutien à l'ouverture et à la réorganisation de différents services de traitement en établissement, la publication de statistiques nationales sur les services de traitement ambulatoires et en établissement, le soutien à l'échange et à la distribution d'aiguilles et la prestation de services à seuil bas.

En matière de traitement et de réduction des méfaits, les priorités de l'OFSP pour les années 1998 à 2002 touchent la collaboration et la coordination, et poursuivent également la consolidation de l'éventail des thérapies existantes en un système coordonné qui permettra d'offrir de meilleures chances de vaincre la dépendance aux drogues. Parmi les objectifs spécifiques :

- Établir des ententes entre le gouvernement fédéral et les cantons en ce qui concerne l'harmonisation du financement pour les traitements axés sur l'abstinence;
- Améliorer les TM et augmenter leur taux de maintien;
- Offrir la prescription médicale d'héroïne comme option à l'intérieur d'un cadre complet de traitements;
- Améliorer les traitements de dépendance aux drogues dans au moins un tiers des établissements correctionnels et des centres de détention;

- Faire en sorte (par la promotion et le financement) que les mesures de réduction des méfaits continuent de faire partie des politiques cantonales et municipales en matière de drogues;
- Élargir l'accès à du matériel d'injection stérile;
- Améliorer les mesures de réduction des méfaits et surtout le maillage entre les différents secteurs de prévention, de traitement et de maintien de l'ordre public; et
- Améliorer la réduction des méfaits dans au moins un tiers des établissements correctionnels et des centres de détention.

Des chercheurs de l'Université de Lausanne ont produit deux évaluations fouillées des mesures prises par l'OFSP pour réduire les problèmes liés aux drogues. La première évaluation couvrait les années 1990 à 1996, alors que la seconde se penchait sur les réalisations et les priorités et activités proposées pour les années 1998 à 2002. Ces évaluations ont été commandées par l'OFSP et démontrent bien l'importance accordée à cet exercice par les décisionnaires et défenseurs des politiques suisses.

La première évaluation était très positive et les conclusions suivantes ont été tirées des activités de l'OFSP pour la période couverte :

- L'OFSP s'est montré actif et novateur pour élaborer et appuyer des projets de prévention, de traitement et de réduction des méfaits.
- En collaboration avec les partenaires de l'Office (autorités municipales et cantonales, professionnels, associations, etc.), les collaborateurs de l'OFSP ont pu progressivement mettre au point des politiques dans chacun de leurs champs d'intervention.
- La décision d'intervenir dans tous les champs d'action entourant la toxicomanie a été pour beaucoup dans l'évidence qui s'impose généralement, à savoir que le problème exige une approche globale.
- Dans le domaine de la prévention, l'utilisation des habiletés et des expériences existantes s'est avérée plus enrichissante que l'élaboration de nouveaux projets.
- L'OFSP a aidé à concevoir un large éventail d'approches thérapeutiques et de réduction des méfaits, ce qui a eu pour effet d'améliorer les soins donnés aux différents types d'utilisateurs. L'introduction d'innovations dans le domaine (essais de prescription médicale de narcotiques, distribution de seringues en milieu carcéral, etc.) a été soigneusement gérée et dépend en grande partie des intervenants sur le terrain.

La deuxième évaluation était tout aussi positive et comportait un certain nombre de recommandations quant aux directions d'avenir. Les recommandations pertinentes dans le contexte de notre étude sont les suivantes :

- L'OFSP devrait porter une attention particulière à l'harmonisation des statistiques liées aux problèmes de drogues afin de définir des indicateurs épidémiologiques fiables. La surveillance épidémiologique est essentielle si l'on veut qu'une politique sanitaire efficace soit mise en œuvre dans le domaine de la toxicomanie : elle devrait donc constituer une priorité pour l'OFSP.
- Près de 50 pour cent des héroïnomanes sont en traitement par la méthadone : des ressources doivent donc être allouées pour assurer la qualité des traitements et accroître les connaissances à leur sujet.
- Il est absolument fondamental d'offrir des traitements aux utilisateurs de drogues et de leur assurer le minimum vital; l'OFSP devrait donc déployer des efforts constants pour faire en sorte que les initiatives soient accessibles et diversifiées.
- L'OFSP devrait développer une collaboration à l'interne afin que ses partenaires puissent s'appuyer sur des concepts et des méthodes clairement définis. Cette collaboration serait particulièrement importante dans le secteur général de la prévention, et dans les domaines des traitements aux drogues de substitution, de la prévention secondaire, et de l'aide sociale. Les collaborateurs de l'OFSP pourraient plus facilement conjuguer leurs efforts si les critères de sélection étaient plus clairement définis et si les projets ou la recherche faisaient l'objet de concours.
- L'une des principales activités de l'OFSP est d'informer ses partenaires et la population en général. À l'aide de campagnes de sensibilisation, de brochures et de rapports, l'Office a réussi à développer une coordination nationale et à faire accepter le fait par l'opinion sociale et politique que les problèmes de drogues doivent être affrontés. En cela, le travail de l'OFSP est exemplaire et devrait être poursuivi.
- L'OFSP a fort intelligemment pris en compte les besoins des intervenants sur le terrain. Il serait opportun de continuer sur cette lancée et de faire en sorte que l'échange d'information et d'idées continue.
- Les efforts de coordination nationale devraient être précisés et élaborés davantage.
- La collaboration avec les forces de l'ordre devrait être poursuivie et renforcée; l'OFSP doit faire en sorte que les forces policières connaissent les aspects sanitaires de l'utilisation des drogues.
- Enfin, il est essentiel que l'OFSP continue d'agir si on veut que les réalisations des dernières années puissent être maintenues.

## Financement de la réduction des méfaits

L'OFSP finance la mise en oeuvre d'initiatives en santé publique qui visent à réduire les problèmes liés aux drogues. La Suisse compte 26 cantons : chaque canton est responsable des fonds alloués aux activités locales qui servent la stratégie nationale en matière de drogues. Ce ne sont pas tous les cantons qui ont alloué des fonds pour appuyer la prescription d'héroïne ou les centres d'injection. Un canton qui n'a pas approuvé la prescription d'héroïne a toutefois alloué des fonds à une clinique qui prescrit de la méthadone autoinjectable.

## Situation actuelle de certaines initiatives de réduction des méfaits

### **Distribution et échange d'aiguilles et de seringues**

Les seringues sont vendues en pharmacies depuis 1987. Un programme d'échange de seringues et d'accès à celles-ci a été mis en oeuvre en 1991. Il incluait des distributrices automatiques. Les forces de l'ordre et le public en général approuvent maintenant la distribution et l'échange de seringues.

Les utilisateurs de drogues s'approvisionnent en matériel d'injection dans les SBS : des centres de rue qui ne visent pas l'abstinence et où l'on va sans rendez-vous. Il existe 25 SBS répartis dans 10 cantons où l'allemand est la langue principale. Treize de ces infrastructures ont une salle d'injection. Les pharmacies sont la deuxième source d'approvisionnement, suivies des cliniques mises sur pied pour les essais de prescription d'héroïne (programme PROVE). Bien qu'elle soit un peu plus modeste, la contribution des distributrices automatiques (la Suisse en compte 76) est probablement d'une grande importance qualitative en cas d'urgence.

En 1996, près de 532 000 seringues étaient fournies chaque mois aux UDI suisses, ce qui équivaut à un volume annuel de 6,4 millions. Elles ont été distribuées par les infrastructures à seuil bas (320 000 par mois), les pharmacies (122 000 par mois), les distributrices automatiques (20 000 par mois) et le programme PROVE (70 000 par mois). Des différences cantonales existent en ce qui a trait au nombre de seringues distribuées relativement à la population de jeunes.

L'échange d'aiguilles en milieu carcéral est décrit plus bas.

### **Traitement aux drogues de substitution**

#### *Prescription de méthadone*

La méthadone est largement prescrite en Suisse. Environ 18 000 narcomanes en reçoivent chaque jour. Presque toutes les prescriptions sont pour consommation orale, mais quelques personnes

reçoivent de la méthadone autoinjectable dans les cliniques établies pour les études suisses portant sur la prescription médicale de narcotiques.

Le nombre des services d'entretien par la méthadone a triplé entre 1986 et 1990, en réponse à l'augmentation de l'utilisation de l'héroïne durant cette période (Klingemann, 1993, p. 18). En même temps, les politiques et les pratiques concernant la méthadone se sont également assouplies et sont devenues plus tolérantes. La durée moyenne des épisodes de maintien par la méthadone est de 28,5 mois, mais plusieurs patients reçoivent de la méthadone pendant plus longtemps (Office fédéral de santé publique, 1997). Un de nos répondants a décrit l'approche idéale comme celle qui est axée sur le client et où les décisions concernant la durée et la dose sont prises en fonction des besoins et des aspirations de celui-ci. Les personnes qui choisissent les programmes d'abstinences sont encouragées à y participer, mais là n'est pas le but visé. De nombreuses études sur l'utilisation de la méthadone en Suisse ont toutes confirmé la valeur d'un système de traitement global (Commission suisse sur les substances narcotiques, sans date).

Certains programmes de traitement en établissement offrent maintenant de la méthadone. Les médecins qui la prescrivent doivent obtenir un permis spécial, et tous les patients qui sont sous traitement doivent être approuvés par le médecin-chef du canton. En général, cette procédure est très rapide; elle peut prendre entre deux heures et une journée. Chaque canton possède donc un registre des personnes qui reçoivent de la méthadone, ce qui évite le dédoublement des soins. Des directives nationales de traitement par la méthadone sont actuellement en cours d'élaboration.

### *Prescription d'héroïne*

L'héroïne est actuellement prescrite à environ 1 100 personnes, dans les cliniques spécialisées établies au milieu des années '90 pour étayer les études scientifiques sur la prescription médicale de narcotiques, c'est-à-dire les essais de prescription d'héroïne suisses ou programme PROVE.

Quatre-vingt pour cent du poids total de toute l'héroïne prescrite est autoinjectable. Le reste se présente sous forme de comprimés à action lente ou rapide. Les essais suisses sont décrits dans d'autres rapports préparés pour Santé Canada : nous n'entrerons donc pas dans les détails. Ces essais ont été menés pour évaluer la faisabilité de prescrire des narcotiques (dont l'héroïne, la morphine et la méthadone injectable) aux toxicomanes démunis et gravement dépendants qui n'ont pas la motivation nécessaire pour participer à d'autres formes de traitement.

Les résultats des essais ont permis au gouvernement suisse d'approuver la prescription d'héroïne dans certaines circonstances, et une nouvelle réglementation sera promulguée qui autorisera la prescription d'héroïne dans des situations autres que celles d'un projet de recherche. Cette réglementation permettra peut-être la prescription d'héroïne à l'extérieur des cliniques spécialisées, mais ce n'est pas encore clairement défini. Plusieurs de nos sources ont mentionné que la prescription d'héroïne est maintenant une option courante de traitement médical dans les cas de

dépendance aux narcotiques et qu'elle ne constitue plus un sujet d'inquiétude pour le public ou les hommes politiques.

En ce qui concerne la prescription d'héroïne, l'assentiment des cantons comptant un grand nombre d'UDI n'a pas été unanime au départ. Un certain nombre a toutefois pu être persuadé d'offrir ce service en prenant connaissance des résultats de l'évaluation de la pratique dans d'autres cantons.

Les personnes à qui on prescrit de l'héroïne doivent être approuvées par l'OFSP et le médecin-chef du canton. L'héroïne est prescrite pour une autoinjection sur place. Les doses pour emporter ne sont pas permises. Les patients s'injectent jusqu'à trois fois par jour sous la supervision d'une infirmière. Certains reçoivent aussi des prescriptions de méthadone orale ainsi que d'autres drogues pour combattre les problèmes de santé mentale comme l'anxiété et la dépression. Selon les besoins, des services d'aide psychosociale, de counseling et de psychothérapie sont offerts, et chaque patient est évalué de façon continue.

L'une des constatations de l'évaluation de la prescription d'héroïne a été le taux élevé de maintien (89 % à 6 mois et 66 % à 18 mois). Ceci suggère que l'héroïne est populaire auprès des toxicomanes. Cependant, il n'existe pas d'étude sur la satisfaction des clients et le nombre de demandes d'admission dans les cliniques reste modeste. Pour certains narcomanes, les exigences de ces cliniques, qui consistent à rendre plusieurs visites par jour et à renoncer au permis de conduire, ne les rendent pas invitantes; elles ne fonctionnent donc pas toujours à pleine capacité.

Certaines inquiétudes concernant la validité scientifique des essais suisses ont été exprimées par le Comité de révision de l'OMS (Ali et al., sans date), la Commission sur les narcotiques de l'ONU et certains psychiatres suisses (Aeschbach, 1998). En essence, l'OMS a conclu que les essais suisses avaient démontré que la prescription d'héroïne est médicalement faisable et que les conséquences de ce traitement pour les patients et la société peuvent se comparer à d'autres formes de traitement. Elle considérait néanmoins que le fonds de connaissances est encore insuffisant pour déterminer la rentabilité du traitement de substitution à l'héroïne et en définir les indications différentielles.

L'OMS a également souligné un certain nombre de facteurs contextuels qui peuvent avoir contribué aux résultats des essais suisses et peuvent ainsi limiter l'applicabilité des résultats à d'autres situations :

- haut niveau de supervision de la part des autorités fédérales et cantonales;
- surveillance intrinsèque pour fin de recherche;
- nouveauté de l'intervention et grand intérêt public;
- équipes multidisciplinaires hautement qualifiées;

- développement professionnel et formation continue du personnel;
- aucun narcotique autoinjectable à emporter;
- les patients doivent renoncer à leur permis de conduire (selon la loi, ils ne peuvent conduire lorsqu'ils sont sous l'influence d'héroïne médicale);
- prestation de services auxiliaires;
- mesures adéquates pour assurer la sécurité du personnel et des patients, ainsi que des opiacés.

Fait notable : en comparaison avec plusieurs autres pays, les villes et les cités suisses sont plus petites et ont d'excellents système de transport. C'est la raison pour laquelle les patients peuvent rendre visite aux cliniques deux fois par jour ou plus.

### *Autres drogues de substitution*

Un de nos répondants a rapporté que le buprénorphine était utilisé quelquefois, mais pas le LAAM.

## **Centres d'injection supervisés**

La Suisse compte 30 centres d'injection. Ce sont des infrastructures où les utilisateurs peuvent s'injecter des drogues et obtenir des aiguilles stériles, des condoms, des conseils, des soins médicaux, et ainsi de suite. La loi suisse considère que ces centres sont légaux parce qu'ils ne distribuent pas de drogues illégales et qu'ils ne permettent ni l'échange ni la vente de drogues. Bien qu'ils aident les personnes qui consomment des drogues illicites, cela ne constitue pas une infraction (Geense, 1997).

Une description détaillée des centres d'injection suisses est donnée dans un autre rapport du Bureau canadien de la stratégie antidrogue (septembre 2000). On constate ainsi que les centres d'injection suisses possèdent les caractéristiques essentielles suivantes :

- Les infrastructures mobiles ou permanentes sont situées sur des scènes de drogue où on retrouve principalement des utilisateurs locaux;
- Elles font en général partie d'une infrastructure plus vaste qui inclut une cafétéria, une salle de counseling et une clinique de soins primaires;
- Elles sont ouvertes environ sept heures par jour, sept jours par semaine;
- Leur accès est contrôlé et restreint; certains membres du personnel sont chargés de la sécurité interne et externe;

- Les forces policières coopèrent en orientant les toxicomanes vers les centres d'injection et en n'arrêtant pas les personnes qui ont du matériel de consommation sur le site ou aux alentours. Les forces de l'ordre se chargent des situations dangereuses et difficiles et appliquent les lois sur le trafic des drogues.

Le rapport du Bureau canadien de la stratégie antidrogue résume également ce qui est connu de l'efficacité de ces centres d'injection selon différentes perspectives. En général, la preuve tend à indiquer que les centres d'injection bien gérés et bien intégrés peuvent exercer une influence positive sur la santé, l'intégration et la réhabilitation sociale de leurs clients, en plus de réduire la nuisance et la criminalité liée aux drogues dans les quartiers où ils sont établis. Aucune donnée ne permet de conclure que les centres d'injection contribuent à augmenter l'utilisation des drogues dans la population en général, ou qu'ils encouragent l'utilisation des drogues. En fait, ils tendent plutôt à renforcer l'idée que la dépendance aux drogues est un état de santé débilitant, loin d'être chic ou excitant.

### **Éducation des utilisateurs et services d'approche**

Différents organismes sont chargés des services d'approche, en particulier ceux qui offrent des services à seuil bas comme les centres d'injection, les échanges d'aiguilles, les centres de rencontre, les refuges et les centres de jour. Nous n'avons cependant pu obtenir de description détaillée.

### **Réduction des méfaits dans le système juridique**

L'OFSP soutient le principe de l'OMS concernant l'équivalence des traitements des pharmaco-dépendances en milieu carcéral et dans la collectivité : il a appuyé les initiatives qui ont permis de concrétiser ce principe. En dépit de l'opposition, politique et autre, l'OFSP a travaillé en étroite collaboration avec les directeurs d'établissement afin que les détenus reçoivent de l'information sur les risques entourant l'utilisation des drogues et le partage des seringues, et les façons de réduire ces risques. Des distributrices automatiques d'aiguilles ont été installées dans certains établissements. Dans certains autres, le personnel médical échange les aiguilles et distribuent des condoms et d'autres outils de prévention (ex. : de l'eau de Javel). Un de nos répondants a toutefois souligné que dans chaque établissement, la situation dépend de l'attitude du directeur. Certains s'opposent à l'échange d'aiguilles alors que d'autres ont pu mettre les services sur pied en dépit de l'opposition des gardiens.

Nous n'avons trouvé que deux rapports détaillés sur le sujet. Le premier traite de l'installation de distributrices de seringues dans un petit centre de détention pour femmes (85 lits), où plusieurs des détenues étaient condamnées pour des crimes liés aux drogues (Nelles et al., 1998). Six distributrices automatiques ont été installées dans différentes ailes, les machines distribuant une seringue propre en échange d'une seringue souillée. À leur arrivée, les détenues qui avaient déjà utilisé des drogues

injectables recevaient une seringue factice qu'elles pouvaient échanger contre une vraie dans une distributrice. Les distributrices étaient faciles d'accès mais dissimulées aux regards. Les prisonnières avaient aussi accès à des condoms, à des conférences et à du counseling sur l'utilisation des drogues et la réduction des méfaits.

Au cours de la période d'évaluation de 12 mois, 5 335 seringues ont été distribuées (0,2 par détenue par jour). Aucune n'a été utilisée comme arme, et aucune détenue ni aucune matrone n'ont été blessées. Le partage des seringues a été virtuellement éliminé (selon les rapports personnels), et en dépit des taux élevés d'infection à diffusion hématogène relevés à l'arrivée (6 % pour le VIH, 47 % pour le VHB et 30 % pour le VHC), il appert qu'aucune détenue n'a contracté d'infection en purgeant sa peine. Il n'a pas été prouvé que l'utilisation des drogues avait augmenté durant la période d'évaluation, mais la plupart des détenues qui utilisaient des drogues avant leur arrivée ont continué de le faire une fois en détention.

Le deuxième rapport traite de l'utilisation de distributrices de seringues dans un petit établissement à sécurité minimale (100 lits) pour détenus condamnés à des sentences allant de quelques semaines à quelques années (Nelles et al., sans date). Les résultats étaient essentiellement les mêmes que ceux obtenus dans l'établissement pour femmes. La consommation de drogues n'a pas augmenté, les seringues n'ont pas servi d'arme, il n'y a eu aucune blessure d'aiguille, le partage des seringues a beaucoup diminué, aucun nouveau cas de VIH ou d'hépatite C n'a été relevé, le nombre d'abcès aux endroits d'injection n'a pas augmenté, le nombre de sanctions liées aux drogues a diminué, ainsi que le nombre de suicides et de surdoses, et le personnel a très bien accepté le programme.

Les traitements par la méthadone peuvent aussi être commencés à l'arrivée en détention. L'éventail des traitements offerts aux UDI en milieu carcéral a toutefois été décrit comme très variable d'un endroit à l'autre (Gervasoni, 2000). Le suivi à la sortie de prison est aussi qualifié d'insuffisant : ainsi, les services médicaux de l'établissement ne sont pas toujours informés de la libération d'un détenu.

Les personnes qui reçoivent de l'héroïne dans des cliniques spécialisées continuent d'en recevoir pour autoinjection, mais uniquement si elles sont internées dans deux grands centres. Quelques détenus ont également reçu une prescription d'héroïne pour la première fois à leur arrivée dans ces établissements. Les détenus entrent dans une salle spéciale pour s'injecter; un infirmier leur remet une seringue d'héroïne et les observe ensuite, la plupart du temps sans intervenir.

## **Facteurs influençant les politiques et les pratiques de réduction des méfaits**

---

En matière de drogues, la politique suisse est influencée par un grand nombre de parties intéressées : partenaires internationaux, gouvernement fédéral, cantonal (ou étatique), collectivités locales, et groupes de pression privés. La réduction de l'offre est le principal objectif des forces de l'ordre et du système juridique, et la plupart des ressources y sont allouées. La réduction de la demande par le

truchement de mesures thérapeutiques et préventives tombe largement sous la compétence des 26 cantons nationaux, lesquels sont responsables de l'application des lois fédérales. Tous les cantons ont des organismes et des structures politiques en matière d'utilisation des drogues. Les grandes villes comme Berne et Zurich ont beaucoup de pouvoir et d'indépendance (Haemming, 1992). C'est cette indépendance qui peut expliquer les nombreuses divergences des politiques en matière de drogues, exception faite des différences culturelles entre les régions où l'on parle allemand, et celles où l'on parle français et italien. Chaque geste du gouvernement fédéral doit faire l'objet d'un consensus, processus qui prend habituellement du temps et des efforts pour harmoniser les intérêts des différents parties (Rihs-Middel, 1995). Il n'en reste pas moins qu'au cours des 10 dernières années, la politique suisse s'est caractérisée par la rapidité de ses changements et la volonté politique d'expérimenter.

### **Tendances dans l'utilisation des drogues injectables**

Au cours des années '80, l'utilisation des drogues injectables et les problèmes qui en découlent ont connu une augmentation significative en Suisse, en partie à cause de l'insatisfaction grandissante et de la rébellion de la jeunesse suisse, et de l'infiltration des scènes de drogue par la mafia internationale des narcotrafiquants (Klingemann, 1998). Les accusations portées pour avoir contrevenu à la loi sur l'utilisation ou le trafic des stupéfiants qui impliquent l'héroïne ou la cocaïne sont passées de 3 412 en 1980 à 11 590 en 1990, et les décès liés aux drogues (principalement l'héroïne) sont passés de 88 en 1980 à 281 en 1990.

La réponse initiale à cette augmentation a été de tenter de contenir l'utilisation des drogues en en tolérant la consommation à l'intérieur de limites géographiques précises. Toutefois, comme l'a expliqué l'un de nos répondants, la politique n'était pas bien pensée et ne pouvait être interprétée comme une réduction des méfaits. Il semble qu'on ait cru que le fait de contenir physiquement l'utilisation des drogues en limiterait la propagation et qu'il serait aussi plus facile de fournir des services aux utilisateurs. À Zurich, cette politique a ainsi contribué à l'achalandage de Needle Park qui a vu passer quelques 3 000 héroïnomanes au plus fort de sa popularité. Le parc est devenu source d'embarras pour les Suisses et a clairement contribué à augmenter le trafic et le nombre de problèmes de santé et d'ordre publics. Les arrestations liées aux drogues ont triplé entre 1990 et 1994 (Klingemann, 1998). Lorsque l'activité des forces policières a augmenté dans le parc, un noyau d'environ 200 à 300 toxicomanes a déménagé dans une gare ferroviaire abandonnée. Pendant un certain temps, ce groupe et environ 2 500 utilisateurs occasionnels ont continué de se rassembler dans les environs de la gare et d'être une source de problèmes pour les policiers et le public. Cette scène de drogue a été radicalement réduite à la suite d'interventions policières plus musclées, de la relocalisation forcée des toxicomanes dans leur canton d'origine et de la mise sur pied de divers services, dont des services décentralisés à seuil bas.

Le parc zurichois et les autres scènes de drogue ont joué un rôle crucial dans l'élaboration de nouvelles politiques et ont contribué à augmenter les initiatives de toutes sortes en prévention, en

traitement et en réduction des méfaits. En 1992, afin d'éviter de répéter les erreurs de Needle Park, le gouvernement suisse convenait d'assumer une part de responsabilité pour les problèmes de drogues, responsabilité qui avait jusque là échoué en grande partie aux villes.

Needle Park et les autres scènes de drogue ont aussi contribué à nourrir le débat public et médiatique sur les politiques alternatives en matière de drogues, et à faire naître deux approches totalement différentes qui ont finalement été rejetées lors d'un référendum national. La première proposition, *Pour une jeunesse sans drogues*, insistait davantage sur les efforts visant à empêcher l'utilisation de drogues, éliminer les distinctions entre les drogues dures et les drogues douces, mettre fin aux programmes à seuil bas et aux traitements de substitution. La seconde proposition touchait la légalisation de toutes les drogues et la création d'un monopole contrôlé par l'état. Aucune de ces propositions n'a reçu beaucoup d'appui.

L'utilisation de la cocaïne a récemment augmenté dans certaines régions de la Suisse. Certaines des personnes qui participaient aux essais de prescription d'héroïne ont continué de consommer de la cocaïne pendant la période de test. Selon des sources bien informées, l'utilisation de la cocaïne engendre des défis particuliers; l'une d'elles considère même l'utilisation de la cocaïne comme un problème non résolu.

### **Tendances dans les taux d'infection par le VIH et par d'autres virus**

Au cours des années '80, un taux relativement élevé d'infection par le VIH/sida (plus de 30 %) a été relevé chez certains échantillons d'UDI. Ce taux a été un facteur déterminant dans la mise sur pied d'initiatives de réduction des méfaits et dans la libéralisation et le développement des TM. Au cours des dernières années, les taux de VIH/sida se sont révélés beaucoup plus bas (8 à 16 %), bien que ces pourcentages soient encore supérieurs à ceux affichés par un récent échantillon d'UDI britanniques.

Un taux élevé d'infection par l'hépatite C a été noté chez les UDI soumis au dépistage en 1980 (jusqu'à 90,6 %), mais selon de plus récents échantillons, ce taux a beaucoup diminué (voir le tableau 4).

L'examen récent des plans de l'OFSP pour les années 1998 à 2002 indique que l'Office ne poursuit pas d'objectifs spécifiques et n'établit pas de priorités précises en ce qui a trait à l'hépatite C (Gervasoni et al., 2000).

### **Attitude des fournisseurs de services**

Plusieurs fournisseurs de programmes axés sur l'abstinence s'inquiètent de l'expansion prise par les services de méthadone et la prescription d'héroïne, et de l'accent mis sur la réduction des méfaits; ils craignent que ces initiatives ne minent la motivation des toxicomanes à chercher de l'aide auprès des programmes plus traditionnels. Il semble que ce soit le cas, en particulier lorsqu'il s'agit de

programmes d'abstinence en établissement. Les programmes traditionnels se sont donc assouplis et adaptés en acceptant des clients stabilisés par la méthadone. D'autres se sont spécialisés dans le traitement des personnes aux prises avec des problèmes précis, comme les diagnostics doubles.

### **Accès aux services sociaux et de santé**

En Suisse, les services sanitaires et sociaux sont très structurés et appuient les efforts entrepris pour intégrer et réhabiliter les UDI qui continuent à utiliser des drogues illégales, ceux qui sont sous traitement par la méthadone ou l'héroïne, et les personnes qui cessent de consommer. Depuis 1991, le gouvernement fédéral soutient également plusieurs projets visant à relier les UDI aux services sanitaires et sociaux. Ces services incluent des projets d'hébergement à seuil bas et des centres de jour, des projets destinés à assurer l'intégration au marché du travail et à encourager l'autonomisation, des projets de travail de rue et de counseling, d'infirmières pour les utilisateurs de drogues et les sans-abri, et de l'aide pour les travailleurs et travailleuses de l'industrie du sexe.

### **Attitude des forces policières**

En général, les forces policières appuient les initiatives de méthadone à seuil bas et les autres initiatives de réduction des méfaits; elles ont d'ailleurs coopéré avec les fournisseurs de services sociaux et de santé dans la mise en œuvre de la politique des quatre piliers. Une étude importante menée dans le cadre de l'évaluation des plans de l'OFSP pour les années 1998 à 2002 a cependant mentionné certains obstacles à la coopération entre les forces de l'ordre et les services sociaux et de santé :

- Les changements sociaux qui se sont produits à tous les niveaux font naître de l'insécurité chez les policiers quand au rôle qu'ils ont à jouer;
- En matière de drogues, la politique s'élabore plus vite que les lois. Plusieurs des personnes interviewées ont souligné que l'application de la réglementation est difficile et qu'une réforme de la loi sur les narcotiques s'impose;
- Les différences entre les régions urbaines et rurales. Les policiers exercent souvent une double fonction dans les régions rurales : ils sont à la fois représentants de l'ordre et « travailleurs sociaux ». Pour qu'une répartition précise des tâches soit possible, il faut que les infrastructures sociales et sanitaires existent, ce qui n'est pas souvent le cas dans les régions rurales;
- L'absence de services sociaux constamment accessibles;
- Les possibilités d'échanges d'information sont limitées à cause du secret officiel, des lois sur la confidentialité et la protection des données qui nuisent à la circulation de l'information entre les services policiers et les services sanitaires et sociaux.

Toujours dans la perspective d'une collaboration, le même rapport énumérait les avantages suivants :

- formation continue;
- formation de leader;
- projets pilotes;
- sélection d'un personnel ouvert aux constantes remises en question caractéristiques du travail dans le domaine;
- information régulière et transparente (par l'entremise de bulletins internes, de publications par le personnel, etc.);
- attention aux besoins et aux opinions du personnel de première ligne.

Les forces de l'ordre sont perçues comme pouvant contribuer à la prévention, au traitement et à la réduction des méfaits de plusieurs façons, par exemple en :

- combattant le crime organisé;
- arrêtant les revendeurs de drogues;
- démantelant les scènes de drogue;
- orientant les toxicomanes vers une forme de traitement;
- appuyant les PES et les centres d'injection;
- participant à l'éducation du public, des professionnels et des populations étudiantes.

### **Groupes d'utilisateurs**

L'autonomisation des UDI est encouragée dans le cadre de la politique des quatre piliers. La façon dont ce but est atteint n'est toutefois pas claire. Aucun de nos répondants n'a spontanément fait mention de groupes d'utilisateurs; une personne a déclaré qu'il en existe quelques-uns, mais qu'ils ne sont pas aussi organisés qu'aux Pays-Bas et qu'ils n'exercent pas beaucoup d'influence.

## Europe

La Suisse n'est pas membre de l'Union européenne, mais participe néanmoins aux efforts multinationaux pour prévenir le trafic des stupéfiants. Il est cependant difficile de discerner de quelle manière, si c'est même le cas, les politiques suisses en matière de traitement et de réduction des méfaits, ont été modelées par les considérations de l'UE et de ses pays membres. Le ton des rapports portant sur les politiques est typiquement suisse, et certaines de nos sources, pour cette étude et pour d'autres portant sur la politique nationale en matière de drogues, se montrent très fières de l'approche novatrice et indépendante adoptée par la Suisse.

Les intervenants dans l'élaboration et l'évaluation de la politique suisse en matière de drogues ont encouragé les autres pays à tirer profit de l'expérience nationale. À cette fin, l'OFSP a maintenant un site Internet multilingue sur sa politique en matière de drogues; il a aussi produit plusieurs rapports qui ont été traduits en français, en anglais et en allemand. En 1999, l'OFSP a aussi parrainé une conférence internationale portant sur les essais de prescription d'héroïne, à laquelle ont assisté des participants et des observateurs d'Europe et d'ailleurs.

## Recherche et évaluation

Les documents portant sur les politiques suisses et les déclarations de nos sources indiquent qu'elles se sont inspirées des résultats de plusieurs formes de recherche et d'évaluation, dont (1) les études et critiques éclairées sur les approches légales et juridiques de réponse aux problèmes des drogues, (2) des projections empiriques sur les conséquences de la propagation incontrôlée du VIH/sida chez les UDI; et (3) les preuves démontrant l'efficacité du traitement par la méthadone.

Les rapports sur les avantages de la prescription d'héroïne qui s'appuient sur les pratiques en cours à Liverpool (MacGregor et Smith, 1998) ont également exercé une grande influence sur la mise en œuvre des essais de prescription d'héroïne et sur le programme PROVE (Klingemann, 1998). Un recensement des écrits préparé par le docteur Annie Mino (Mino, 1997), qui concluait à la nécessité de mener des études additionnelles sur la distribution contrôlée de narcotiques, a convaincu le Conseil des ministres d'élaborer et de faire circuler une proposition détaillant les amendements à apporter à la pratique médicale de prescription afin qu'elle inclut la prescription de narcotiques. La réponse collective a été positive et a conduit à la mise sur pied des projets PROVE.

La recherche et l'évaluation occupent une place importante dans tous les énoncés concernant la politique suisse en matière de drogues, en particulier ceux qui proviennent de l'OFSP. Ce dernier appuie la surveillance, la recherche et l'évaluation; il a également commandé deux évaluations indépendantes de son travail dans le domaine des toxicomanies (voir plus haut).

La recherche sur la prescription de morphine et de cigarettes imprégnées d'héroïne a conduit à l'abandon de ces pratiques. L'évaluation des essais de prescription d'héroïne a clairement inspiré les

décisions subséquentes concernant la prescription d'héroïne comme option de traitement médical. Comme on s'accorde pour dire que des recherches additionnelles sont nécessaires, la Suisse a entrepris d'autres travaux sur le sujet.

Quoi qu'il en soit, les études suisses contribuent substantiellement donner du poids aux approches actuelles. Ainsi, au cours des dernières années :

- L'incidence du VIH et des infections par les hépatites a considérablement diminué;
- Le nombre de décès par surdose a beaucoup diminué;
- Les scènes de drogue ont été éliminées;
- Le taux d'activités criminelles entreprises pour obtenir des drogues a considérablement diminué; et
- Le nombre de toxicomanes en traitement a presque doublé.

### **Opinion publique et médias**

Chez les Suisses, le problème des drogues est régulièrement matière à controverse. Au début des années '90, les scènes de drogue ont représenté une source d'inquiétude pour la population; ils ont même fait la une des journaux à plusieurs occasions. La pression de l'opinion publique pour la recherche de solutions au problème a clairement influencé le développement des nouvelles politiques en matière de drogues.

Comme nous l'avons déjà mentionné, il y a eu plusieurs référendums sur les enjeux entourant la politique en matière de drogues; en 1997, on a tenu un référendum pour une politique stricte axée sur l'abstinence et la fermeture de toutes les cliniques de prescription d'héroïne. La proposition a été rejetée par soixante-onze (71 %) pour cent des votes (participation : 41 %), ce qui a été interprété comme une preuve que le public appuie l'approche pragmatique du gouvernement. Le soutien de l'opinion publique a certainement été influencé par les effets déployés, en conséquence des nouvelles politiques, sur les scènes de drogue et par les rapports favorables des médias sur l'évaluation des essais de prescription de narcotiques. Apparemment, les médias n'ont pas porté beaucoup d'attention aux critiques de l'évaluation du Comité de l'OMS (Gervasoni, 2000).

# Réduction des méfaits en République fédérale d'Allemagne

---

## Aperçu

---

Au cours de la dernière décennie, l'Allemagne a répondu à l'augmentation croissante de cas de VIH/sida, de la criminalité et des décès liés aux drogues, en évoluant vers une approche en réduction des méfaits dans ses politiques et pratiques en matière de drogues illégales et de problèmes connexes.

L'Allemagne a approuvé la prescription de la méthadone et les échanges d'aiguilles et de seringues au début des années '90. Le gouvernement fédéral a aussi récemment légalisé les centres d'injection supervisés et approuvé les essais de traitement avec prescription d'héroïne. Quelques grandes villes comme Francfort et Hambourg ont mis en œuvre des approches élaborées et réussies pour répondre aux problèmes d'utilisation des drogues illégales.

## Contexte politique de réduction des méfaits

---

L'Allemagne est une république fédérale qui compte 16 états ou länder; sa population actuelle est de 82,7 millions d'habitants. Jusqu'au milieu des années '90, la réponse allemande aux drogues illégales préconisait l'application de la loi et les traitements axés sur l'abstinence. Les intervenants des secteurs professionnels – travailleurs sociaux, médecins, chercheurs et thérapeutes du domaine des toxicomanies – étaient généralement réticents à travailler avec des utilisateurs actifs (Vogt et Schmid, 1998). Nos sources ont mentionné que, sous l'égide du chancelier Kohl, le gouvernement fédéral avait résisté à plusieurs tentatives visant à amener les lois et les politiques allemandes à appuyer les politiques et les pratiques de réduction des méfaits, et que cette résistance à modifier les politiques en matière de drogues était commune à tous les partis fédéraux et à leurs partisans.

Les services axés sur l'abstinence n'attiraient cependant pas une clientèle nombreuse et enregistraient des taux élevés de décrochage. Devant ces résultats, et devant l'augmentation croissante du nombre de décès par surdose, des activités criminelles liées à la drogue et l'apparition de scènes de drogue dans plusieurs grandes villes allemandes, le gouvernement a modifié sa position et décidé d'encourager la réduction des méfaits. Ce changement de cap ne s'est pas fait uniformément à travers tout le pays. En général, les services de réduction des méfaits sont plus limités dans le sud que dans le nord ou le centre du pays. Les politiques et les programmes de réduction des méfaits sont également moins développés dans l'ex-Allemagne de l'Est, où l'utilisation des drogues illégales était traditionnellement moins prévalente.

Depuis son arrivée au pouvoir en 1998, l'actuelle coalition gouvernementale du Parti vert et du Parti social-démocrate du chancelier Schroeder a défini de nouvelles priorités nationales et délégué la responsabilité de la demande et de la réduction des méfaits du ministère de l'Intérieur au ministère de la Santé. Le gouvernement a nommé un commissaire aux drogues et mis sur pied un groupe consultatif multidisciplinaire composés de spécialistes dans le domaine.

Les rapports du commissaire aux drogues (Nickels, 2000; Caspers-Merk, 2001) reflètent une approche en santé publique face aux dépendances et définissent deux buts majeurs : (1) la prévention, et (2) le traitement.

Le rapport de 1999 (Nickels, 2000) traitait des enjeux entourant à la fois les drogues légales et les drogues illicites, et proposait de porter une plus grande attention aux conséquences sociales et sanitaires de la consommation de tabac et d'alcool. Le rapport soulignait également la nécessité de mettre en œuvre un train de mesures pour répondre aux problèmes des drogues légales et illégales : efforts de sensibilisation accrue du public, projets pilotes, recherche, action coordonnée avec les länder et travail de coopération internationale.

L'une de nos sources a mentionné qu'en plus de la stratégie nationale en matière de drogues, il y avait des stratégies à l'échelon local et étatique (länder). Ces stratégies ne fonctionnent cependant pas toutes en harmonie, et les initiatives municipales ne sont pas toutes soutenues par l'État.

## Financement de la réduction des méfaits

En 1999, le ministre fédéral de la Santé a octroyé 23,8 millions DM pour un ensemble de mesures axées sur la prévention et le traitement des dépendances. Cette enveloppe comprenait 12,9 millions DM pour l'éducation et la prévention, 6,9 millions DM pour de nouvelles études pilotes, et 2,3 millions DM pour la recherche et la surveillance. Le reste de l'enveloppe (1,7 millions DM) était alloué à d'autres initiatives comme la coordination, le soutien aux associations professionnelles et la collaboration internationale. Les länder et certaines villes ont également alloué des fonds à la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ces sommes constituent la majeure partie des fonds alloués à la lutte anti-drogue par ce ministère. Les fonds destinés à l'application de la loi proviennent du ministère de l'Intérieur et d'agences étatiques homologues.

## Situation actuelle de certaines initiatives de réduction des méfaits

---

### Distribution et échange d'aiguilles et de seringues

Au milieu des années '80, les inquiétudes suscitées par la propagation du VIH/sida chez les UDI ont poussé plusieurs intervenants travaillant en première ligne dans le domaine des drogues à fournir des aiguilles/seringues stériles aux UDI. À cette époque, la vente et la possession de seringues et d'aiguilles étaient légales, mais plusieurs pharmaciens refusaient d'en vendre aux utilisateurs de drogues. Souvent, les forces de l'ordre confisquaient le matériel d'injection des personnes soupçonnées d'utiliser des drogues illégales. Cette situation a contribué à la pénurie de seringues propres et au partage d'aiguilles (Weber et Schneider, 1998).

Les PES ont d'abord vu le jour dans les grandes villes comme Francfort, Berlin et Hambourg; la loi fédérale les a légalisés en 1992. Les aiguilles sont distribuées par les pharmacies, les refuges, les centres de crise, les bureaux de counseling pour toxicomanes, les groupes d'utilisateurs et les intervenants des services d'approche (Weber et Schmidt, 1998). Les aiguilles sont aussi disponibles dans des centres qui offrent un éventail d'autres services sanitaires et sociaux. Fischer (1995) rapporte qu'à Francfort, 80 pour cent de toutes les aiguilles sont fournies par les services d'approche mobiles. Dans les villages et les zones rurales, en particulier dans les états plus conservateurs du Sud, les pharmacies sont la seule source d'approvisionnement légale en aiguilles et en seringues. Weber et Schmidt (1998) ont rapporté qu'entre 1995 et 1997, entre 6 000 et 7 000 seringues ont été échangées chaque jour.

### Traitement aux drogues de substitution

Les principales drogues prescrites pour remplacer les drogues illégales sont la codéine et la méthadone. Selon la loi allemande sur les stupéfiants, ces drogues ne peuvent être prescrites que dans le cadre de programmes intégrés qui comportent des services médicaux, thérapeutiques et psychosociaux (Nickels, 2000).

#### *Prescription de codéine*

Jusqu'au début des années '90, les médecins allemands ne pouvaient prescrire de méthadone aux toxicomanes. Pour prescrire de la codéine, ils utilisaient un vide dans la loi alors en vigueur. La codéine est une substance contrôlée, mais la réglementation permet de la prescrire comme agent antitussif sans restrictions particulières, si les concentrations n'excèdent pas 2,5 pour cent dans les préparations liquides ou 100 milligrammes par capsule ou comprimé (Weber, 1997). L'utilisation de la codéine est plus courante dans le sud de l'Allemagne où l'accès à la méthadone est plus limité (Krausz et al., 1998). En général cependant, la codéine est considérée comme inappropriée à des fins d'entretien : elle n'est prescrite qu'aux patients qui ne peuvent physiquement tolérer la méthadone (Gerlach, 2000).

Weber (1997) rapporte que la codéine comme drogue de maintien a suscité beaucoup de débats en Allemagne; en 1994, le ministre fédéral de la Santé recommandait même qu'elle soit déclarée illégale. Néanmoins, le rapport déposé en 1999 par le commissaire fédéral aux drogues a appuyé à la fois la méthadone et la codéine pour remplacer les stupéfiants illégaux (Nickels, 2000, p. 29).

Krausz et al. (1998) ont étudié pendant trois ans des patients en traitement par la codéine. Leurs résultats sont semblables à ceux observés pour les patients en traitement par la méthadone en ce qui a trait à l'amélioration de la santé physique et mentale, la stabilité dans le logement, le travail et la consommation de drogues. Les auteurs ont recommandé que le traitement de maintien par la codéine soit étudié plus en détail à travers des essais contrôlés.

### *Prescription de méthadone*

Ce n'est qu'en 1991 que la méthadone a été approuvée comme drogue de substitution, en réponse à l'augmentation des décès et des activités criminelles liés à la drogue, et après constatation qu'il n'existe pas d'autre traitement efficace. Après des études pilotes réussies, l'appareil législatif d'assurance santé a approuvé le traitement par la méthadone et présenté des directives de traitement.

Le gouvernement fédéral actuel a déclaré qu'il s'engageait à améliorer la prescription des drogues de substitution en mettant sur pied un registre central, en élaborant des directives et en établissant des qualifications particulières pour les médecins qui prescrivent ces drogues. Nickels (2000) note que la méthadone (et les autres drogues de substitution) représentent des options thérapeutiques qui réussissent et obtiennent des taux comparables d'abstinence, si on les compare aux autres thérapies visant ce but. Le gouvernement fédéral a également levé le plafond budgétaire pour la prescription des drogues de substitution et le commissaire aux drogues a déclaré que les traitements devraient faire partie de l'ensemble des bénéfices universels couverts par le régime d'assurance santé.

La méthadone est régie par l'annexe 3 de la loi allemande sur les stupéfiants qui en permet la prescription pour :

- le traitement de la dépendance aux opiacés dans un but progressif allant du sevrage à l'abstinence, incluant l'amélioration et la stabilisation de l'état de santé général;
- le traitement des patients dépendants aux opiacés qui doivent recevoir des traitements médicaux pour de graves problèmes de santé;
- réduire les risques de dépendance aux opiacés durant la grossesse et après l'accouchement.

Seules les prescriptions de méthadone par voie orale sont permises et les médecins doivent les écrire sur un formulaire de prescription spécial. Les directives pour les traitements couverts par les services de santé (directives AUB) exigent la preuve que la méthadone est prescrite pour traiter la comorbidité et les maladies graves comme l'hépatite et le sida; les symptômes de sevrage violents; les

douleurs aiguës; ou pendant la grossesse (Gerlach, 2000a & b). Les directives n'autorisent pas la prescription de méthadone pour la dépendance elle-même.

Deux autres aspects du système allemand de traitement par la méthadone doivent être mentionnés : (1) l'utilisation d'autres drogues avec la méthadone n'est pas officiellement permise et peut se traduire par l'interruption du traitement, et (2) la réglementation de la loi sur les stupéfiants et les directives AUB exigent la participation obligatoire à des soins psychosociaux et à du counseling. Il faut toutefois ajouter que la tolérance dont font preuve les médecins qui prescrivent de la méthadone face à l'utilisation d'autres drogues est très variable selon la région, tout comme le financement des soins psychosociaux (Schmid et al., 1999, 2000; Gerlach, 2000).

Au cours de la dernière décennie, le nombre de toxicomanes recevant de la méthadone a augmenté de 1 000 à environ 40 000. Gerlach estimait qu'en 1998, environ 30 à 50 pour cent des héroïnomanes recevaient un forme quelconque de traitement de substitution (dont la méthadone et la codéine). Fischer et al. (2000) estimaient pour leur part que cette proportion se situait entre 35 et 55 pour cent.

La plupart des personnes sont en traitement par la méthadone avec un généraliste qui soigne une modeste clientèle. Cependant, quelques grandes villes ont des centres ambulatoires spécialisés dans les traitements de substitution. Gerlach (2000a) mentionne des taux de rétention variant entre 66 et 84 pour cent après trois ans, et entre 48 à 77 pour cent après sept ans. Même si le but final du traitement de substitution est l'abstinence, il est clair que plusieurs patients reçoivent de la méthadone pendant de longues périodes.

L'un de nos répondants a émis les commentaires suivants sur le traitement par la méthadone en Allemagne :

- Le traitement par la méthadone est associé de façon positive à un meilleur état de santé et à une plus longue espérance de vie chez les toxicomanes, et à moins de contacts avec le système juridique;
- On est en droit de se demander si plus de places sont requises pour ce type de traitement, puisqu'il y a suffisamment de places pour répondre à la demande dans les villes comme Hambourg et Francfort, où les scènes de drogues sont visibles;
- La plupart des UDI des grands centres reçoivent la méthadone dans des cliniques où on trouve des médecins, des travailleurs sociaux et des infirmières qui donnent des soins médicaux, comme des traitements pour l'infection par le VIH. Les médecins de ces cliniques ne renvoient pas les clients qui utilisent d'autres drogues, mais les orientent plutôt vers la désintoxication. Dans ce contexte, la méthadone est perçue comme un moyen de traiter les toxicomanes gravement malades dans un but de stabilisation plutôt que d'abstinence.

### *Prescription d'héroïne*

Une étude sur la prescription d'héroïne était prévue pour l'automne 2001. Le rapport du commissaire (Nichols, 2000) la décrit comme « une étude clinique qui se tiendra dans plusieurs centres, portant sur un traitement avec prescription d'héroïne, sous forme non-résidentielle, pour les toxicomanes aux opiacés depuis longtemps dépendants, qui ont échoué à plusieurs reprises avec les thérapies axées sur l'abstinence et ne peuvent être stabilisés au moyen de drogues de substitution ». L'étude examinera l'innocuité du traitement avec prescription d'héroïne, et évaluera si la prescription d'héroïne se traduit par la stabilisation et des améliorations au plan de la santé, du fonctionnement social et de la motivation pour des traitements additionnels.

Mille patients participeront à l'étude qui couvrira sept villes (Hambourg, Hanover, Cologne, Bonn, Francfort, Carlsruhe et Munich) dans cinq länder. Un groupe expérimental recevra de l'héroïne injectable et un groupe témoin recevra de la méthadone. Deux interventions psychosociales seront également évaluées : prise en charge de cas avec entrevue motivationnelle ou psychoéducation et counseling psychosocial traditionnel. Les länder et les conseils municipaux couvriront les frais de l'essai en tant que tel, et le gouvernement fédéral sera responsable des frais entourant la recherche.

### *Autres drogues de substitution*

Le LAAM a été approuvé en 1999, le buprénorphine en 2000 (OEDT, 2000); des essais sont maintenant entrepris avec ces drogues. Une étude pilote de désintoxication rapide sous anesthésie est également en cours (Nickels, 2000).

## **Centres d'injection supervisés**

La première salle d'injection supervisée a été ouverte à Francfort en 1994. Elle s'intégrait à l'approche globale de réponse à la scène de drogue et aux problèmes connexes avec lesquels la ville était aux prises à l'époque. En janvier 2000, on comptait 15 centres d'injection supervisés en Allemagne, un total de 154 places d'injection qui accueillent en moyenne 2 600 clients par jour.

Le plan d'action de Francfort a engagé le personnel de la ville, les administrateurs des services sociaux et de santé, le ministère de la Justice, les forces de l'ordre, les administrateurs des services d'habitation et des membres haut placés de la communauté des affaires, en particulier du secteur bancaire. Des représentants de ces administrations et groupes d'intérêt se sont rencontrés (et continuent de le faire) pour discuter du problème persistant des scènes de drogue et de politiques en matière de drogues.

La première étape du plan a consisté à mettre en place un traitement par la méthadone à seuil bas. La deuxième étape s'est traduite par la mise en œuvre d'un train global de mesures comprenant de nouvelles places dans des refuges, des centres de crise multiservices, des programmes d'éducation et des PES élargis, des dispensaires de méthadone et un plus grand nombre d'intervenants en services

d'approche. Cette étape a coïncidé avec le démantèlement, par les forces policières, des scènes de drogue situées près du centre de la ville et à la gare ferroviaire principale, où le problème était moins important. La troisième étape a consisté à ouvrir cinq centres d'injection.

À Francfort, l'adoption d'une approche globale en réduction des méfaits a coïncidé avec une diminution remarquable du nombre de décès par surdose (MacPherson, 1999; Nickels, 2000). Les décès liés aux drogues ont aussi diminué dans les autres villes où il y a des centres d'injection supervisés. Les scènes de drogue sont également moins visibles et la sécurité publique accrue. D'autres résultats majeurs incluent l'augmentation des contacts entre les intervenants et les utilisateurs de drogues et une augmentation du nombre d'orientations de clients vers différents services.

Le gouvernement fédéral a reconnu le rôle joué par les centres d'injection dans la diminution des décès liés aux drogues (Nickels, 2000), ce qui semble avoir été un facteur déterminant dans la décision de les légaliser. L'approbation par le gouvernement des centres d'injection (salles de consommation de drogues) a permis de clarifier la situation juridique de services qui existaient depuis déjà longtemps dans certaines grandes villes allemandes. Un de nos répondants a fourni les renseignements suivants quant aux exigences auxquelles il faut satisfaire pour établir une salle d'injection supervisée :

- La collectivité doit déjà avoir un large éventail de programmes pour les toxicomanes, et la salle d'injection supervisée doit être reliée à ces programmes (counseling, soins médicaux ambulatoires, thérapie, etc.). En particulier, elle doit être reliée aux services d'urgence, aux PES et aux refuges;
- Les membres du groupe cible doivent être des UDI âgés d'au moins 18 ans ne recevant pas de méthadone;
- Les premiers soins et les services d'un médecin doivent être garantis;
- Afin d'encourager l'abstinence, les toxicomanes doivent être « délibérément influencés » afin qu'ils fassent appel aux formes d'aide suivantes : counseling et soins, prise en charge du sevrage/désintoxication, séjour et/ou traitement par substitution, soins médicaux;
- Des mesures doivent être prises pour prévenir le trafic de drogues à l'intérieur de la salle d'injection supervisée et dans les alentours;
- Les utilisateurs de drogue ne peuvent apporter qu'une seule dose de drogue par visite;
- L'injection se fait uniquement avec du matériel distribué par le personnel;
- Toutes les activités critiques doivent être documentées;

- Les salles doivent être gérées par un personnel multiprofessionnel de travailleurs sociaux, d'infirmières et de préposés entraînés;
- Une carte d'identité doit être remise à chaque utilisateur;
- Les règlements du centre doivent être clairs en ce qui concerne les heures d'ouverture, l'interdiction d'accès pour les utilisateurs qui ne respectent pas les règlements, les exigences des forces policières quant à la dénonciation des revendeurs de drogue, le nombre de places disponibles (maximum : 12), la distribution du matériel d'injection, l'organisation de l'espace physique et la séparation de la salle d'injection des autres volets des programmes.

La responsabilité d'établir des salles d'injection supervisées et de voir à y appliquer une réglementation conforme aux critères de base du gouvernement fédéral revient à chaque land. Une de nos sources a indiqué que cette façon de faire laisse à certains länder le choix de ne pas élaborer de réglementation ou de la rendre tellement stricte que l'exploitation d'une salle d'injection devient très difficile. Les différends politiques entre les gouvernements municipaux et étatiques peuvent également nuire au développement et à l'exploitation des salles d'injection.

Bien que l'établissement d'autres salles d'injection puisse être ralenti dans les länder où on n'approuve pas leur existence, la constitution allemande ne permet pas au parlement fédéral d'outrepasser les droits des états en termes d'organisation et de financement des soins de santé locaux. Les villes suivent la ligne de conduite du gouvernement du land, ce qui vaut aussi pour les salles d'injection. Néanmoins, dans certaines villes où les scènes de drogue exercent une pression de plus en plus grande, des services en réduction des méfaits pourraient être mis en place sans l'approbation du gouvernement du land. Cela semble être le cas pour la ville de Carlsruhe qui participera aux essais nationaux de traitement avec prescription d'héroïne sans l'approbation du gouvernement de Baden-Wurtemberg.

En 1999, sous l'égide du commissaire fédéral aux drogues, l'Allemagne organisait une conférence internationale afin d'élaborer des directives pour l'exploitation et l'utilisation des salles de consommation de drogues. Cette conférence a attiré des représentants des Pays-Bas, de la Suisse, de l'Autriche, de la France et de l'Australie. Les groupes de travail formés lors de l'événement ont élaboré des directives de planification, d'exploitation, de documentation, de cueillette de données et d'acceptabilité politique de ces services. Un site Internet ([www.uni-oldenburg.de/saus](http://www.uni-oldenburg.de/saus)) a également été lancé afin d'offrir un lieu d'échange de connaissances scientifiques et d'expériences pratiques (Schneider et Stoeber, 1999).

## Éducation des utilisateurs et services d'approche

L'Allemagne est de tous les pays européens le seul à avoir défini des normes nationales de travail d'approche et d'enseignement des compétences dans le cadre de la formation professionnelle (Kork

et al., 1999). Parmi les buts nationaux, on dénombre l'identification des populations difficiles à rejoindre, la prise de contact, l'amélioration de l'accès aux services et de leur utilisation, ainsi que la promotion de comportements sains pour une sexualité sans risques et une utilisation sécuritaire des drogues (Korf et al., 1999). Depuis 1995, le gouvernement fédéral collabore également avec les länder à une étude pilote sur des services d'approche et de prise en charge des toxicomanes difficiles à rejoindre.

On estime qu'à Hambourg, 80 pour cent des utilisateurs de drogues sont en contact avec le système de traitement, y compris le volet des services d'approche (Fischer, 1995; Schmid et al., 1999, 2000). À Berlin, un organisme en services d'approche nommé Fixpunkt rejoint une grande partie des 8 000 UDI de la ville, en particulier ceux qui ne sont pas en contact avec d'autres organismes de services de santé ou de traitement des dépendances, comme les UDI de la communauté de migrants russes.

### Réduction des méfaits dans le système juridique

L'Allemagne compte environ 60 000 détenus et on estime que 20 à 30 pour cent des hommes en milieu carcéral ont des antécédents d'utilisation des drogues illégales parmi lesquelles on retrouve souvent des drogues injectables. De la même façon, les estimations indiquent que chez les femmes, cette proportion pourrait atteindre entre 50 et 80 pour cent (Jacob et Stoeber, sans date). Stark et ses collègues ont pour leur part établi que le partage des seringues en milieu carcéral représentait un important facteur de risque pour les infections par le VHB, VHC et le VIH (Stark et al., 1995; Stark et al., 1997).

Dans certains cas, les toxicomanes ont accès à de la méthadone. Cependant, les décisions concernant son utilisation de fait sont prises par le médecin de chaque établissement. Bien que l'utilisation de la méthadone en milieu carcéral ait augmenté avec l'augmentation générale de prescription de cette drogue, dans ce contexte, elle est utilisée principalement à des fins de désintoxication ou comme drogue de maintien pour les détenus purgeant de courtes peines. Le plus récent rapport scientifique de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT, 2000) indique qu'il y a environ 800 patients en traitement par la méthadone dans les institutions pénales allemandes. Toutefois, seuls 6 des 16 länder offrent le traitement par la méthadone aux toxicomanes en milieu carcéral.

L'Allemagne compte plusieurs projets pilotes de distribution de matériel d'injection stérile en milieu carcéral. La Basse-Saxe a mis en œuvre des projets de ce type dans un établissement de détention pour femmes et dans un autre pour hommes (Jacob et Stoeber, 2000). Dans l'établissement pour femmes, des distributrices de seringues ont été installées pour les toxicomanes qui ne sont pas en traitement par la méthadone. Dans l'établissement pour hommes, les aiguilles stériles sont distribuées par le personnel des services de counseling en matière de dépendances. À l'instar de l'établissement pour femmes, ce programme n'est pas offert aux détenus qui reçoivent un traitement par la méthadone. Toutefois, un centre de détention de Hambourg a installé une distributrice d'aiguilles qui peut être utilisée par les détenus en traitement par la méthadone.

Une évaluation des projets en cours en Basse-Saxe s'est penchée sur la faisabilité de ces deux échanges d'aiguilles, sur leur acceptation par le personnel et les détenus, sur les changements survenus dans les patrons d'utilisation des drogues chez les détenus, et sur les connaissances acquises par les sujets en matière de santé, d'attitudes et de comportements sains. Jacob et Stoever (2000) ont conclu que :

- Les projets d'échange d'aiguilles sont réalisables; ils peuvent être inclus dans le roulement quotidien des établissements carcéraux sans causer de perturbations;
- Les projets d'échange d'aiguilles mettent en lumière les contradictions qui animent la manière dont l'utilisation des drogues est gérée en milieu carcéral (contrôle versus maintien de la santé et réduction des méfaits);
- Le degré d'acceptation du programme par les détenus dépend du degré d'anonymat;
- Le partage d'aiguilles n'est pas un rituel, mais plutôt une réponse à l'absence d'équipement d'injection stérile;
- Les mesures de prévention et les programmes éducatifs pour le personnel et les détenus sont importants parce qu'ils contribuent à atteindre le but visé : prévenir les infections à diffusion hématogène;
- Il est prouvé qu'en aucun cas, une aiguille souillée n'a été utilisée pour proférer des menaces;
- La santé des détenus a été améliorée; on n'a relevé aucun abcès et aucun nouveau cas d'infection par le VIH ou les hépatites;
- les connaissances du personnel et des détenus sont adéquates en ce qui concerne le VIH/sida, mais lacunaires en ce qui concerne les hépatites et les questions de santé qui s'y rattachent.

Les deux établissements de Basse-Saxe ont mis sur pied des projets pilotes de soutien entre pairs, où des leaders choisis parmi les pairs, ainsi que des membres du personnel et d'agences extérieures, offrent de l'information sur l'utilisation sécuritaire des drogues et la sexualité sans risques (Stoever et Trautmann, 1998).

## **Facteurs influençant les politiques et les pratiques de réduction des méfaits**

---

Selon les rapports et les entrevues, les partis politiques au pouvoir à l'échelon municipal, fédéral et étatique ont influencé l'interprétation et l'implémentation des lois nationales et la disponibilité des programmes de réduction des méfaits. Cette tendance existe toujours. Dans le cas des länder, une

division nord/sud existe : étant plus conservateurs, les länder du Sud appuient moins les approches en réduction des méfaits. Certaines villes peuvent cependant déroger aux politiques de leur land en matière de drogues (ainsi Francfort, du land de Hesse), et instaurer leur propre politique. En matière de drogues, les politiques sont créées autant à partir du sommet qu'à partir de la base.

### **Tendances dans l'utilisation des drogues injectables**

Comme beaucoup d'autres pays, l'Allemagne a connu une véritable explosion de l'utilisation des drogues illégales à la fin des années '60 et au début des années '70. Du cannabis et des drogues hallucinogènes comme le LSD, les utilisateurs sont passés à l'héroïne et à d'autres opiacés (Vogt et Schmid, 1998). Entre 1984 et 1994, le nombre d'infractions liées aux drogues avait doublé et plusieurs personnes dépendantes ont dû séjourner en prison (Vogt et Schmid, 1998).

On estime qu'il y a aujourd'hui entre 100 000 et 200 000 héroïnomanes en Allemagne, soit 1,2 à 2,5 par 1 000 habitants (Gerlach, 2000a & b; Fischer, 2000). Fischer (2000) estime que le nombre d'UDI se situe entre 75 000 et 120 000. La base de données GRN indique qu'entre 80 000 et 165 424 personnes sont des « utilisateurs problématiques »; cette catégorie inclut les utilisateurs qui consomment régulièrement des opiacés, de la cocaïne ou des amphétamines par des modes autres que l'injection. Le rapport de l'an 2000 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT, 2000) mentionne un taux d'utilisation problématique des drogues de 2 à 3 par 1 000 habitants, lequel se compare à celui des Pays-Bas.

Le nombre croissant de décès liés aux drogues, en particulier dans les grandes villes comme Francfort et Hambourg, a joué un rôle important dans le passage d'une approche d'application de la loi à une approche en santé publique. Gerlach (2000 a & b) rapporte qu'en Allemagne, les décès liés aux drogues sont passés de 0 en 1969 à 623 en 1979. Ces chiffres ont décliné au début des années '80, mais les augmentations des années suivantes ont continué pour culminer à 2 125 en 1991. Vogt et Schmid (1998) déclarent qu'il n'existe pas d'explication simple à ce modèle, bien qu'ils admettent qu'à la fin des années '80, plusieurs des personnes aux prises avec des pharmacodépendances chroniques aient déserté les agences offrant des formes du traitement traditionnel axé sur l'abstinence. Le nombre de décès liés aux drogues a diminué dans certaines grandes villes d'Allemagne comme Francfort et Hambourg, qui ont mis en œuvre un programme global de réduction des méfaits. Le rapport du commissaire aux drogues (Nickels, 2000) indique toutefois que la mortalité liée aux drogues a augmenté de 8,2 pour cent en 1999. Dans plusieurs cas, le décès est dû à l'utilisation simultanée de plusieurs drogues comme l'héroïne, la cocaïne et l'alcool. Des décès ont également été attribués à la consommation de méthadone et d'autres drogues comme la cocaïne, le crack, l'alcool et les benzodiazépines.

## **Tendances dans les taux d'infection par le VIH et par d'autres virus**

Les estimations quant à la prévalence du VIH chez les UDI allemands varient considérablement, de 0,6 à 3,8 pour cent (base de données GRN). Dans son rapport de l'an 2000, l'OEDT rapporte un taux inférieur à 5 pour cent (OEDT, 2000). Ce taux concerne cependant les utilisateurs d'opiacés en traitement et sous-estime probablement le taux global chez les UDI. Pour sa part, Gerlach (2000a & b) estime que 20 pour cent de tous les UDI sont séropositifs, les utilisateurs de drogues injectables représentant 12 pour cent de tous les cas de sida diagnostiqués en 1997 (Institut Robert Koch, 1998; Gerlach, 2000a & b). Il rapporte également que le nombre annuel de cas de sida a décliné, passant de 228 en 1989, à 125 en 1997 (Gerlach, 2000 a&b).

Gerlach (2000a & b) mentionne également des taux d'infection par le VHC chez les UDI variant entre 70 et 90 pour cent. Les indicateurs de la base de données GRN rapportent des taux semblables (63 à 95 %).

## **Attitude des fournisseurs de services**

Jusqu'au milieu des années '80, la plupart des médecins allemands appuyaient le traitement axé sur l'abstinence, même si quelques-uns d'entre eux utilisaient un vide juridique pour prescrire de la codéine. À l'époque, d'autres groupes puissants, comme l'association des intervenants sociaux et le DHS (comité allemand sur les problèmes de dépendance), s'opposaient également aux traitements de substitution (Vogt et Schmid, 1998). Devant l'évidence grandissante de l'échec des approches traditionnelles, les travailleurs sociaux et autres intervenants en sont venus à appuyer les nouvelles approches en réduction des méfaits. La profession médicale est clairement en faveur des essais de traitement avec prescription d'héroïne.

## **Attitude des forces policières**

Les chefs de la police allemande ont officiellement appuyé les essais de traitement avec prescription d'héroïne de 1995-96. Dans les grandes villes comme Hambourg et Francfort, les forces policières participent déjà activement à l'élaboration des programmes et des politiques de réduction des méfaits. Elles ont mis en place une approche semblable à celle des Pays-Bas : les policiers n'arrêtent pas les personnes en possession de petites quantités de drogue pour consommation personnelle. Néanmoins, ils renvoient quelquefois les utilisateurs à la maison en train ou en autocar. Évidemment, les personnes soupçonnées de faire du trafic sont immédiatement arrêtées.

Weber et Schmidt (1998) mentionnent que l'approche de Francfort a réussi en partie grâce aux rencontres hebdomadaires et au partage d'information entre les décideurs municipaux : forces de l'ordre, procureurs, ministère de la Santé, direction de la politique en matière de drogues, groupes d'utilisateurs, organismes d'aide aux toxicomanes, secteur des affaires et agences politiques.

## Europe

Devant l'augmentation de la criminalité liée aux drogues, les décès par surdose et les scènes de drogue particulièrement visibles, un certain nombre de grandes villes, en particulier Francfort, Hambourg et Berlin, ont lancé des approches en réduction des méfaits de concert avec d'autres villes européennes. En 1990, la Résolution de Francfort établissait l'European Cities on Drug Policy qui reconnaît que les tentatives pour éliminer l'approvisionnement en drogues et leur consommation sont un échec et qu'il est essentiel de changer l'optique des politiques en matière de drogues. Il a été entendu qu'il faut non seulement intensifier les efforts de prévention et d'éducation, mais aussi offrir des initiatives de traitement et de réduction des méfaits, comme la distribution et l'échange d'aiguilles, le traitement d'entretien par la méthadone, les centres d'injection supervisés et la prescription d'autres drogues de substitution (ECDP, 1990).

Membre de l'Union européenne, l'Allemagne est engagée dans différentes initiatives d'élaboration de politiques, dont le Plan d'action européen de lutte contre la drogue (2000-2004), approuvé en 1999. Par ailleurs, l'Allemagne fait partie de plusieurs autres projets de l'UE, comprenant l'élaboration de directives pour les services en matière de drogues et l'éducation entre pairs en milieu carcéral.

## Recherche et évaluation

Si on la compare aux autres pays, l'Allemagne a mis du temps à évaluer ses politiques et ses programmes de réduction des méfaits. Les rapports du commissaire aux drogues reconnaissent l'importance de la recherche comme fondement d'une politique en matière de drogues. Ils indiquent également que le gouvernement fédéral appuie plusieurs projets de recherche différents en épidémiologie et surveillance, étiologie, traitements cliniques, ainsi que des recherches sociales et des activités d'évaluation. Le gouvernement finance aussi les essais de traitement avec prescription d'héroïne. Le rapport déposé en 1999 par le commissaire aux drogues mentionne que le gouvernement fédéral a investi 2,3 millions DM dans la recherche (Nickels, 2000).

## Opinion publique et médias

Au cours des années '60 et '70, l'augmentation générale de l'utilisation des drogues illégales a mené l'Allemagne, dans les années '70 et '80, à modifier sa loi sur les stupéfiants, ce qui a convaincu le public que la dépendance aux drogues est un problème social sérieux, un « fléau » (pour citer Vogt et Schmid, 1998). Une de nos sources a déclaré que la drogue était à un certain moment, considérée comme l'un des dix problèmes majeurs de la société allemande. Des enquêtes plus récentes démontrent cependant que ce n'est plus le cas.

# Réduction des méfaits en Australie

---

## Aperçu

---

En Australie, la stratégie en matière de drogues (Drug Strategic Framework) établit un équilibre entre la réduction de l'approvisionnement, de la demande et des méfaits. L'Australie offre un cadre élaboré de services de réduction des méfaits, en particulier l'échange de seringues et d'aiguilles, le traitement par la méthadone, et le soutien/l'éducation entre pairs. Elle a réussi à garder faible le taux d'infection par le VIH chez les UDI. L'Australie a récemment ouvert un centre d'injection supervisé et étudie la possibilité de tenir des essais de traitement avec prescription d'héroïne et d'autres drogues comme le LAAM, le buprénorphine et la morphine à action lente. De récentes augmentations dans l'utilisation des drogues injectables et dans le nombre de décès par surdose deviennent maintenant sources d'inquiétude.

## Contexte politique de réduction des méfaits

---

La structure politique fédérale et étatique/territoriale de l'Australie est semblable à celle du Canada. À l'origine, l'Australie recevait des immigrants d'Europe; aujourd'hui, ils viennent de plus en plus de l'Asie du Sud-Est. L'Australie compte également une importante population aborigène. Les rôles et responsabilités des gouvernements municipaux, étatiques et fédéral sont aussi très semblables à ceux des administrations canadiennes en ce qui a trait à la réponse aux problématiques d'utilisation des drogues. L'Australie a cependant élaboré plus rapidement que le Canada des politiques et des programmes de réduction des méfaits complets en réponse à la propagation du VIH/sida liée à l'utilisation des drogues injectables; elle a ainsi pu garder le taux d'infection par le VIH assez bas chez les UDI.

La problématique de l'utilisation des drogues injectables en lien avec le VIH/sida et le VHC est couverte par trois stratégies différentes : la stratégie nationale en matière de drogues, la stratégie de lutte contre le VIH/sida et la stratégie nationale de lutte contre l'hépatite C, récemment approuvée.

En 1998, la stratégie nationale en matière de drogues était renouvelée pour cinq ans, toujours selon le principe fondamental de la réduction des méfaits. La stratégie prévoit établir un équilibre entre la réduction de la demande, la réduction de l'approvisionnement et la réduction des méfaits. Ce cadre comporte huit domaines prioritaires : accroître la compréhension collective des méfaits liés aux drogues, forger des partenariats, créer des liens avec d'autres stratégies, réduire l'approvisionnement, prévenir l'utilisation et les méfaits, rendre les traitements accessibles, offrir de l'éducation et de la formation professionnelle, poursuivre la recherche et le développement des données.

Un conseil ministériel – le Ministerial Council on Drug Strategy (MCDS) – a été chargé de la politique et des décisions relevant de la stratégie en matière de drogues; ce groupe réunit les ministres de la Santé et de la Justice des territoires/états et du Commonwealth pour établir les programmes et les politiques nationales. Sous l'égide du MCDS, le Conseil national en matière de drogues – Australian National Council on Drugs (ANCD) – réunit des experts du gouvernement, des ONG et de la collectivité et agit comme consultant indépendant auprès du MCDS. Le travail du MCDS est soutenu par le Comité intergouvernemental en matière de drogues (Intergovernmental Committee on Drugs). Par ailleurs, il existe, à l'échelon national, plusieurs comités d'experts en matière de tabac, d'alcool, de drogues illégales et d'éducation sur les drogues en milieu scolaire (MCDS, 1998). En matière de drogues, la stratégie nationale actuelle continue sur la lancée de la précédente dont l'un des éléments essentiels consistait à mettre l'accent sur des partenariats solides entre les secteurs de la santé et de l'application de la loi (Single et Rohl, 1997). La coordination d'ensemble de la stratégie nationale relève du ministère de la Santé et des Soins gériatriques (Department of Health and Aged Care).

En 1997, dans le cadre de la stratégie nationale 1993-1997, le gouvernement australien lançait une initiative musclée de lutte aux drogues illégales, judicieusement nommée « Tough on Drugs ». Il accordait du financement pour mettre en œuvre un ensemble de mesures de réduction de l'offre et de la demande. Les mesures visant la réduction de la demande comprenaient le traitement des utilisateurs de drogues illégales, la prévention de l'utilisation de ces drogues, la formation et le développement des compétences chez les travailleurs de première ligne, la surveillance, la recherche et l'évaluation. Un de nos principaux répondants a mentionné que derrière le financement de « Tough on Drugs », il y avait la décision du Premier ministre de ne pas autoriser les essais de traitement avec prescription d'héroïne. Devant la nécessité de trouver des solutions aux problèmes des drogues illicites, une stratégie nationale élaborée. Le financement accordé a rendu des ressources disponibles pour évaluer différentes pharmacothérapies comme le LAAM, le buprénorphine et la naltrexone à travers une évaluation nationale, la National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence ou NEPOD (Commonwealth d'Australie, 2000).

Le ministère fédéral de la Santé coordonne la stratégie nationale de lutte contre le VIH et la nouvelle stratégie nationale de lutte contre l'hépatite C, mise en place en juin 2000. Des liens étroits existent entre la stratégie de lutte contre le VIH/sida et une autre stratégie nationale visant la santé sexuelle des populations aborigènes australiennes, la National Indigenous Australians' Sexual Health Strategy.

Les politiques et pratiques australiennes en rapport avec l'utilisation des drogues injectables ont clairement réussi à maintenir faible le taux d'infection par le VIH/sida chez les UDI. Toutefois, une étude de la stratégie précédente, *Proving Partnership: Review of the National HIV/AIDS Strategy 1996-97 to 1998-99*, réalisée par le Conseil national sur le sida et les maladies associées (Australian National Council on AIDS and Related Diseases ou ANCARD) s'inquiétait de la capacité nationale à fournir

des ressources suffisantes pour répondre au problème de l'utilisation des drogues injectables et des maladies à diffusion hématogène. L'étude a établi les points suivants :

- L'absence de fonds pour satisfaire la demande de matériel d'injection dont la croissance est exponentielle, tâche difficile sinon impossible pour les états et les territoires qui devront continuer à financer les PES comme il se doit sans compromettre d'autres programmes;
- la nature politiquement controversée de l'approche en réduction des méfaits et son érosion, dans certaines administrations, à la suite de pressions politiques et communautaires;
- les changements dans les modes d'utilisation des drogues injectables : certaines drogues (cocaïne, stéroïdes) viennent à l'avant-plan et différents groupes commencent à utiliser l'injection comme mode de consommation;
- l'incidence et la prévalence du VHC sont très élevées chez les UDI;
- dans le cadre de la stratégie nationale, la priorité a été accordée à des approches en justice criminelle plutôt qu'à des interventions en santé publique fondées sur la preuve (ANCARD, 1999, p. 53).

L'examen du plan d'action national de lutte contre l'hépatite C, qui a précédé la stratégie nationale de lutte contre l'hépatite C, a aussi mis en lumière un certain nombre de défis semblables, parmi lesquels on retrouve la nécessité de fournir suffisamment de matériel d'injection stérile et de traitements par la méthadone pour faire face à la demande; la prestation de programmes éducatifs (comme les programmes entre pairs) et de centres d'injection supervisés; la nécessité de susciter et d'encourager la participation des collectivités affectées et d'engager les décideurs et les intervenants en politique et en développement stratégique; et fournir des ressources aux groupes d'utilisateurs et aux comités sur l'hépatite C (Lowe et Cotton, 1999).

En ce qui concerne la capacité australienne à coordonner les trois stratégies, un de nos principaux répondants a mentionné que les différents comités s'entendent sur la nécessité de communiquer et d'avoir une approche concertée.

Il faut souligner le travail d'un comité d'experts, le Drug Policy Expert Committee, de l'état de Victoria. Conseiller du gouvernement d'état en matière de politique sur les drogues, le DPEC a récemment déposé une série de rapports (Victoria Drug Policy Expert Committee Stage 1 and Stage 2 Reports, avril et novembre 2000) dans lesquels il fait clairement ressortir la nécessité d'élargir les services de traitement et de soutien et d'élaborer des stratégies qui mobiliseront les collectivités. Afin que des stratégies puissent être mises en place, le DPEC a recommandé que les gouvernements locaux soient encouragés à collaborer avec un ensemble d'intervenants : utilisateurs, policiers, résidents, milieu scolaire et des affaires, groupes multiethniques, organismes communautaires,

intervenants en toxicomanie et autres fournisseurs de services. Il a également recommandé qu'une aide financière soit accordée à la mise en œuvre de stratégies dans les collectivités particulièrement affectées par la consommation et le trafic des drogues. Dans son premier rapport, le DPEC présente le plan détaillé d'un essai de centres d'injection dans plusieurs localités de l'état. Dans son deuxième rapport, daté de novembre 2000, le DPEC définit cinq objectifs destinés à informer la mise en œuvre de la stratégie étatique en matière de drogues:

- prévention qui se concentre sur la réduction de la demande, la promotion d'opportunités, de milieux et de valeurs qui nourrissent la force individuelle et réduisent les risques;
- justice criminelle et application de la loi à l'aide d'interventions qui réduisent la disponibilité et l'approvisionnement;
- prestation de traitements et de services d'aide afin de permettre aux toxicomanes de reprendre leur vie en main;
- efforts pour sauver des vies en réduisant les méfaits liés aux drogues;
- développement de la main-d'œuvre et recherche.

Le plan d'action national définit également le rôle essentiel du gouvernement local qui consiste à faciliter les réponses locales de réduction des méfaits liés aux drogues en s'attachant à créer un maillage entre les initiatives communautaires de sécurité et les stratégies de gestion des endroits publics; en appuyant les accords entre les forces policières et les services sanitaires; et en élaborant des plans d'action pour répondre à la problématique des drogues et de l'alcool (MCDS, 1998).

La possibilité de réduire les sentences en cas de possession de petites quantités de cannabis est à l'étude, et certains états ont déjà adopté un système d'avis de rachat (*cannabis expiation notice* ou CEN), grâce auquel une condamnation criminelle n'apparaît pas au dossier du contrevenant à la condition que des frais administratifs soient payés avant une date précise (Lenton et al., 1999). De telles façons de faire ont été instaurées en Australie-Méridionale, ainsi que sur le Territoire de la capitale fédérale et sur le Territoire du Nord. Un certain nombre d'états (Victoria, Tasmanie et Australie-Occidentale) ont aussi récemment adopté le cautionnement. Il n'est pas prouvé que la réduction des peines pour les infractions liées au cannabis soit conçue pour séparer le marché des drogues dures de celui des drogues douces, comme c'est le cas aux Pays-Bas, mais il est vrai que les personnes accusées de culture de cannabis peuvent racheter leur infraction dans le cas où la culture ne comprend qu'un petit nombre de plants (initialement 10, maintenant 3).

## **Financement de la réduction des méfaits**

---

En Australie, les questions du maintien de l'ordre, de santé, d'éducation et d'application de la loi sont de compétence étatique et territoriale; ces gouvernements ont donc mis sur pied leur propre stratégie en matière de drogues afin de refléter le contexte sociopolitique qui les caractérise. Le gouvernement du Commonwealth finance directement les initiatives de traitement et de réduction des méfaits. Ainsi, 516 millions de dollars ont été alloués à la stratégie nationale en matière de drogues illégales, parmi lesquels 303 millions de dollars seront utilisés pour la prévention, la formation, le traitement, la surveillance, l'évaluation et la recherche. De ce montant, 57 millions de dollars ont été réservés à la mise en place, à travers le pays, de nouveaux services de traitement et à l'amélioration et à l'exploitation des services existants (Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000).

L'évaluation de la stratégie nationale menée entre 1993 et 1997 mentionne que depuis 1993, 200 millions de dollars ont été transférés par le gouvernement du Commonwealth aux états/territoires, en accord avec une entente de partage des coûts pour la prévention et le traitement, et que 66 millions supplémentaires ont été utilisés pour financer des initiatives spéciales et des programmes nationaux sur les drogues (Single et Rohl, 1997). Comme l'a souligné l'un de nos répondants, en contrepoint d'une position sévère face aux drogues, des sommes importantes sont investies dans les initiatives de réduction de la demande, comme l'essai des différentes drogues de substitution.

## **Situation actuelle de certaines initiatives de réduction des méfaits**

---

### **Distribution et échange d'aiguilles et de seringues**

Le premier programme pilote d'échange d'aiguilles/de seringues a commencé en 1986 et les programmes subventionnés par le gouvernement en 1987. L'une de nos sources a mentionné que l'épidémie de sida est apparue plus tard en Australie en raison de son isolement géographique. Ceci a permis de mettre les PES en place et de faire l'éducation des utilisateurs quant au partage des aiguilles avant que la maladie ne prenne pied sur le continent. Des médecins d'expérience ont utilisé leur autorité professionnelle pour promouvoir les PES. Aujourd'hui, on trouve des PES dans tous les états australiens. Selon le Conseil sur l'alcool et les autres drogues (Alcohol and other Drug Council of Australia) (ADCA, 2000), quantité d'aiguilles sont distribuées chaque année – plus de 4,1 millions à Victoria seulement en 1998. La base de données GRN mentionne un débit de plus de 20 millions pour l'ensemble de l'Australie (base de données GRN, sans date). Le rapport de l'ADCA souligne que les forces policières australiennes ont élaboré des politiques précises afin de faire en sorte que leurs activités ne nuisent pas à l'exploitation des PES. Le matériel d'injection peut être acheté dans les pharmacies et dans certaines grandes villes comme Sydney et Melbourne, les services d'approche et les patrouilles distribuent des aiguilles et de seringues stériles et ramassent les utilisées. Ces services sont assurés en collaboration avec la police locale (ADCA, 2000).

Bien que le matériel d'injection soit disponible un peu partout grâce aux PES, aux pharmacies et aux distributrices, Burrows (1998) rapporte qu'il existe toujours un problème de disponibilité dans les zones rurales, les banlieues éloignées, ainsi que le soir et les week-ends. Pour sa part, Reilly (1990) décrit la mise en place d'un PES rural et les défis posés par la géographie et le besoin d'anonymat de la clientèle. Le modèle s'articule autour de la nomination de coordonnateurs de région, qui mettent des PES sur pied dans différents endroits comme les bureaux médicaux, les hôpitaux, les centres de santé, les centres pour femmes et les pharmacies. Le modèle offre également des services d'approche pour les utilisateurs de drogues, et cultive l'appui des médias, de la police, de la collectivité et des services sanitaires.

En Australie-Occidentale, la majorité des aiguilles sont achetées dans les pharmacies, en particulier dans la région de Perth (66 %). Lenton et al. (2000) expliquent que les pharmacies rejoignent probablement une population cachée d'utilisateurs qui ne veulent pas être identifiés en fréquentant des endroits connus pour échanger des aiguilles. D'après une enquête, les personnes qui achètent leur matériel d'injection dans les pharmacies privilégient des patrons d'injection différents de ceux des autres UDI rejoints par certaines enquêtes déjà menées auprès d'agences et d'UDI recrutés par des pairs. Une proportion assez importante (plus de 40 pour cent dans chaque cas) est constituée de femmes sur le marché du travail, mères de famille et vivant avec un conjoint. Leurs taux d'injection et de partage étaient plus élevés que ceux des échantillons des agences/UDI recrutés par des pairs. Cet échantillon particulier est un groupe qui doit être rejoint grâce à des stratégies de réduction des méfaits (Lenton et al., 2000).

Selon Burrows (1998), les facteurs qui peuvent exercer un impact sur l'efficacité des PES incluent dans certains cas l'absence d'appui politique et quelques incertitudes juridiques quant à l'exploitation des PES. Dans certains états, il est interdit de posséder du matériel d'autoinjection. Dans d'autres, le financement insuffisant peut avoir affecté la capacité de répondre à la demande croissante. À cet égard, une enquête menée en Australie-Occidentale (Loxley, 2000) a démontré que deux tiers des UDI achetaient leur matériel stérile dans les pharmacies, mais que plus d'un tiers continuaient d'avoir des pratiques d'injection non-sécuritaires par manque d'argent. L'un de nos principaux répondants était d'avis que l'absence de volonté politique et de financement n'est pas ce qui menace le plus les PES, mais bien la réaction de la collectivité devant le nombre d'aiguilles trouvées dans certaines zones. Ce répondant a ajouté que l'accent était mis sur la distribution de matériel d'injection stérile aux UDI, et non sur la collecte des aiguilles souillées. Pour répondre au problème, les états utilisent maintenant plusieurs mécanismes pour réduire le nombre d'aiguilles, dont des *fitpacks* en Nouvelle-Galles du Sud, et des boîtes dans l'état de Victoria.

## Traitement aux drogues de substitution

### *Prescription de méthadone*

En Australie, la méthadone a été utilisée dès 1969 pour traiter la dépendance à l'héroïne. En 1985, l'entretien par la méthadone était approuvé comme traitement de la dépendance à l'héroïne dans le cadre de la campagne nationale de lutte aux toxicomanies (Commonwealth Department of Health and Family Services, 1998). Le nombre de personnes en traitement par la méthadone a plus que sextuplé en dix ans. Au début des années '80, l'approche visait le maintien à court terme, mais aujourd'hui, elle est axée sur un dosage adéquat et un entretien à long terme (en moyenne deux ans, mais jusqu'à 10 ans dans certains cas). Les statistiques nationales de juin 2000 indiquent qu'un peu plus de 30 000 clients sont enregistrés et participent à des traitements par la méthadone. De ce nombre, environ 65 pour cent obtiennent la méthadone dans une pharmacie, 16 pour cent dans une clinique publique, 8 pour cent dans une clinique privée et le reste dans un établissement correctionnel ou d'une autre source. Un de nos répondants a déclaré que le but était d'augmenter la proportion des personnes dépendantes aux opiacés en traitement par la méthadone à 60 pour cent de leur nombre qu'on estime être 100 000. Il est possible que ces programmes de traitement ne rejoignent pas certains groupes, comme les membres des collectivités aborigènes, des îles du détroit de Torrès, et les personnes d'origine indo-chinoise. L'une de nos sources a mentionné que les utilisateurs de certains groupes s'opposent au traitement d'entretien pour des raisons culturelles, et que les collectivités aborigènes ne sont pas très partisans des approches en traitement des méfaits comme les PES et les traitements de maintien par la méthadone.

En 1995, *A Review of Methadone Treatment in Australia* (Commonwealth Department of Human Services and Health, 1995) a relevé que le traitement par la méthadone était disponible dans tous les états et territoires australiens, sauf dans le Territoire du Nord. La prestation du traitement est différente selon les régions et peut relever des généralistes et des cliniques spécialisées publiques et privées. Un rapport de l'Australian Institute for Health and Welfare (AIHW, 1998) a signalé qu'en 1998, 67 pour cent des clients en traitement par la méthadone utilisaient les services de cliniques privées, une augmentation de 39 pour cent par rapport à 1986. Selon les états, le rôle des généralistes varie par rapport à celui des cliniques. Ainsi, dans l'état de Victoria, la majorité des médecins qui prescrivent de la méthadone sont des généralistes. Les praticiens certifiés peuvent procéder à l'évaluation et à la stabilisation du client, comme à l'introduction du traitement et à l'entretien du client. Dans d'autres états, le client est reçu en clinique spécialisée puis, le cas échéant, est orienté vers un généraliste une fois qu'il est stabilisé.

L'un de nos répondants a insisté sur la nécessité de fournir du soutien et de la consultation aux généralistes et aux pharmaciens qui offrent des traitements par la méthadone. Il a décrit les services offerts par sa clinique : un médecin qui coordonne l'éducation, une infirmière qui rend visite aux généralistes pour dresser la liste des ressources dont ils ont besoin pour répondre aux clients qui ont des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, et un pharmacien qui travaille à inciter ses collègues

à offrir des services de dosage de méthadone. Dans le cadre du partage des soins avec les cliniques spécialisées, les pharmaciens travaillent aussi avec les généralistes qui prescrivent de la méthadone. Ward et al. (1996) décrivent un modèle où le traitement par la méthadone est donné dans un centre de soins de santé primaires afin de rejoindre les jeunes UDI à risque; le modèle prouve que dans ce cadre, la distribution de méthadone s'est traduite par une diminution de l'utilisation d'héroïne, du taux de criminalité et des comportements à risque d'infection par le VIH.

L'examen du traitement par la méthadone en Australie (Commonwealth Department of Health and Human Services, 1995) cite plusieurs conclusions de l'étude des résultats cliniques du centre de recherche national, le National Drug and Alcohol Research Centre, à l'effet que :

- En dépit des différences systématiques de prestation des services, les résultats obtenus dans les cliniques publiques et privées se ressemblent;
- Les clients des cliniques publiques rapportent un plus haut niveau de satisfaction face au counseling, mais selon la forme de ce dernier, l'accent mis sur ce service n'a pas contribué à diminuer l'utilisation d'héroïne chez les clients ou à leur apporter un meilleur équilibre psychologique;
- Le rôle des généralistes diffère sensiblement dans les secteurs public et privé, en particulier dans leurs tâches de counseling;
- L'étude n'a pas pu prouver la valeur du dépistage régulier des drogues illégales par test d'urine;
- Dans le cas des doses à emporter, les différences de disponibilité n'ont pas semblé influencer les résultats cliniques;
- Des dosages adéquats de méthadone ont été associés à un plus faible taux d'utilisation de l'héroïne;
- Les cliniques qui préconisent une approche de traitement plus clinique et thérapeutique dans leurs relations avec la clientèle ont été associées à de faibles taux d'utilisation des drogues autres que les opiacés, à de bons résultats quant au fonctionnement social, et à une évaluation très favorable de la part des clients;
- Le rapport a insisté sur le fait que les principaux facteurs influant sur les résultats étaient l'expérience et l'approche des fournisseurs de services et la nécessité, pour le personnel qualifié, de garder ses compétences à jour, et de recevoir une formation normalisée;
- L'examen a également réitéré la nécessité de mettre en œuvre des mécanismes de contrôle de la qualité dans les secteurs public et privé.

L'Australie a établi des directives nationales de traitement par la méthadone dès 1985. Depuis 1993, ces directives ont pris la forme d'une politique nationale avec l'établissement, en 1994, d'un comité permanent, le National Methadone Committee, comme élément du comité national de stratégie en matière de drogues. Ce comité permanent a élaboré un plan d'action stratégique couvrant la formation, la qualité des services, les pharmacothérapies alternatives et les procédures de surveillance (Commonwealth Department of Health and Family Services, 1998). Selon l'une de nos sources, d'autres efforts sont en cours pour concevoir des normes nationales de compétence pour les médecins qui prescrivent de la méthadone : elles couvrent les connaissances de base, l'attitude, les compétences, les méthodologies d'évaluation des compétences et de prestation de la formation pour les développer. Ce répondant a déclaré qu'au cours des deux ou trois prochaines années, l'Australie compte développer son expertise dans le domaine de la médecine des dépendances et mettre au point une méthode de référence permettant de mesurer la qualité des soins.

Suite aux enquêtes du coroner sur un certain nombre de décès par surdose durant la première semaine de traitement par la méthadone, l'attention s'est portée sur l'introduction du traitement par la méthadone et la stabilisation des patients (Humeniuk et al., 2000). Par ailleurs, selon un de nos répondants, la pharmacothérapie pour les très jeunes utilisateurs (14 à 17 ans) est une question qui exige un examen plus approfondi.

### *Prescription d'héroïne*

L'Australie étudie la faisabilité des essais de traitement par prescription d'héroïne depuis 1991. Bien que la faisabilité et les risques inhérents soient à l'étude, l'Australie n'a pas encore entrepris de pilote ou d'essai clinique complet. Telle que décrite par Bammer (1999), la recherche australienne consisterait en un essai clinique hasardisé avec choix de traitements (héroïne injectable, héroïne injectable et méthadone orale, méthadone orale) ou sans choix de traitement (méthadone orale). L'essai doit être mené sur le Territoire de la Capitale. Il a été approuvé par le MCDS, mais le gouvernement du Commonwealth n'a pas appuyé la décision.

L'un de nos répondants a mentionné que l'héroïne constituerait une option valable de traitement lorsque les autres ont échoué et qu'elle contribuerait à faire entrer les toxicomanes en traitement rapidement, ce qui permettrait de leur présenter ensuite d'autres options. Cette question n'a pas été soulevée dans les essais internationaux menés à ce jour. Le même répondant note que plusieurs des tests habituellement faits avant de lancer un produit sur le marché n'ont pas été menés avec l'héroïne. Même si l'essai ne conduisait pas, en fin de compte, à rendre l'héroïne disponible comme option de traitement, il serait néanmoins utile de le mener d'un point de vue physiologique. L'autre problématique soulevée par ce répondant est si que l'héroïne est approuvée pour utilisation et considérée comme un « médicament », une stratégie de prévention bien pensée devra également être mise en place pour décourager l'utilisation de l'héroïne illégale chez les jeunes.

### *Autres drogues de substitution*

Dans le cadre de sa stratégie de 1997 en matière de drogues illégales, l'Australie a entrepris des essais avec une variété de drogues de substitution, dont le buprénorphine, le LAAM, la naltrexone et la morphine à action lente. L'une de nos sources a mentionné que le buprénorphine venait récemment d'être enregistré pour le traitement des dépendances. Cette personne était d'avis que cela conduira à diversifier les options, puisque le buprénorphine « n'a pas de bagage politique ou communautaire », ce qui incitera davantage de généralistes à le prescrire. Ceci dans le contexte des inquiétudes soulevées par la réaction négative de la collectivité au traitement par la méthadone, exaspérée par les partisans de la désintoxication rapide et les reportages des médias. Une autre de nos sources a mentionné que les clients de son organisme avaient des réactions favorables au buprénorphine : certains le trouvaient plus convivial et souffraient de moins d'effets secondaires. Il s'avère aussi excellent pour les personnes qui ne peuvent tolérer la méthadone ou ne veulent pas en prendre. Ce répondant a souligné que le facteur de nouveauté aide à faire entrer les toxicomanes en traitement; il était d'avis que ce serait aussi vrai de l'héroïne si elle était disponible comme drogue de substitution.

La morphine à action lente a été utilisée par quelques praticiens, mais sans structure précise; un essai de recherche a donc été entrepris sur le sujet (répondant).

On envisage de rendre la naloxone accessible aux utilisateurs afin de répondre aux surdoses. Un répondant a indiqué que cette question était à l'ordre du jour de la réunion du MCDS de juin 2001. Il a mentionné que plusieurs enjeux politiques et éthiques sont à l'étude et que le MCDS hésitera à appuyer un essai de recherche; il serait toutefois possible pour l'état d'aller de l'avant et de permettre l'utilisation de la naloxone sans essai scientifique.

À cause de l'augmentation de l'utilisation d'amphétamines chez les UDI, les médecins sont aussi à la recherche de solutions pour répondre à ce nouveau problème. Quelques-uns prescrivent des amphétamines aux personnes qui en sont dépendantes. Une proposition a été déposée devant l'organisme national de médecine et de santé pour un essai de recherche sur la prescription d'amphétamines. Les médecins ont cependant moins confiance dans l'efficacité de cette mesure, puisque les utilisateurs d'amphétamines mènent souvent des vies plus chaotiques et ont moins de ressources pour suivre un traitement (répondants).

### **Centres d'injection supervisés**

Dolan et al. (2000) rapportent que plusieurs essais de centres d'injection supervisés sont prévus en l'Australie. En Nouvelle-Galles du Sud, après bien des débats politiques et plusieurs faux départs, l'essai d'une salle d'injection a débuté à Sydney. En Nouvelle-Galles du Sud, la commission Wood avait manifesté son appui en faveur des centres d'injection, soulignant l'anormalité de la situation prévalente, où des fonds publics servent à distribuer des aiguilles et des seringues stériles pour l'injection de drogues illégales, mais non à fournir des endroits adéquats pour ce faire (Micallef, 1998).

Dans l'état de Victoria, le gouvernement a mis sur pied le Drug Policy Expert Committee (DPEC) pour établir des directives complètes concernant l'essai des centres d'injection. À ce jour, les centres n'ont pas reçu l'appui politique et communautaire requis (DRCNet, 23 juin 2000). Dans le Territoire de la Capitale, à la suite de débats législatifs et de consultations auprès du public, une loi a été votée pour permettre un essai, mais les fonds n'ont pas été approuvés. L'évaluation des centres d'injection porterait sur la nuisance publique, l'aménagement, les décès par surdose, les infections à diffusion hémotogène, l'orientation vers les services et l'utilisation des traitements par les drogues.

L'un de nos répondants a mentionné que les centres d'injection et les essais de traitement avec prescription d'héroïne reçoivent beaucoup d'attention de la part du public, ce qui contribue à réduire marginalement les décès et la propagation des maladies infectieuses à diffusion hémotogène. Ce répondant a fait remarquer que les fonds seraient mieux dépensés si l'éventail des traitements de maintien était élargi et l'accès aux autres formes de traitement pour héroïnomanes était amélioré. Selon une autre source, les centres d'injection sont la seule solution appropriée dans les situations où il y a beaucoup d'injections en public. Ce n'est généralement pas le cas en Australie où la plupart des personnes s'injectent à la maison. Néanmoins, à Sydney et à Melbourne, l'injection dans les rues est un phénomène de plus en plus fréquent. Souvent il s'agit de personnes qui, ayant dû voyager pour se procurer de la drogue, s'injectent rapidement après avoir acheté une plus grande quantité de drogue de pureté inconnue. Dans ce cas, les centres d'injection pourrait servir à enseigner des pratiques sécuritaires d'injection, à réduire le nombre de décès par surdose, et à encourager les utilisateurs à entrer en traitement.

## **Éducation des utilisateurs et services d'approche**

L'éducation et les services d'approche sont fournis par différents groupes et agences, mais principalement dans les grandes villes et pour les groupes traditionnels. Les jeunes UDI, les résidents ruraux, les membres des collectivités aborigènes, les gais/lesbiennes UDI et ceux des communautés multiethniques peuvent ne pas être rejoints par ces initiatives. Un de nos répondants a déclaré que les messages concernant le VIH/sida et le VHC ne rejoignent pas les UDI qui consomment des amphétamines et qui ne perçoivent pas le VIH/sida et le VHC comme des problèmes de santé les concernant. Dans un exposé sur la programmation des PES, Burrows (1998) note que les conclusions d'une enquête menée en 1995 par la Fédération australienne des organismes de lutte contre le sida (Australian Federation of AIDS Organizations ou AFAO) indiquent que la distribution d'aiguilles ne devrait pas être une activité séparée de l'éducation entre pairs.

## **Groupes d'utilisateurs**

Des groupes d'utilisateurs ont été financés au niveau local, étatique/territorial et national dans le cadre de la réponse australienne à la problématique de l'utilisation des drogues injectables et du VIH/sida. Selon plusieurs de nos sources, la participation des utilisateurs au processus décisionnel

est un élément central de la réponse australienne. Les groupes d'utilisateurs ont réussi à fournir de l'éducation et à recruter des participants aux PES, en plus d'agir comme consultants quant à l'acceptabilité du message stratégique. Un de nos répondants a souligné la nécessité d'accorder une meilleure représentation aux personnes qui s'injectent des amphétamines ou des drogues qui améliorent la performance.

## Réduction des méfaits dans le système juridique

Comme dans les autres pays, les utilisateurs de drogue, et en particulier les détenus, présentent un risque pour le système juridique australien, en ce qui concerne les pratiques d'injection à risque et la transmission de maladies à diffusion hématogène. Loxley (2000) cite une étude de Dolan, Wodak, Hall et Kaplan, qui présente les chiffres suivants en ce qui a trait aux comportements à risque chez les détenus : 30 pour cent s'injectent des drogues, 20 pour cent se tatouent eux-mêmes et près de 10 pour cent ont des relations anales non-protégées. Crofts et al. (1996) citent pour leur part les chiffres suivants : 50 pour cent des détenus rapportent des antécédents d'UDI et environ 40 pour cent des UDI rapportent des antécédents d'incarcération. Loxley (2000) mentionne qu'il existe certains traitements limités d'entretien par la méthadone dans les établissements carcéraux de Nouvelle-Galles du Sud, du Queensland, de Victoria et d'Australie-Méridionale. En Nouvelle-Galles du Sud, il y a également eu des discussions et une étude sur l'échange d'aiguilles et de seringues en milieu carcéral.

En 1999, le Conseil des gouvernements – Council of Australian Governments – a approuvé une initiative de réorientation, la National Drug Diversion Initiative. Celle-ci s'inscrit dans une approche plus large de lutte antidrogue comprenant des actions menées contre les narcotrafiquants et des stratégies d'intervention précoce. Cette initiative de réorientation ciblera les utilisateurs de drogues très tôt dans leurs contacts avec le système de justice criminelle et conjuguera les efforts de la police et des tribunaux pour rediriger les personnes accusées d'infraction vers des mesures obligatoires d'évaluation et d'éducation sur les drogues. De là, elles seront orientées vers des services de traitement ou d'éducation sur les drogues. Le gouvernement du Commonwealth a alloué une enveloppe de 111 millions de dollars à cette initiative (Commonwealth of Australia, 2000).

## Facteurs influençant les pratiques et les politiques de réduction des méfaits

---

Selon nos sources, plusieurs facteurs ont contribué à l'introduction et à la viabilité des politiques et des pratiques de réduction des méfaits en Australie :

- appui politique bipartisan de l'ensemble de la stratégie en matière de drogues;

- reconnaissance précoce, par le ministère fédéral de la Santé, de la menace posée par le VIH/sida et élaboration d'options de politique fondées sur la preuve à l'appui des PES. Ces options ont été approuvées par le gouvernement du Commonwealth qui y a donné suite;
- échange de messages cohérents entre le gouvernement et les experts dans le domaine; ces intervenants se connaissent et peuvent partager leurs connaissances sur les nouvelles approches;
- dès 1985, le ministre fédéral de la Santé a compris que le problème du sida était important et lui a accordé priorité;
- les médecins ont aussi reconnu l'importance du VIH/sida et ont utilisé leur autorité professionnelle pour encourager l'adoption des PES.

### Tendances dans l'utilisation des drogues injectables

Menée en Australie en 1998, la plus récente enquête sur l'utilisation des drogues à la maison (*National Drug Strategy Household Survey*) rapporte, pour la période de 1995 à 1998, une augmentation de l'utilisation de l'héroïne autant dans la population en général que chez les adolescents. On estimait récemment que le nombre d'utilisateurs d'héroïne s'élève à 112 6000, parmi lesquels 15 500 ont entre 14 et 19 ans (AIHW, 1999). L'enquête a rapporté une augmentation de 1,3 à 2,1 pour cent du nombre de personnes qui se sont déjà injecté des drogues illégales. Au cours de cette même période, la proportion des adolescents et des UDI récents est demeurée stable. Les drogues les plus couramment injectées sont les amphétamines (70 %), l'héroïne (51 %) et la cocaïne (12 %) (AIHW, 1999).

Hall et al. (Hall et al., 2000) ont estimé le nombre d'héroïnomanes en utilisant différentes sources de données. Leurs résultats présentent une estimation de l'ordre de 74 000 héroïnomanes en Australie (entre 67 000 à 92 000), un taux de 6,9 par 1 000 adultes entre 15 et 54 ans. Ce taux se situe dans la moyenne, si on le compare aux taux des pays européens. Tout en notant que l'estimation de 1997 représenterait le double de l'estimation de 1984-87 (34 000), Hall et al. (2000) ont suggéré certaines explications à l'augmentation : une chute du prix de l'héroïne et une plus grande pureté de la drogue disponible, ce qui signifie que plus d'utilisateurs peuvent être initiés à l'héroïne par d'autres modes de consommation que l'injection. Une de nos sources a toutefois déclaré que l'héroïne était actuellement difficile à obtenir et que les utilisateurs se tournaient donc vers les amphétamines et peut-être aussi, la cocaïne.

En Australie, le rapport sur l'enquête de 1998 (AIHW, 1999) estime que le nombre d'UDI récents s'élève à 107 800, parmi lesquels 12 100 seraient âgés de 14 à 19 ans. Le rapport indique que les premières drogues injectées sont « presque toujours » les amphétamines et l'héroïne. Un de nos répondants a noté que les personnes qui s'injectent des amphétamines ne sont pas rejoints par les approches actuelles en réduction des méfaits, comme les PES.

## Tendances dans les taux d'infection par le VIH et par d'autres virus

L'Australie a généralement maintenu très bas le taux d'infection par le VIH chez les UDI. Le rapport de l'ANCARD (1999) cite un taux de moins de 0,6 pour cent chez les personnes qui ont visité les centres de santé sexuelle entre 1992 et 1997, et de moins de 2 à 3 pour cent chez les personnes qui participent aux PES (ANCARD, 1999; Hall et al, 1999). Ce dernier taux est relativement stable depuis le milieu des années '90. Toutefois, chez les UDI qui se considèrent comme homosexuels, le taux grimpe à 27,3 pour cent. Environ 8 pour cent des nouveaux cas de sida sont diagnostiqués chez les personnes qui ont des antécédents d'UDI et dont la moitié rapportent avoir eu des contacts homosexuels (AIHW, 1998).

On estime que le taux d'infection par le VHC chez les UDI oscille entre 50 et 70 pour cent, et que 13 pour cent des personnes non-infectées sont contaminées chaque année (Ministerial Council on Drug Strategy, 1998). Crofts et al. (1999) citent plusieurs nouveaux cas d'infection par le VHC chez les UDI hétérosexuels – entre 600 et 10 000 par année – alors que les nouveaux cas d'infection par le VHC sont peu fréquents dans ce groupe. L'AIHW (1998) rapporte que la prévalence du VHC chez les UDI est fortement associée à la durée de l'habitude d'injection, avec un taux inférieur à 20 pour cent chez ceux qui s'injectent depuis moins de trois ans. Des antécédents d'incarcération sont également un facteur de risque indépendant pour la transmission de l'hépatite C, à cause du taux élevé d'infection par le VHC chez les détenus et des pratiques sexuelles à risque (Commonwealth of Australia, 2000). Plusieurs études ont démontré que le taux d'infection par le VHC semble être en déclin chez les UDI australiens (MacDonald et al., 2000; Crofts et al., 1999).

Les hépatites A et B sont aussi des problèmes importants chez les UDI. L'examen de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida de 1996-97 à 1998-99 a conduit l'ANCARD à recommander que la vaccination contre le VHA et le VHB soit étendue à la population des UDI (ANCARD, 1999).

Un de nos répondants a noté que le succès de l'Australie à contenir le VIH chez les UDI a fait naître une certaine satisfaction, ce qui rend plus difficile la mobilisation autour du VHC. Cette personne a toutefois ajouté que l'Australie est toujours à l'avant-garde des autres pays dans le domaine des essais, de l'éducation des utilisateurs, de l'évaluation et de la surveillance. Par ailleurs, les personnes qui s'injectent des amphétamines ne voient pas le risque d'exposition virale parce qu'elles associent le VIH et le VHC à l'utilisation de l'héroïne. Une de nos sources a souligné la nécessité de comprendre le comportement d'injection des différents groupes d'UDI avant de concevoir et de mettre en place des mesures de prévention du VHC.

Bien que la menace du VIH/sida ait été un facteur déterminant qui a contribué à modeler les pratiques et les politiques australiennes de réduction des méfaits, un répondant a mentionné que même avant l'apparition du VIH/sida, au milieu des années '80, le ministre de l'époque avait débloqué des fonds substantiels pour financer le système de soins liés aux dépendances, dont une enveloppe pour répondre aux problèmes d'héroïnomanie.

## Décès par surdose

Les décès par surdose ont beaucoup augmenté en Australie au cours des trente dernières années (ADCA, 2000). Un rapport de l'AIHW (AIHW, 1998) note une augmentation de 71 pour cent entre 1990 et 1995, suivie d'une petite diminution en 1996, laquelle n'a pas tenu en 1997. Hall et al. (1999) rapportent que le nombre de surdoses est 55 fois plus élevé par million d'habitants entre 15 et 44 ans. La majorité des décès (90 %) survient chez les hommes, et depuis environ vingt ans, les héroïnomanes comptent pour la majorité des victimes.

Concernant les décès par surdose, une de nos sources a énuméré certains facteurs de risque majeurs : la consommation d'héroïne avec de l'alcool et des benzodiazépines, la consommation à long terme (6 ans et plus), et l'intolérance chez les personnes qui ont cessé de consommer et recommencent. Cette personne a étudié le nombre de décès par surdose chez de nombreux utilisateurs de drogues; elle en est venue à la conclusion que même si les chiffres absolus sont supérieurs chez les utilisateurs plus âgés, le taux de risque relatif chez les jeunes utilisateurs est beaucoup plus élevé, même si leur nombre est faible. Elle a souligné la nécessité de comprendre quelles sont les pratiques utilisées par les jeunes : elles sont différentes de celles des utilisateurs plus âgés et comportent plus de risques.

Warner-Smith et al. (2000) proposent plusieurs stratégies d'intervention pour répondre au problème des décès par surdose, comme l'augmentation du nombre d'utilisateurs d'opiacés plus âgés et de longue date en traitement par la méthadone, l'éducation entre pairs, la distribution de nalaxone, et l'établissement de centres d'injection médicalement supervisés.

## Attitude des fournisseurs de services

Les fournisseurs de traitement de maintien par la méthadone ont établi un bon maillage avec les PES. Selon un répondant, il existe toutefois des différences considérables entre les programmes traditionnels axés sur l'abstinence et les programmes de réduction des méfaits.

## Accès aux services sociaux et de santé

Le filet de sécurité social australien est bien développé, mais la disponibilité et la prestation des services de santé et des soins sociaux diffèrent selon les états et les territoires. Une de nos sources a mentionné que l'accès à de bons soins de santé et à l'aide sociale a probablement été un déterminant de l'état de santé des UDI australiens, considéré comme meilleur que celui des UDI des autres pays. Depuis le milieu des années '90, des compressions budgétaires ont été faites et l'accent a été mis sur l'utilisation payante des services. Un répondant a souligné la nécessité de considérer ces services sociaux et de santé comme les premiers endroits où on peut procéder au dépistage, à l'évaluation et au traitement, puisqu'ils reçoivent un grand nombre de personnes aux prises avec des problèmes de dépendance. Ce répondant a ajouté que la prestation de bons soins médicaux est variable et que des services médicaux particuliers étaient requis pour les utilisateurs actifs.

## Recherche et évaluation

Par l'entremise de ses stratégies, le gouvernement du Commonwealth a appuyé la surveillance, l'évaluation et la recherche. De même, le gouvernement reconnaît l'importance d'évaluer les différentes stratégies elles-mêmes. Eric Single et Timothy Rohl ont récemment évalué la stratégie nationale en matière de drogues; les résultats qu'ils ont déposés ont aidé à renouveler la direction du plan d'action national (National Drug Strategic Framework) (Single et Rohl, 1997). En ce qui concerne les initiatives individuelles, un de nos répondants a souligné l'importance d'évaluer à la fois les initiatives de réduction de la demande et de réduction de l'approvisionnement. Il était d'avis que ces dernières ne sont pas souvent évaluées.

## Opinion publique et médias

L'opinion publique et les médias ont apparemment joué un rôle important dans la définition des réponses australiennes au problème des drogues. L'enquête de 1998 (*National Drug Strategy Household Survey*, AIHW, 1999) portait sur l'appui de la collectivité à la politique en matière de drogues. Plus de la moitié des répondants ont appuyé les mesures comme les PES, les programmes de maintien par la méthadone, les traitements avec des drogues autres que la méthadone et les traitements de désintoxication rapide. Un tiers a soutenu les centres d'injection réglementés.

En même temps, Ali et Gowing (1999) ont noté que le public perçoit l'héroïne comme un problème hors de contrôle. Ceci provient de facteurs comme l'énorme publicité qui entoure les saisies d'héroïne par la police et les aiguilles trouvées dans les endroits publics. Les auteurs mentionnent que le débat de 1997 sur les essais de traitement avec prescription d'héroïne dans le Territoire de la Capitale ont concentré les inquiétudes publiques sur l'utilisation de l'héroïne et provoqué la critique des initiatives de réduction des méfaits, comme les échanges d'aiguille et le traitement par la méthadone.

L'attention des médias et les inquiétudes du public semblent avoir joué un rôle important dans la décision du Premier ministre de ne pas aller de l'avant avec les essais de traitement avec prescription d'héroïne. Dans le cadre de l'élaboration d'un protocole, l'opinion publique a toutefois été sondée et les résultats indiquent que plus de personnes sont en faveur des essais qu'opposées à ceux-ci, en autant que leur but à long terme soit l'abstinence (répondant).

## Exposé

L'utilisation des drogues injectables est une source de préoccupation pour les cinq pays couverts par cette étude. Tous ont élaboré des politiques et mis des programmes en œuvre dans les domaines de la prévention, du traitement et de la réduction des méfaits. Dans tous les cas, les initiatives de réduction des méfaits ont déployé des efforts renouvelés pour faire face à l'augmentation des cas de VIH/sida chez les UDI et dans la population en général. Dans certains cas, d'autres aspects de l'utilisation des

drogues injectables – scènes de drogue, décès par surdose et criminalité liée aux drogues – ont contribué au développement de politiques et de programmes de réduction des méfaits. Ces préoccupations surpassaient celles qui appelaient à des politiques axées uniquement sur l'abstinence. Elles continuent de faire l'objet de discussion quant aux directions d'avenir des politiques face aux solutions appropriées. Dans la plupart des pays étudiés, les conséquences, sur le plan public, de l'utilisation des drogues injectables, à savoir les scènes de drogue, les rebuts d'utilisation, l'injection en public, etc., ont également contribué à informer la réponse du gouvernement. Dans certains cas, comme en Australie, le catalyseur au développement d'approches en réduction des méfaits a été un leadership politique fort et soutenu à un moment crucial par les hauts échelons de l'administration et les experts en la matière.

Certains pays européens peuvent avoir été influencés par les activités et les préoccupations des pays limitrophes, en particulier avec l'ouverture des frontières et la collaboration entre les pays membres de l'Union européenne, qui entend élaborer des politiques et des pratiques cohérentes. Jusqu'à un certain point, le Canada et les autres pays sont aussi dans la portée qu'ils peuvent donner aux initiatives de réponse à l'utilisation des drogues injectables par la nécessité de se conformer aux conventions internationales.

De notre examen des cinq pays, nous pouvons dégager des approches une certaine cohérence qui s'accorde avec les directions canadiennes actuelles, en particulier celles décrites dans le document de travail déposé pour consultation en mars 2002: *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*.

### **Stratégies globales, équilibrées et coordonnées**

Dans les pays étudiés, les politiques et les programmes de réduction des méfaits font généralement partie d'une stratégie nationale globale en matière de drogues, comprenant des éléments de prévention, de traitement, de réduction des méfaits et d'application de la loi. L'approche suisse « en quatre piliers » est un exemple de l'intégration complète des politiques face à l'utilisation des drogues injectables dans une politique nationale en matière de drogues. La politique nationale préconisée actuellement par la Grande-Bretagne comporte également plusieurs volets, dont des mesures de réduction des méfaits qui ciblent les UDI. La stratégie nationale australienne s'efforce d'établir un équilibre entre la réduction de l'offre, de la demande et des méfaits. De la même façon, aux Pays-Bas, le but premier est de protéger la santé des utilisateurs, de leur entourage et de la société en général, tout en restreignant à la fois l'offre et la demande de drogues, et en s'attaquant à la nuisance qui entoure la problématique. En dépit de la perception qu'aux Pays-Bas, certaines des lois sur les drogues sont laxistes et encouragent la consommation des drogues illégales, la politique et la pratique néerlandaises en matière de drogues comportent également des volets musclés d'application de la loi.

Nos sources ont toutes souligné la nécessité d'utiliser une approche intégrée pour répondre à l'utilisation des drogues; elles ont insisté sur le fait qu'en l'absence de politiques plus globales, la réduction des méfaits peut être dénaturée, incomprise, et manquer d'ouverture.

Certaines de nos sources ont insisté sur la nécessité de coordonner les activités à tous les échelons : national, régional ou étatique, et municipal. En Australie, l'état de Victoria a mis sur pied une stratégie globale qui reconnaît la nécessité, pour les collectivités locales, d'établir leur propre stratégie en matière de drogues. En Europe, des villes comme Francfort et Amsterdam ont été des pionnières dans le développement de politiques et de programmes novateurs de réponse à l'utilisation des drogues injectables et au VIH/sida. Il est clair que peu importe le niveau d'intervention, les stratégies réussies sont mises en œuvre grâce à une collaboration multisectorielle entre forces de l'ordre, agences d'application de la loi, services sociaux et de santé, intervenants en matière de dépendances, milieu de l'éducation, de l'hébergement et des affaires, résidents, groupes d'utilisateurs et médias. En Australie, le partenariat établi au plan national entre les ministères de la Santé et de la Justice des paliers fédéral et étatique a été un important facteur de succès de la stratégie en matière de drogues. Dans des villes comme Amsterdam et Francfort, les mécanismes mis en place pour assurer une collaboration continue entre les administrations sanitaires et juridiques et les autres partenaires ont largement contribué au succès des stratégies locales.

## **Leadership et défense des intérêts**

Socialement, les utilisateurs de drogues injectables sont marginalisés. Des organismes professionnels, certaines personnes et, dans certains cas, les utilisateurs eux-mêmes et leur famille, se sont portés à la défense des intérêts des UDI. Progressivement, des traitements humains et réalistes ainsi que des politiques et des programmes de réduction des méfaits ont été élaborés et mis en place pour répondre à cette action sociale. Un leadership politique fort qui soutient la réduction des méfaits en elle-même est rare, mais en matière de drogues, les politiques novatrices incluant la réduction des méfaits nécessitent des partisans aux plus hauts échelons de tous les paliers de gouvernement. Les personnages politiques peuvent avoir des raisons personnelles d'être préoccupés par les drogues. Par contre, d'autres sont bien informés et reconnaissent la nécessité d'appliquer de nouvelles approches. Un certain nombre de répondants australiens ont insisté sur le rôle essentiel du ministre fédéral de la Santé, au milieu des années '80, dans l'adoption de l'approche en réduction des méfaits : le traitement par la méthadone et les programmes d'échange d'aiguilles ont été mis en place rapidement au début de l'épidémie de sida.

## **Options de traitement**

Il n'entrait pas dans le cadre de cette étude de porter une attention soutenue à d'autres approches de prise en charge de l'utilisation des drogues injectables (ex. : traitement axé sur l'abstinence). Néanmoins, les programmes de réduction des méfaits présentent des différences notables dans leur degré

d'intégration au système plus vaste du traitement des dépendances ou à la structure de cheminement « parallèle » à celui-ci. Dans certains cas, comme aux Pays-Bas, les services de réduction des méfaits semblent être intégrés au système de traitement des dépendances. En Allemagne, des efforts sont visiblement déployés pour faire en sorte que les programmes axés sur la cessation fassent partie des programmes multiservices destinés aux UDI. Ce n'est pas nécessairement le cas dans d'autres pays. Des services intégrés peuvent aider les toxicomanes à entrer en traitement, mais, comme l'a indiqué un de nos répondants néerlandais, ils peuvent également nuire à l'utilisation d'approches novatrices pour rejoindre les utilisateurs difficiles à contacter. Un répondant australien a souligné la nécessité de séparer les services axés sur l'abstinence des services aux utilisateurs actifs, comme les échanges d'aiguilles.

### **Priorité donnée à l'utilisation de la méthadone**

La méthadone est la drogue la plus largement prescrite pour traiter la dépendance aux narcotiques; dans tous les pays étudiés, le maintien par la méthadone à moyen et long terme est considérée comme une modalité de traitement acceptable. Dans l'ensemble, il s'agit d'offrir un traitement axé sur le client, où les décisions concernant le dosage et la durée du traitement sont prises en tenant compte des besoins du client et de ses progrès, plutôt qu'en se contentant de respecter un protocole de traitement rigide. On reconnaît que des directives intégrées de traitement par la méthadone sont toutefois essentielles, tout comme le sont des normes nationales de compétence et une formation appropriée. Des services souples et facilement accessibles de méthadone à seuil bas qui ne demandent pas à la clientèle de s'abstenir de toute autre drogue, sont aussi bien développés dans certains pays. Un certain nombre, comme les Pays-Bas, étudie la possibilité d'augmenter les dosages pour améliorer l'entretien et réduire l'utilisation des autres drogues. Dans la grande majorité des cas, la méthadone est prescrite pour consommation orale. Il arrive que la méthadone soit autoinjectée, si c'est cliniquement indiqué. Dans tous les cas, l'accès aux services de méthadone a augmenté au cours de la dernière décennie, mais il existe des variantes selon l'attribution locale des ressources.

Des efforts ont été entrepris pour faire en sorte que la méthadone soit offerte dans le contexte d'un éventail complet de services accessibles sur les lieux ou par l'entremise d'une orientation vers d'autres ressources. Dans certains pays, ces efforts incluent la distribution d'aiguilles et de seringues stériles, les soins médicaux, les refuges et l'hébergement, l'aide sociale, l'intervention en situation de crise, les services d'approche, ainsi que l'accès à des soins plus traditionnels de traitement des dépendances, comme la prise en charge du sevrage et le traitement sans drogues.

D'autres différences existent à la fois entre les pays et à l'intérieur de ces derniers, à savoir dans quelle mesure la méthadone est fournie par les cliniques spécialisées et quel est le rôle joué par les généralistes dans sa prescription. Plusieurs administrations ont mis en place des modèles dans le cadre desquels l'évaluation initiale, l'introduction du traitement et la stabilisation ont lieu dans une clinique spécialisée. Une fois stabilisé, le client est orienté vers un généraliste et continue de recevoir

des traitements. Dans ce genre de modèle, la clinique spécialisée joue un rôle important en offrant des services de consultation aux généralistes, et souvent aux pharmaciens dans les secteurs qu'ils desservent, en plus de reprendre en charge le client qui est déstabilisé. Le modèle est fréquemment utilisé en Grande-Bretagne, bien développé à Amsterdam et se retrouve dans certaines circonscriptions australiennes. Amsterdam offre également des services d'approche aux clients en traitement par la méthadone dans les commissariats et les hôpitaux, et travaille avec le personnel infirmier pour que ces patients reçoivent des soins appropriés.

### **Utilisation d'autres drogues de substitution**

Les cinq pays ont reconnu la nécessité d'envisager d'autres options de traitement en termes de drogues de substitution, afin d'y faire entrer les personnes qui ne sont pas rejointes par le traitement par la méthadone ou qui échouent avec ce dernier.

Le buprénorphine et le LAAM sont les options les plus fréquemment étudiées pour élargir l'éventail des possibilités. Le buprénorphine est maintenant approuvé en Australie, en Allemagne et en Grande-Bretagne. Il est aussi disponible aux Pays-Bas, mais il semble qu'il ne soit pas souvent utilisé. Le LAAM est autorisé en Allemagne et fait l'objet d'essais en Australie. Comme l'a mentionné un de nos répondants, en plus d'augmenter le nombre d'options, cette solution de rechange à la méthadone pourrait inciter certaines personnes à entrer en traitement à cause de l'attrait de la nouveauté. L'Australie mène également des recherches sur l'utilisation de la morphine à action lente.

En Allemagne, la codéine est encore prescrite comme drogue de substitution, même si son utilisation est aujourd'hui considérée comme moins souhaitable étant donné l'accessibilité croissante du traitement par la méthadone.

Les amphétamines pour consommation orale sont quelquefois prescrites aux personnes gravement dépendantes de ces drogues; en Grande-Bretagne, ce groupe comprend les personnes qui s'injectent. À ce jour, il n'existe pas de recherche valable pour appuyer cette pratique. Les chercheurs australiens ont néanmoins proposé un essai de recherche en réponse au nombre grandissant de consommateurs d'amphétamines chez les UDI australiens.

L'héroïne est prescrite à environ 1 à 2 pour cent de tous les toxicomanes en traitement par drogue de substitution en Grande-Bretagne, et à environ 5 pour cent en Suisse. Dans ces deux pays, le traitement avec prescription d'héroïne est maintenant une option pour les généralistes spécialement autorisés à fournir ces prescriptions dans le cadre normal de leur travail : c'est donc dire que l'héroïne n'est plus considérée comme une drogue expérimentale pour traiter les dépendances. En Grande-Bretagne toutefois, les directives nationales n'encouragent pas la prescription d'héroïne; plusieurs médecins sont donc réticents à le faire. En Suisse, il semble qu'on accepte plus facilement

qu'une minorité de toxicomanes qui ont échoué avec les autres traitements réussissent bien avec la prescription d'héroïne. L'héroïne autoinjectable est également prescrite à quelques toxicomanes incarcérés dans les établissements correctionnels suisses.

L'héroïne est également prescrite aux toxicomanes qui participent à la recherche aux Pays-Bas, et un essai de traitement avec prescription d'héroïne doit débiter cette année en Allemagne. En Grande-Bretagne, toute l'héroïne prescrite est autoinjectable, comme c'est le cas pour la plupart des prescriptions suisses. Environ 10 pour cent de l'héroïne suisse est distribuée sous forme de comprimés à action rapide et 6 pour cent sous forme de comprimés à action lente, tous deux administrés par voie orale. Dans les essais de recherche néerlandais, l'héroïne a été prescrite pour être consommée par injection ou inhalation. En Allemagne, le gouvernement a approuvé des essais de traitement par prescription d'héroïne en plusieurs endroits; ils doivent débiter en 2001.

En Grande-Bretagne et en Suisse, certains répondants ont émis des réserves quant à accorder la priorité à ce genre d'essai; ils sont d'avis qu'ils devraient avoir lieu uniquement dans le cas où les autres services, en particulier ceux qui entourent la méthadone, sont facilement accessibles et de grande qualité. Certains répondants se sont inquiétés du fait que l'application générale des résultats des essais en cours aux Pays-Bas sera compromise par les critères très stricts de sélection imposés par la recherche. Comme c'était le cas en Suisse, les essais allemands semblent être des études de faisabilité.

Lorsqu'elles sont utilisées, l'héroïne et les autres drogues sont fournies dans le contexte d'un ensemble intégré de services, incluant le maintien par la méthadone, la désintoxication et les traitements axés sur l'abstinence.

Quelques pays étudient également la naltrexone (Australie et Pays-Bas) pour la désintoxication rapide et le traitement des surdoses en utilisant les pairs pour administrer la drogue. Le MCDS australien étudie cette dernière pratique, apparemment utilisée à petite échelle en Grande-Bretagne.

### **Importance des échanges d'aiguilles et des initiatives connexes**

L'échange d'aiguilles, la distribution d'eau de Javel et de condoms, et l'éducation sur les pratiques d'injection sécuritaires et la sexualité sans risques sont déjà bien établis dans les pays étudiés où ils ont contribué à limiter la propagation du VIH/sida et des autres infections.

Idéalement, les aiguilles et autres articles peuvent être distribués par l'entremise d'un grand nombre d'endroits : pharmacies, unités de santé publique, cliniques spécialisées, services de rue sans rendez-vous, camionnettes de distribution et autres services d'approche. Certains pays ont également des distributrices automatiques. La disponibilité en milieu rural reste un problème, en particulier dans des pays très vastes comme l'Australie.

Les forces de l'ordre appuient les échanges d'aiguilles parce qu'elles en comprennent le rôle et les perçoivent comme partie d'une approche plus globale face à l'utilisation des drogues. Cette approche clarifie le rôle de la police et respecte son mandat de gardienne de la sécurité et de l'ordre public. Dans ce contexte, les policiers ne surveillent donc pas les PES pour identifier les utilisateurs ou confisquer les aiguilles des personnes interpellées pour possession. Certains répondants ont néanmoins souligné la nécessité d'éduquer le corps policier qui devrait également poursuivre un dialogue continu avec les autres parties intéressées.

Certains de nos répondants ont insisté sur la nécessité d'intégrer les PES aux autres services. Sans cela, la distribution d'aiguilles peut devenir une fin en soi, et les occasions d'éduquer la clientèle, de la motiver à réduire sa consommation, ou de répondre à d'autres problèmes, sont perdues. On doit également porter attention au ramassage des aiguilles et des seringues, si on veut éviter une réaction négative de la collectivité.

En dépit des objections initiales de certains membres du personnel, des initiatives réussies d'échange d'aiguilles ont été mises en place dans certains établissements carcéraux. L'attitude des directeurs a été citée comme un facteur essentiel dans la prestation de ces services. Les résultats de l'évaluation des projets pilotes menés en Suisse et en Basse-Saxe sont généralement positifs en ce qui a trait à l'intégration de cette pratique à la routine carcérale. Il a été démontré que la distribution d'aiguilles stériles améliore la santé des UDI et que les aiguilles n'ont jamais été utilisées pour menacer le personnel. L'éducation du personnel et des détenus a également joué un rôle important. Mentionnons enfin que des aiguilles/seringues stériles sont également accessibles dans certains établissements correctionnels espagnols.

### **Importance des services d'approche et des services communautaires faciles d'accès**

Les utilisateurs de drogues injectables mènent souvent des vies chaotiques et peuvent avoir de la difficulté à accéder aux services et à leur faire confiance. Dans les pays étudiés, en particulier aux Pays-Bas et en Allemagne, on a reconnu la nécessité d'aller vers le client. Parmi les exemples : services de distribution de méthadone et de matériel d'injection stérile à partir d'un autobus, intervenants en soins de santé qui visitent les commissariats et les hôpitaux, travailleurs de rue, équipe de chirurgiens mobiles, etc. Les services de réduction des méfaits qui constituent des mécanismes importants pour rejoindre les utilisateurs de drogues marginalisés fournissent un éventail de services à seuil bas : centres sans rendez-vous, soins médicaux et sociaux, repas, salles de bain, refuges en cas de crise. Plusieurs de nos sources, appuyées en cela par la documentation, ont mis en lumière les besoins des UDI plus âgés. En dépit de l'accès aux services de réduction des méfaits, l'état de plusieurs d'entre eux continue de se détériorer et ils sont aux prises avec de graves problèmes de santé physique et mentale. Cette population doit avoir accès aux soins médicaux, psychiatriques et sociaux dont elle a besoin.

Le logement est également un élément clé pour améliorer la vie des UDI. Les recherches menées en Allemagne ont prouvé que les personnes qui n'ont pas d'hébergement permanent étaient plus susceptibles d'échouer dans leur traitement. Les refuges et l'hébergement sont également des éléments importants de l'approche néerlandaise.

Les utilisateurs et les groupes d'utilisateurs sont importants pour rejoindre les UDI. Pour certains UDI, les services d'approche par les pairs et l'éducation entre pairs peuvent représenter des solutions plus acceptables que les services gérés par des professionnels. Toutefois, comme il en a été fait mention dans la section sur les Pays-Bas, les groupes d'utilisateurs peuvent se retrouver débordés devant les besoins quotidiens de leurs clients, ce qui les détourne de leur autre rôle qui consiste à promouvoir les intérêts des utilisateurs auprès des décideurs et des planificateurs de politiques.

### **Rôle des centres d'injection supervisés dans certaines situations**

Il a été démontré que les centres d'injection sont utiles dans les cas où les groupes d'utilisateurs locaux s'injecteraient autrement en public ou dans des situations à risque élevé (ex : s'injecter seul, utiliser la drogue d'un nouveau revendeur). Les centres doivent être étroitement reliés (quelquefois physiquement) aux autres services. Ils sont acceptés de la population avoisinante dans le cas où ils réduisent la nuisance publique liée aux drogues et où ils n'attirent pas les utilisateurs et les revendeurs d'autres secteurs. Les forces policières ont consenti à limiter leurs activités à l'intérieur et autour des centres, tout en appliquant strictement la loi dans les zones avoisinantes. Les centres d'injection supervisés font partie de l'approche globale de réponse à l'utilisation des drogues injectables et aux scènes de drogues préconisée par l'Allemagne, la Suisse et les Pays-Bas. Ils sont présentement à l'étude en Australie et le Comité d'experts de l'état de Victoria a établi des directives complètes pour leur mise en œuvre. À l'instar d'autres initiatives de réduction des méfaits controversées, les centres d'injection supervisés devraient faire partie d'une stratégie globale élaborée localement par les parties intéressées.

### **Nécessité de répondre aux enjeux entourant les UDI dans le système juridique**

D'après nos sources et selon la documentation, il est clair que les cinq pays reconnaissent le problème qu'engendre le nombre élevé d'utilisateurs de drogues illégales impliqués dans les rouages du système juridique, et les dangers que pose l'incarcération dans les cas où il y a risque de partage de seringues, de pratiques sexuelles à risque, de perte de tolérance et de possibilité de surdose à la sortie. Comme le mentionne le rapport de l'OEDT pour l'an 2000, « les conditions en milieu carcéral sont encore plus propices à la propagation des maladies infectieuses que celles qui existent à l'extérieur » (OEDT, 2000). Tout comme le Canada, les pays étudiés s'efforcent de trouver une solution appropriée, à la fois humaine et acceptable, à la réalité de l'utilisation des drogues en milieu carcéral. En Europe, le Réseau européen de prévention du VIH et du VHC en prison – European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison – a élaboré des directives selon le principe que

les personnes incarcérées devraient avoir accès au même type de services de santé que l'ensemble de la collectivité.

Plus généralement, les cinq pays reconnaissent la nécessité de mettre en place des mesures qui éviteront – autant que possible – l'incarcération aux utilisateurs de drogues en les orientant vers d'autres ressources. L'accent est mis sur la redirection des personnes dès leur premier contact avec le système juridique, comme dans les programmes d'orientation à l'arrestation en vigueur en Grande-Bretagne et en Australie. Les détenus ont accès à des ailes sans drogues, du counseling, de la méthadone (généralement pour entretien à court terme et à la discrétion du médecin de l'établissement) et, dans certaines prisons suisses et allemandes, à des aiguilles stériles. Plusieurs pays européens étudient l'efficacité des programmes de soutien entre pairs en milieu carcéral.

### **Recherche et évaluation sont importantes**

La recherche a informé et continue d'informer les débats sur les politiques, mais comme dans d'autres domaines, la relation entre la recherche et la politique est complexe. Certains travaux de recherche sont mis de côté, d'autres sont utilisés sélectivement ou interprétés de façon à convenir à différents programmes.

Les recherches qui ont suscité le plus d'intérêt portaient sur les PES, le VIH/sida et l'utilisation des drogues, le maintien par la méthadone et la prescription d'héroïne. Les recherches sur l'utilisation des drogues et la criminalité semblent avoir influencé les politiques en matière de drogues, particulièrement en Grande-Bretagne. Les travaux sur l'utilisation des drogues chez les détenus et l'efficacité des PES en milieu carcéral ont exercé une plus grande influence dans certains pays que dans d'autres. Plusieurs de nos sources ont souligné la nécessité de mener des recherches qui permettront de mieux comprendre les différentes populations d'UDI et leurs pratiques d'injection afin de pouvoir mettre en place des mesures qui permettront de réduire davantage la propagation du VHC.

La recherche et l'évaluation sont considérées comme essentielles pour l'avenir de la réduction des méfaits et des politiques en matière de drogues. Certaines de nos sources ont insisté sur la nécessité d'accorder autant d'importance à l'évaluation des initiatives de réduction de l'offre qu'à celles qui visent la réduction de la demande. Ce sont les ressources allouées à la recherche, la qualité des recherches entreprises et la clarté de leurs résultats qui permettront d'évaluer dans quelle mesure cette nécessité a été prise en compte. Étant donné la nature politique des « problèmes de drogues », il faudrait toutefois être naïf pour croire que les résultats de la recherche seront les seuls éléments déterminants des politiques élaborées à l'avenir en matière de drogues.

En conclusion, nous constatons que plusieurs des initiatives de réduction des méfaits appliquées dans les cinq pays étudiés sont déjà offertes au Canada, et ont été approuvées par les différents comités fédéral/provinciaux/territoriaux. La plupart des pays ont une approche en santé de la population

pour l'élaboration, la coordination et la programmation de leur politique. Bien qu'ils aient réussi à limiter la propagation du VIH/sida et à faire entrer nombre d'UDI dans une forme quelconque de service d'aide, la plupart ont des taux d'infection par le VHC semblables à ceux du Canada et déploient des efforts renouvelés pour prévenir le partage des aiguilles et du reste du matériel d'injection, et pour encourager les utilisateurs à adopter un mode de consommation autre que l'injection. Dans certains pays, la consommation de cocaïne et d'amphétamines constitue un problème et aucun ne semble avoir de programme particulièrement novateur pour répondre aux besoins des personnes qui s'injectent ces drogues. En Grande-Bretagne, les amphétamines sont quelquefois prescrites, mais cette pratique n'est pas encouragée par les autorités médicales et reste controversée.

## Références

---

- ABRAHAM, M.D., COHEN, P. & DE WINTER, M. *Licit and illicit drug use in the Netherlands*, Centrum voor Drugsonderzoek, Amsterdam, 1999.
- ADVISORY COMMITTEE ON THE ISSUES OF DRUGS. *AIDS And Drug Misuse: Part 1*, Department Of Health And Social Security, Londres, 1988.
- AESCHBACH, E. *Heroin Distribution In Switzerland: Analysis Of The Scientific Value Of The Evaluation*, Swiss Directors Against Drugs, Zug, 1988.
- ALCOHOL AND OTHER DRUGS COUNCIL OF AUSTRALIA. *Drug Policy 2000. A New Agenda For Harm Reduction*, Section 8.2, Needle And Syringe Distribution. <http://www.adca.org.au/>
- ALI, R., AURIACOMBE, M., CARAS, M., et al. *Report Of The External Panel On The Evaluation Of The Swiss Scientific Studies Of Medically Prescribed Narcotics To Drug Addicts*. Organisation mondiale de la santé, Genève, sans date.
- ALL PARTY PARLIAMENTARY DRUGS MISUSE GROUP. *Prisons And Drug Use*, House Of Commons, Londres, Grande-Bretagne, 1998.
- ARNOLD, T., FELDMEIERS-THON, J., FRIETSCH, R. & SIMMEDINGER, R. *Wem hilft Methadon? Daten, Fakten, Analysen*. ISS, Francfort, 1995.
- ARNOLD, T. & SIMMEDINGER, R. *Substitutionsbehandlung Drogenabhängigkeitskranker in Schwerpunktpraxen*. Sucht 16, Sozialeministerium Baden-Württemberg, Stuttgart, 1999.
- AUSTRALIAN INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE. *Statistics On Drug Use In Australia*, 1998. <http://www.aihw.gov.au/inet/publications/health/sdua98/index.html>
- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. *National Drug Strategy Household Survey. First Results*, Australian Institute of Health and Welfare, AIHW, no cat. PHE15, Canberra, 1999.
- AUSTRALIAN NATIONAL COUNCIL ON AIDS AND RELATED DISEASES. *Proving Partnership: Review Of The National HIV/AIDS Strategy 1996-97 to 1998-99*, Australian National Council on Aids And Related Diseases, Commonwealth Of Australia, mai 1999.
- B.C. ABORIGINAL HIV/AIDS TASK FORCE. *The Red Road – Pathways to Wholeness*, 1999.
- BAMMER, G. *Design Of The Australian Feasibility Studies*, exposé présenté à un colloque sur le traitement par prescription d'héroïne, Berne, Suisse, 1-12 mars 1999. <http://www.admin.ch/bag/sucht/forschev/e/forschg/sympos99/ab101600.htm>

- BARNARD, H. P. The Netherlands' Drug Policy: 20 years of experience, 1998. <http://www.drugtext.org/>
- BÉLANGER, D., ALARY, M., GODIN, G., et al. Identification of Sub-groups at High Risk of Sharing Used Needles among Injection Drug Users Participating in a Needle-exchange Program, Université Laval, article non-publié, 1996.
- BRUNEAU, J., LAMOTHE, F., FRANCO, E., et al. « 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*, no 146, 1997, p. 994-1002.
- BOEKBOUW VAN SOLINGE, T. « Dutch Drug Policy in a European Context », *Journal of Drug Issues*, vol. 29, no 3, 1999, p. 511-28.
- BUNING, E. C. « Effects of Amsterdam Needle and Syringe Exchange », *The International Journal of Addictions*, vol. 26, no 12, 1991, p. 1303-1311.
- BUNING, E. C. *Outreach Work with Drug Users, an Overview*. Drugtext, 1993. <http://www.drugtext.org/>
- BUNING, E. C. « Tailor-made provision of methadone in Amsterdam », *Euro-Methwork newsletter*, no 12, 1997.
- BUREAU DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE. *Tendances actuelles dans la réduction des méfaits pour les utilisateurs de drogues par injection : aperçu international*, Santé Canada, Ottawa, 2000.
- BURROWS, D. « Injecting Equipment Provision In Australia: The State Of Play », *Substance Use And Misuse*, vol. 33, no 5, 1998, p. 1113-1127.
- CASPERS-MERK, M. *Sucht-und Drogenbericht 2000. Der Umgang mit Suchtmitteln und Drogen in unserer Gesellschaft – Trends und Massnahmen zur Praevention*, ministère fédéral de la Santé, Berlin, 2001.
- CENTRE CANADIEN SUR LE DOPAGE SPORTIF. *National School Survey of Drugs and Sport – Final Report*, Ottawa, 1993.
- CENTRE FOR DISEASE CONTROL. *Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease*, 1998. [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
- CHANG, C. J., LIN, C. H., LEE, C. T., et al. « Hepatitis C virus infection among short-term intravenous drug users in southern Taiwan », *European Journal of Epidemiology*, no 15, 1999, p. 597-601.
- COHEN, P. *The case of the two Dutch drug policy commissions: An exercise in harm reduction 1968-1976*, exposé présenté à la Cinquième conférence internationale sur la réduction des méfaits dus aux drogues, 7-11 mars 1994, Addiction Research Foundation, Toronto, 1996.

- COHEN, P. « Shifting the main purposes of drug control: from suppression to regulation of use. Reductions of risks as the new focus for drug policy », *International Journal of Drug Policy*, no 10, 1999, p. 223-234.
- COMITÉ CONSULTATIF FPT ET AUTRES. *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, Santé Canada, Ottawa, 2001.
- COMMISSION SUISSE SUR LES SUBSTANCES NARCOTIQUES. *Rapport sur la méthadone*, 3e édition, Berne, sans date.
- COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND AGED CARE. *National Illicit Drug Strategy*, Department of Health and Aged Care, 2000. <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/nids/diversion/abtdiv.htm>
- COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES. *National Policy on Methadone Treatment*, publication no 2012, 1998.
- COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES AND HEALTH. *Review Of Methadone Treatment In Australia: Final Report*, 1995.
- CROFTS, N., WEBB-PULLMAN, J. & DOLAN, K. *An Analysis Of Trends Of Time In Social And Behavioural Factors Related To The Transmission Of HIV Among Injecting Drug Users And Prison Inmates*, Commonwealth Department Of Health And Family Services, annexe technique no 34, no cat. 9603050, 1996.
- CROFTS, N., AITKEN, C. K. & KALDOR, J. M. « The Force Of Numbers: Why Hepatitis C Is Spreading Among Australian Injecting Drug Users While HIV Is Not », *Medical Journal Of Australia*, no 170, 1999, p. 220-221.
- DE JONG, W. & WEBER, U. « The professional acceptance of drug use: A closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland », *International Journal of Drug Policy*, no 10, 1999, p. 99-108.
- DEPARTMENT OF HEALTH. *Drug Misuse And Dependence Guidelines On Clinical Management*, 1999. <http://www.doh.gov.uk/>
- DEVILLAER, M. & SMYER, V. *Understanding Injection Drug Users: The First Step in Planning Needle Exchange Programs*, Addiction Research Foundation, Hamilton, Ontario, 1994.
- DOLAN, K., KIMBER, J., et al. « Drug Consumption Facilities In Europe And The Establishment Of Supervised Injecting Centres in Australia », *Drug and Alcohol Review*, no 19, 2000, p. 337-346.
- DRUG POLICY EXPERT COMMITTEE, VICTORIAN GOVERNMENT. *Drugs: Responding To The Issues Engaging The Community. Executive Summary And Recommendations, Stage 1 And Stage 2 Reports*, 2000. <http://www.dhs.vic.gov.au/phd/dpec>
- DRUGNET. *The Week On Line*, parution no 142, 2000. <http://www.drcnet.org/wol/142.html>.

- DRUGTEXT FOUNDATION. *Amsterdam substance use related information. The Dutch approach to AIDS*, 1995. <http://www.drugtext.org/>
- DUNCAN, D. F. & NICHOLSON, T. « Dutch Drug Policy: A Model for America », *Journal of Health and Social Policy*, vol. 8, no 3, 1997, p. 1-15.
- EATON, G., SEYMOUR, H. & MAHMOOD, R. « The Development Of Services For Drug Misusers On Mersey », *Drugs, Education, Prevention And Policy*, no 5, 1998, p. 305-318.
- ELNITSKY, S. & ABERNATHY, T. « Calgary's needle exchange program: profile of injection drug users », *Canadian Journal of Public Health*, no 84, 1993, p. 177-180.
- ELLIOT, L. & BLANCHARD, J. *Study of the Epidemiology of Injection Drug Use and HIV Infection in Winnipeg, Manitoba*, The Winnipeg Injection Drug Epidemiology (W.I.D.E.), Epidemiology Unit, Manitoba Health, 1999.
- EUROPEAN CITIES ON DRUG POLICY. *ECDP City Reader*, 1999. <http://www.ecdp.net/>
- EUROPEAN CITIES ON DRUG POLICY. *Résolution de Francfort, Frankfurt Am Main*, novembre 1990. <http://www.ecdp.net/resoluti.htm>
- FENNEMA, J. S. A., VAN AMEIJDEN, E. J. C., VAN DEN HOEK, A. & COUTINHO, R. A. « Young and recent-onset injecting drug users are at higher risk for HIV », *Addiction*, vol. 92, no 11, 1997, p. 1457-1465.
- FISCHER, B., REHM, J. & BLITZ-MILLER, T. « Injection drug use and preventive measures: a comparison of Canadian and Western European jurisdictions over time », *Canadian Medical Association Journal*, 13 juin 2000, p. 1-15.
- FISCHER, B. « Drugs, Communities And Harm Reduction In Germany: The New Relevance Of Public Health Principles In Local Responses », *Journal Of Public Health Policy*, no 16, 1995, p. 389-411.
- FLEMING, P. M. & ROBERTS, D. « Is The Prescription Of Amphetamine Justified As A Harm Reduction Measure? », *Journal Of The Royal Society Of Health*, no 11, 1994, p. 127-131.
- FONDATION CANADIENNE DU FOIE. « Dernières données médicales sur l'hépatite C », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 91, (supp.1) S4-S9, 2000.
- GARRETSEN, H. F. L., BLANKEN, H., et al. « A Research Perspective on Drug Related Nuisance – Dutch Experience », *Medicine and Law*, no 15, 1996, p. 705-714.
- GAVISONE, J. P., ZOBEL, F., KELLERHALS, C., et al., *Evaluation Of The Confederation's Measures To Reduce Drug-Related Problems: Third Synthesis Report (1997-1999)*, Institut universitaire de médecine préventive et sociale, Lausanne, 2000.

- GAVISONE, J. P., DUBOIS-ARTHER, F., BENNINGHOFF, F., et al. *Evaluation Of The Conferations Measures To Reduce Drug-Related Problems: Second Synthesis Report (1990-1996)*, Institut universitaire de médecine préventive et sociale, Lausanne, 1996.
- GERLACH, R. *Methadone Maintenance Treatment In Germany – Some Key Information*, 2000. <http://home.muenster.net/>
- GRUND, J.-P. C. « Drug Use Contexts and HIV-Consequences: The Effects of Drug Policy on Patterns of Everyday Drug Use in Rotterdam and the Bronx », *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self Regulation*, Institut voor Verslavingsonderzoek, Rotterdam, 1993.
- HAEMMIG, R. « Overseas Experience: Switzerland », *Drugs Policy: Faction, Fiction And Future*, Fox And Matthews (Eds), The Federation Press, Australia, 1992.
- HALL, W., et al. *Heroin Use In Australia: Its Impact On Public Health And Public Order*, National Alcohol And Drug Research Centre, abrégé de la monographie no 42, 1998. <http://www.med.unsw.edu.au/ndarc/publications/monograph42.htm>
- HALL, W., LYNSKEY, M. & DEGENHARDT, L. *Heroin use in Australia: Its impact on public health and public order*, National Alcohol And Drug Research Centre, abrégé de la monographie no 42, 1999. <http://www.med.unsw.edu.au/ndarc/publications/Monograph42.htm>.
- HALL, W., ROSS, J., et al. *How Many Dependent Opioid Users Are There In Australia?*, National Drug And Alcohol Research Centre, abrégé de la monographie no 44, 2000. <http://www.med.unsw.edu.au/ndarc/publications/monograph44.htm>.
- HEENSE, R. M. G. ( 1997). *To Have Or To Have Not, That's The Question?*, Institut universitaire de médecine préventive et sociale, Lausanne, 1997.
- HEINTGES, T. & WANDS, J. R. « Hepatitis C virus: Epidemiology and transmission », *Hepatology*, vol. 26, 1997, p. 521-526.
- HOME OFFICE. Sans date. <http://www.homeoffic.gov.uk/rds/drugs1.htm>
- HUMENIUK, R., ALI, R., WHITE, J., HALL, W. & FARRELL, M. *Proceedings of Expert Workshop on the Induction and Stabilization of Patients on Methadone*, Commonwealth of Australia, publication no 2587, 2000.
- INSTITUTE FOR THE STUDY OF DRUG DEPENDENCE. *Trends And Updates*, Grande-Bretagne, 1998. <http://www.isdd.co.uk/trends/activities2>
- Indicateurs de la base de données GRN sur la prévention du VIH chez les populations utilisatrices de drogues, fournis aux auteurs par Santé Canada.
- JACOB, J. & STOVER, H. « The Transfer Of Harm-Reduction Strategies Into Prisons: Needle Exchange Programmes In Two German Prisons », *International Journal Of Drug Policy*, vol. 11, 2000, p. 325-335.

- JACOB, J., STEPHENS, A. & STOVER, H. *Report On The Conference Prison And Drugs: Towards European Guidelines*, 13-14 mars 1998. <http://www.uni-oldenburg/de/saus/>
- JACOB, J. & STOVER, H. *Drug Use, Drug Control And Drug Services In German Prisons – Contradictions, Insufficiencies And Innovative Approaches*, sans date. <http://www.drugtext.org/>
- JURGENS, R. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*, Canadian AIDS Society, Ottawa, 1996.
- KEENE, J. M. & STIMSON, G. V. « Professional Ideologies And The Development Of Syringe Exchange: Wales As A Case Study », *Medical-Anthropology*, vol. 18, 1997, p. 85-105.
- KEMMESIES, U. « The Open Drug Scene And The Safe Injection Rooms Offers », *Frankfurt Am Main 1995 Final Report*, 1999. <http://home.muenster.net/>
- KERR, T. *Safe Injection Facilities: Proposal For A Vancouver Pilot Project*, Harm Reduction Society, Vancouver, 2000.
- KLINGEMANN, H. *From Low- Threshold Intervention To Involuntary Commitment After The Closing Of The Platzpitz “Needle Park”? Drug Policy And Drug Treatment In Switzerland*. Exposé présenté à la Conférence internationale sur les systèmes de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, Toronto, 13-22 octobre 1993.
- KLINGEMANN, H. « Harm Reduction And Abstinence: Swiss Drug Policy At The Time Of Transition », *Drug Treatment Systems In An International Perspective. Drugs, Demons And Delinquents*, Sage Publications, H. Klingemann & G. Hunt Eds, Thousand Oaks, 1998, p. 94-111.
- KORF, D. J., RIPER, H., FREEMAN, M., et al. *Outreach Work Among Drug Users In Europe: Concepts, Practice And Terminology*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, Portugal, 1999.
- KRAUSZ, M., VERTHEIN, U., DEGKIWITZ, P., et al. « Maintenance Treatment Of Opiate Addicts In Germany With Medication Containing Codeine – Results Of A Follow-Up Study », *Addiction*, vol. 93, no 8, 1998, p. 1161-1167.
- KUIPERS, H. *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union: The Netherlands*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, Portugal, 2000.
- LANG, P. « Methadone treatment in Germany: four years of nationwide regulation », *Methworks Newsletter*, no 9, 1996. <http://www.q4q.nl/methwork/Newsletter9/germanhy.htm>
- LANGENDAM, M. W., VAN HAASTRECHT, H. J., et al. « Differentiation in the Amsterdam methadone dispensing circuit: determinants of methadone dosage and site of methadone prescription », *Addiction*, vol. 93, 1993, p. 61-72.
- LANGENDAM, M. W., GIEL, H. A., et al. « Methadone maintenance treatment and modalities in relation to incidence of HIV: results of the Amsterdam cohort study », *AIDS*, vol. 13, no 13, 1999, p. 1711-1716.

- LANGENDAM, M., VAN BRUSSEL, G., et al. « Methadone Maintenance and cessation of injecting drug use: results from the Amsterdam cohort study », *Addiction*, vol. 95, no 4, 2000, p. 591-600.
- LENTON, S., MCDONALD, D., et al. « Laws Applying To Minor Cannabis Offences In Australia And Their Evaluation ». *The International Journal Of Drug Policy*, no 10, 1999, p. 299-303.
- LENTON, S., KERRY, W., et al. « Citizens Who Inject Drugs: The 'Fitpack' Study », *International Journal Of Drug Policy*, no 11, 2000, p. 285-297.
- LEONARD, L., NAVARRO, C., & PELUDE, L. *Injection Drug Use And Hepatitis C In Canada: The Effectiveness Of Harm Reduction Strategies*, (manuscrit non-publié), Groupe de recherche en santé communautaire, faculté d'Épidémiologie et de Médecine communautaire, Université d'Ottawa, 2000.
- LESSER, R. *Policing Within An Integrated Canadian Drug Strategy*, présentation à la Première conférence canadienne sur l'hépatite C, Kingston, 2001.
- LOWE, D. & COTTON, R. *Hepatitis C: A Review Of Australia's Response*, Department Of Health And Aged Care, Canberra, Commonwealth Department Of Health And Aged Care, 1999.
- LOXLEY, W. « Weed Or Speed? Convicted Drug Dealers' Views Of Substitutions In The Western Australia Illicit Drug Market To 1992 », *International Journal Of Drug Policy*, no 9, 1998, p. 109-118.
- LOXLEY, W. « Doing The Possible; Harm Reduction, Injecting Drug Use And Blood Borne Viral Infections In Australia », *International Journal Of Drug Policy*, no 11, 2000, p. 407-416.
- MACDONALD, M. A., WODAK, A. D., et al. « Hepatitis C virus antibody prevalence among injecting drug users with selected needle and syringe programs in Australia, 1995-1997 », collaboration of Australian NSPs, *Medical Journal of Australia*, vol. 172, no 2, 2000, p. 57-61.
- MACPHERSON, D. *A Framework For Action: A Four Pillar Approach To Drug Problems In Vancouver*, City of Vancouver, 2000.
- MACPHERSON, D. *Comprehensive Systems Of Care For Drug Users In Switzerland And Frankfurt, Germany*, rapport sur la Dixième conférence internationale sur la réduction des méfaits dus aux drogues et la visite des services de réduction des méfaits de Francfort, en Allemagne, Social Planning Department, City Of Vancouver, 1999.
- MARKS, J. « The Heroin Prescribing Programme; Practical Experiences For The Cheltenham Drug Service, England », *The Mutual Prescription Of Narcotics: Scientific Foundations And Practical Experiences*, M. Rihs-Middel Ed., Office fédéral de la santé publique, Berne, 1997.
- MCAMMOND et associés. *Care, Treatment and Support for Injection Drug Users Living with HIV/ AID*, rapport présenté à Santé Canada, 1997.

- MICALLEF, E. *Safe Injection Facilities: Should Victoria Have A SIF Pilot-Trial*, The Lindesmith Center On-Line Library, 1998. <http://www.lindesmith.org/library/>
- MICHELS, I. J. « Report On An Initiative To Separate Out The Market For ‘Soft’ And ‘Hard’ Drugs In Germany », *International Journal Of Drug Policy*, vol. 10, no 4, 1999, p. 305-308.
- MILLARS, J. *Hepatitis and injection drug use in British Columbia – Pay now or Pay Later*, B. C. Ministry of Health, Vancouver, 1998.
- MINISTERIAL COUNCIL ON DRUG STRATEGY. *National Drug Strategic Framework 1998-99 To 2002-03. Building Partnerships*, Commonwealth of Australia, 1998.
- MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT. *Drugs Policy in the Netherlands*, 1997.
- MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT. *Drug Policy in the Netherlands: Progress Report September 1997 – September 1999*, 1999.
- MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT. *Questions and Answers – a Guide to Dutch Drug Policy*, sans date.
- MINO, A. *Analysis Of The Scientific Literature On The Controlled Prescription of Heroin and Morphine*, Office fédéral de santé publique, Berne, 1990.
- MYERS, T., MILLSON, M., RIGBY, J., et al. « A comparison of the determinants of safe injection and condom use among injecting drug users », *Addiction* no 90, 1995, p. 217-226.
- NELLES, J., FUHRER, A., HIRSBRUNNER, H. P. & HARDING, T. W. « Provision Of Syringes: The Cutting Edge Of Harm Reduction In Prison? », *British Medical Journal*, no 317, 1998, p. 270-273.
- NELLES, A., FUHRER, A. & VINCENZ, I. *Prevention Of Drug Use And Infectious Diseases In The Realta Contonal Men’s Prison*, Office fédéral de santé publique, Berne, 1999.
- NICKELS, C. *Drug And Addiction : Report Submitted By The Federal Government’s Drug Commissioner*, ministère fédéral de la Santé, Bonn/Berlin, 9 mars 2000.
- NICKOLAI, M. « Evolution of Frankfurt’s approach to the drug problem », *Methwork*, no 12, août 1997. <http://www.q4q.nl/methwork/>
- OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Study On Assistance To Drug Users In Prisons*, Lisbonne, Portugal, 2001.
- OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Rapport annuel sur l’état du phénomène de la drogue dans l’Union européenne*, Lisbonne, Portugal, 2000.
- OFFICE FÉDÉRAL DE SANTÉ PUBLIQUE SUISSE. *The Swiss Drug Policy: A Fourfold Approach With Special Considerations Of The Medical Prescription Of Narcotics*, Berne, 1999.

- OGBORNE, A. C. & ROSIDI, S. *Treatment Services For Substance Abuse In Canada; Results Of A National Survey* (en préparation), 2001.
- OGBORNE, A. C. & FISCHER, B. *Services For Injection Drug Users In Canada; Results Of A National Survey*, (en préparation), 2001.
- OGBORNE, A. C. & BIRCHMORE-TIMNEY, C. « Support For Harm Reduction Among Staff Of Specialized Addiction Treatment Services In Ontario », *Drug And Alcohol Review*, no 17, 1998, p. 51-58.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Multi-City Study On Drug Injecting And Risk Of HIV Infection*, Genève, 1994.
- OSSEBAARD, H. C. & VAN DE WIJNGAART, G. F. « Purple haze: the remaking of Dutch Drug Policy », *International Journal of Drug Policy*, no 9, 1998, p. 263-371.
- PLOMP, H. N., VAN DER HEK, H. & ADER, H. J. « The Amsterdam methadone dispensing circuit: genesis and effectiveness of a public health model for local drug policy », *Addiction*, vol. 91, no 5, 1996, p. 711-21.
- REIHMAN, K. *Injecting Drug Use and AIDS in Developing Countries: Determinants and Issues for Policy Consideration. Background paper for the Policy Research Group Confronting AIDS*. World Bank, Policy Research Department, 1996.
- REMIS, R., MILLSON, M., & MAJOR, C. *The HIV Epidemic among Injection Drug Users in Ontario: The Situation in 1997*, AIDS Bureau, Ministry of Health, Toronto, 1997.
- REILLY, D. « HIV/AIDS Prevention: Problems And Approaches To Establishing Needle Exchange Programs In Rural Areas », *Australian Health Review*, vol. 13, no 2, 1990, p. 127-132.
- RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH-SIDA. *VIH/sida en prison : les faits*, feuillet d'information, Santé Canada, Ottawa, 1999.
- RIHS-MIDDEL, M. « Medical Prescription Of Narcotics In Switzerland. Basic Issues And Research Plan », *European Journal On Criminal Policy And Research*, no 2, 1995, p.69-83.
- RILEY, D., TEIXEIRA, P. *Paper 3: HIV/AIDS policy issues related to large-scale targeted interventions for injection drug users*, exposé présenté à l'événement *Dialogue on HIV/AIDS: Policy Dilemmas Facing Governments*, Montebello, Québec, 8-10 novembre 1999.
- ROY, D. & CLOUTIER, R. *Utilisation des drogues et épidémie de VIH : un cadre de prévention*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1994.
- ROY, E., et al. *Hépatites B et C chez les jeunes de la rue à Montréal*, Santé Canada, Division du VIH/sida et Division des pathogènes à diffusion hématogène, Ottawa, 1997.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS WORKING GROUP. *Drugs, Dilemmas And Choices*, Gaskill, Londres, 2000.

- SANTÉ CANADA. *Actualités en épidémiologie d'intervention : séroprévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables*, Ottawa, 2000b.
- SANTÉ CANADA. *VIH et sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 1999*, Ottawa, 2000a.
- SARFRAZ, A. & ALCORN, R. J. « Injectable Methadone Prescribing In The United Kingdom: Current Practices And Future Policy Guidelines », *Substance Use and Abuse*, no 34, 1999, p. 1709-1721.
- SCHECHTER, M. T., STRATHDEE, S.A., CORNELISSE, P. G. A., et al. « Do Needle Exchange Programmes Increase The Spread Of HIV Among Injection Drug Users? An Investigation Of The Vancouver Outbreak », *AIDS*, no 13, 1999, p. 45-51.
- SCHMID, M., SIMMERDINGER, R. & VOGT, I. *Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 1998*, ISS, Francfort, 1999.
- SCHNEIDER, W. & STOVER, H. EDS. *Guidelines For The Operation And Use Of Consumption Rooms*, conférence internationale pour le développement de directives, Hanover, Allemagne, 18-19 novembre 1999.
- SINGLE, E., ROBSON, L., XIE, X., REHM, J. « The Economic Costs Of Alcohol, Tobacco And Illicit Drugs In Canada », *Addiction*, vol. 93, no 7, 1992, p. 991-1006.
- SINGLE, E., ROHL, T. *The National Drug Strategy: Mapping the Future*, Australian Government Publishing Services, publication no 2014, Ministerial Council on Drug Strategy, Canberra, 1997.
- SINGLE, E. *The Australian Experience And Its Implications Canadian Drug Policy*, présentation au Special Senate Committee On Drug Policy, 14 mai 2001.
- SINGLE, E. *A Socio-demographic Profile of Drug Users in Canada. HIV/AIDS Prevention and Community Action Programs of Health Canada*, manuscrit non-publié, 2000.
- SPEARS, A. « The British Drug Treatment System: Personal Perspectives », *The Medical Prescription Of Narcotics: Scientific Foundations And Practical Experiences*, M. Rihs-Middel et al. Eds, Office fédéral de santé publique, Suisse, 1997, p. 122-129.
- STARDK, K., BIENZLE, U., VONK, R., & GUGGENMOOS-HOLZMANN, I. « History Of Syringe Sharing In Prison And Risk Of Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus And Human Immunodeficiency Virus Infection Among Injecting Drug Users In Berlin », *International Journal Of Epidemiology*, vol. 26, no 6, 1997, p.1359-1366.
- STARK, K., MULLER, R., WIRTH, D., et al. « Determinants Of HIV Infection And Recent Risk Behaviour Among Injecting Drug Users In Berlin By Site Of Recruitment », *Addiction*, no 90, 1995, p. 1367-1375.

- STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE. *Centres d'injection supervisés : aperçu et expérience internationale*, Santé Canada, Ottawa, 2000.
- STRATÉGIE CANADIENNE SUR LE VIH/SIDA. *Rencontre annuelle de planification de la Stratégie canadienne sur le VIH-sida*, Santé Canada, Ottawa, 2000.
- STRATHDEE, S., PATRICK, D., CURRIE, S., et al. « Needle exchange is not enough: Lessons from Vancouver injecting drug use study », *AIDS*, no 11, 1997, F59-F65.
- STRATTON, E., LIOR, L., GULLY, P., et al. *HIV, HBV and HCV and risk behaviours in a semi-rural community in Canada*, article non-publié, Nova Scotia Department of Health, Halifax, 1997.
- STIMSON, G. V. « AIDS And Injecting Drug Use In The United Kingdom, 1987-1993: The Policy Response And The Prevention Of The Epidemic », *Social Science And Medicine*, no 41, 1995, p. 699-716.
- STOVER, H. & TRAUTMANN, F. *Risk Reduction Activities And Peer Support In Prison, Phase 3 Risk Reduction Activities In Prison*, Trimbos Institute, The Netherlands Institute Of Mental Health And Addiction, Utrecht, Netherlands, 1998.
- STRONG, J. & GOSSOP, M. EDS. *Heroin Addiction And Drug Policy. The British System*, Oxford University Press, Oxford, 1994.
- TANIS, E. « The Dutch heroin experiment has begun », *Euro-Metwork Newsletter*, no 15. <http://www.q4q.nl/metwork/>
- TRAUTMANN, F. *Peer Support – Dutch experiences with AIDS prevention by drug users for drug users*, réimprimé par DrugText, sans date. <http://www.drugtext.org/articles/traut3.html>
- TRAUTMANN, F. *Peer support as a method for risk reduction in IDU communities – experiences in Dutch projects and the European Peer Support Project*. Réimprimé par DugText, sans date. <http://www.drugtext.org/articles/traut5.html>
- TRIMBOS-INSTITUUT. Fact Sheet No. 4: *Addiction care and assistance* (a) Fact Sheet No. 5: *Education and prevention policy alcohol and drugs* (b), Fact Sheet No. 6: *Drugs Nuisance policy* (c), Fact Sheet No. 8: *Drugs nuisance and integrated care* (d), Fact Sheet No. 9: *Drugs policy: the criminal justice and administrative authorities* (e), Fact Sheet No.10: *Hard drugs policy update opiates*, 2000.
- UCHTENHAGEN, A., GATZWILLER, F., DOBLER-MIKADA, A. *Medical Prescription Of Narcotics Research Programme: Final Report Of The Principal Investigators*, Institut de médecine sociale et préventive, Zurich, 1998.
- UNDCP. *Germany: Order Concerning the Prescription, Dispensing and Issue, and Proof of the Storage Location of Narcotic Drugs* (Narcotic Drugs Prescription Order – BtMVV) [1993], 1997. <http://www.undcp.org/>

- UNITED KINGDOM ANTI-DRUGS COORDINATOR. *Tackling Drugs To Build A Better Britain: The Governments 10-Year Strategy For Tackling Drug Misuse*. Government Of The United Kingdom, Londres, 1998.
- VAN AMEIJDEN, E. J. C., VAN DEN HOEK, J. A. R., VAN HAASTRECHT, H. J. A. & COUTINHO, R. A. « The Harm Reduction Approach and Risk Factors for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Seroconversion in Injecting Drug Users, Amsterdam », *American Journal of Epidemiology*, no 136, 1992, p. 236-243.
- VAN AMEIJDEN, E. J. C., KROL, A., VLAHOV, D., et al. « Pre Aids Mortality and Morbidity among Injection Drug Users in Amsterdam and Baltimore: An Ecological Comparison », *Substance Use and Misuse*, no 34, 1999, p. 845-865.
- VAN DEN BRINK, W., HENDRIKS, V. M., BLANKEN, P. & VAN REE J. M. « Dutch Research on the effectiveness of medical prescription of heroin; background, research design and preliminary results », résumé en néerlandais, *Ned tijdschr Geneeskd*, vol. 144, no 3, 2000, p. 108-112.
- VAN DER GOUWE, D. *Interest Promotion as (Activist) Employment for Hard Drug Users*, rapport non-publié, 2000.
- VAN BRUSSEL, G. « Methadone Treatment by General Practitioners in Amsterdam », *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 72, no 2, 1995, p. 348-358.
- VAN BRUSSEL, G. H. A. & BUSTER, M. C. A. *Care for the future: opiate addicts in Amsterdam, trends & figures, 96, 97, 98*, Municipal Health Services, Amsterdam, 1999.
- VERTHEIN, U., KALKE, J. & RASCHKE, P. « Substitution treatment with methadone in Germany: politics, programs and results », *International Journal of Drug Policy*, no 9, 1998, p. 71-78.
- VLOEMANS, F. *Medical Prescription of heroin in the Netherlands*, présenté à un colloque sur le traitement des toxicomanes par prescription d'héroïne, Berne, 10-12 mars 1999.
- VOGT, I. & MARTIN, S. « Illicit Drugs In Germany And The Emergence Of The Modern Drug Treatment System », *Drug Treatment Systems, An International Perspective*, Harald Klingman & Geoffrey Hunt Eds, Sage Publications, Thousand Oaks, 1998.
- WALL, R., REHM, J., FISCHER, B., et al. « Social Costs Of Untreated Opioid Dependence », *Journal of Urban Health*, vol. 77, no 4, 2000, p. 688-722.
- WARD, J. I., VAN GEEK, R., MATTICK, P. HIL & KALDOR, J. *A controlled study of methadone maintenance in primary health care setting with young*, rapport technique no 41, National Drug and Alcohol Research Centre, 1996. <http://www.med.unsw.edu/au/ndarc/publications/TECHNICALREPORT41.htm>

- WARNER-SMITH, M., LYNKEY, M., DARKE, S. & HALL, W. *Heroin Overdose: Prevalence, Correlates, Consequences And Interventions*, abrégé de la monographie no 46, National Drug And Alcohol Research Centre, 2000.
- WEBER, U. « Maintenance With Codeine In Germany. The Supportive Position », *Methwork Newsletter*, no 12, 1997. <http://www.q4q.nl/methworl/>
- WEBER, U. & SCHNEIDER, W. « Syringe Exchange In Germany », *Substance Use & Misuse*, vol. 33, no 5, 1998, p. 1093-1112.
- WHYNOT, E. « Women who use injection drugs: The social context of risk », *Canadian Medical Association Journal*, no 159, 1998, p. 355-358.
- WIEBE, J. *Moyens de joindre les utilisateurs de drogues injectables*, préparé pour le Programme de prévention, de soutien et de recherche sur l'hépatite, Santé Canada, 2000.
- WIEBE, J. & SINGLE, E. *L'hépatite C et l'utilisation des drogues injectables au Canada : document de travail*, préparé pour le Programme de prévention, de soutien et de recherche sur l'hépatite, Santé Canada, 2000.

# Annexe A

## Exemple de courriel aux répondants<sup>18</sup>

---

Cher, chère,

Je vous écris pour vous demander un interview téléphonique en rapport avec un projet portant sur l'utilisation des drogues injectables que mes collègues et moi entreprenons pour Santé Canada.

Ce ministère a commandé une étude des facteurs contextuels (sociaux et politiques) qui entourent l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des programmes de réduction des méfaits en matière d'utilisation des drogues injectables en Grande-Bretagne, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suisse et en Australie. Le but de l'étude est de définir pour le Canada des options qui permettront de favoriser l'adoption d'initiatives en réduction des méfaits, en s'appuyant sur l'expérience d'autres pays.

L'étude comporte deux étapes : dans la première, nous procédons à l'étude de publications et de rapports sur le sujet. Par la suite, nous comptons interviewer des personnes-clés (par courriel ou par téléphone), afin d'obtenir une perspective plus large des facteurs qui ont contribué à encourager ou à freiner l'élaboration, la mise en œuvre et la viabilité des initiatives de réduction des méfaits dans chacun des pays étudiés.

Je communique aujourd'hui avec vous pour obtenir votre accord à l'entrevue (probablement en mars ou avril) et pour vous demander si vous pourriez me suggérer le nom d'autres personnes, en Grande-Bretagne, auxquelles vous croyez que nous devrions également parler. Acceptez-vous de nous aider? Si c'est le cas, veuillez m'en informer le plus rapidement possible : je vous recontacterai par courriel pour fixer le moment de l'entrevue. Vous trouverez ci-dessous la liste des sujets d'intérêt. Je ne m'attends pas à ce que vous nous donniez votre opinion sur tous ces sujets, ni que vous vous y limitiez. Je préférerais plutôt que vous me parliez des facteurs qui exercent le plus d'influence sur la réduction des méfaits dans votre pays, et des améliorations qui pourraient être apportées à la performance du Canada en la matière.

Voici certaines questions et certains sujets d'intérêt :

- Quelles sont les tendances dans l'utilisation des drogues injectables et les problèmes qui en découlent (comme le VIH, le VHC et les surdoses)?
- Quelle est la situation actuelle de la réduction des méfaits dans votre pays?

---

18 Les courriels ont été personnalisés selon les intérêts connus des répondants et la préférence des intervieweurs.

- En matière de drogues, quelles sont les politiques adoptées et par quelle administration :
  - nationale
  - régionale
  - application de la loi
  - santé
  - aide sociale
- Relations avec d'autres initiatives de politiques régionales ou nationales?
- Quelles sont les ressources disponibles et d'où viennent-elles?
- Initiatives précises (oui/non, qui les fournit, sont-elles accessibles/un succès?)
  - échange d'aiguilles
  - échange de seringues
  - méthadone à seuil haut
  - méthadone à seuil bas
  - centres d'injection supervisés
  - services d'approche
  - prescription d'héroïne/d'autres drogues
  - programmes/politiques particuliers en milieu carcéral
- Comment les facteurs contextuels suivants ont-ils influencé la politique et la programmation et comment a-t-on répondu aux obstacles :
  - questions de compétences en matière de traitement des toxicomanies, réduction des méfaits et sujets connexes
  - en réduction des méfaits, idéologies, rôles, influence et vision des principaux intervenants (ex. : profession médicale, autres domaines de traitement, corps policier, groupes d'intérêt)
  - influence de l'opinion publique et des médias
  - initiatives dans le cadre d'autres politiques
  - préoccupations des collectivités affectées
  - accès aux services médicaux et de santé (y compris les services de traitement des toxicomanies)
  - influence des études pilote, de la recherche et de l'évaluation
  - événements qui peuvent avoir ouvert ou fermé la porte à de nouvelles politiques et de nouveaux programmes de réduction des méfaits
- Jusqu'à quel point l'utilisation des drogues injectables est-elle considérée comme un problème de santé?
- Rapports dont nous devrions absolument prendre connaissance
- Personnes-clés que nous devrions contacter

# Annexe B

## Principaux répondants et autres personnes avec qui le projet a fait l'objet de discussions<sup>19</sup>

---

### Canada

- D<sup>f</sup> Perry Kendal
- D<sup>f</sup> Pat Erickson, CTSM
- D<sup>f</sup> Bruna Brands, CTSM
- Paddy Meade, p.-d. g., AADAC
- John Borody, p.-d. g., AFM
- Michel Perron, p.-d. g., CCLT
- Rick Mchutchison
- D<sup>f</sup> Eric Single

### Grande-Bretagne

- D<sup>f</sup> Gerry Stimson, directeur, Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Department of Psychiatry, Charing Cross and Westminster Medical School
- D<sup>f</sup> Michael Farrel, National Research Centre, Institute of Psychiatry, Londres
- D<sup>f</sup> Peter Fleming, Drug and Alcohol Services, Portsmouth
- D<sup>f</sup> Niel McKageny, Université de Glasgow
- D<sup>f</sup> John Merrill, directeur, Drug Treatment Service, Manchester
- M. John Sayer, Superintendent of Police, Merseyside
- M<sup>me</sup> Jill Britton, Drugscope

### Suisse

- D<sup>f</sup> Margaret Rihs, Office fédéral de santé publique suisse
- D<sup>f</sup> Christopher Eastus, Office fédéral de santé publique suisse
- D<sup>f</sup> Harald Klingemann, chercheur
- M. Christian Buschan, Office fédéral de la police, politique et gestion

---

<sup>19</sup> Des collègues nous ont offert des renseignements et des conseils utiles sur certains aspects du projet, mais n'ont pas tous été officiellement interviewés.

## **Pays-Bas**

- D<sup>r</sup> Franz Trautman, directeur, Substance Abuse and Risk Reduction, Trimbos Institute, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
- D<sup>r</sup> G. van Brussel, directeur médical, programmes sur les drogues, Service de santé de la Ville d'Amsterdam
- Gert Bogers, ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports
- Hugo van Aalderen, Fondation Mainline
- Daan van der Gowe, LSD (groupe d'intérêt national des utilisateurs de drogues néerlandais)

## **Allemagne**

- D<sup>r</sup> Heino Stoever, Université Carl von Ossietzky, Oldenburg, Basse-Saxe
- D<sup>r</sup> Irmgard Vogt, Université des Sciences appliquées, faculté de Travail social, Francfort
- Heinz-Harald Koerner, procureur général, Francfort
- Astrid Leicht, Fixpunkt, Berlin
- Martin Koehler, ministère de la Santé, Bonn

## **Australie**

- D<sup>r</sup> Robert Ali, Drug and Alcohol Services Council, Adélaïde
- D<sup>r</sup> Alex Wodak, directeur, Alcohol and Drug Service, St. Vincent's Hospital, Sydney
- D<sup>r</sup> Gabriele Bammer, directeur par intérim, National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University, Canberra
- D<sup>r</sup> Wayne Hall (par courriel), directeur administratif, National Drug and Alcohol Research Centre, Sydney
- M Margaret Hamilton, directrice, Turning Point Alcohol and Drug Centre, Fitzroy, Victoria