



Instituts de recherche
en santé du Canada

Canadian Institutes
of Health Research

Canada

Instituts de recherche en santé du Canada



Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies
(INSMT)

**Initiative en matière de
prévention et de traitement
des toxicomanies**

Rapport de l'atelier

**Ottawa, Ontario
12 et 13 octobre 2010**

Table des matières

Introduction	1
Partie I : Mise en contexte	1
Mot d'ouverture	1
Présentations.....	2
Équipe des IRSC sur la recherche transdisciplinaire sur la conduite avec les facultés affaiblies : survenue, persistance, prévention et traitement	2
Fondements neurobiologiques des effets de la méthamphétamine (méth en cristaux) : étude comportementale et électrophysiologique	5
Comprendre l'usage concomitant de plusieurs substances : schémas et conséquences de l'usage de mélanges de substances chez les consommateurs de drogues illicites	7
Équipe des IRSC sur le traitement des toxicomanies	10
Usage à des fins non médicales des analgésiques opioïdes sur ordonnance au Canada : aspects épidémiologiques, méfaits et interventions	11
Séances en petits groupes	14
Partie II : Tournés vers l'avenir	17
Présentations.....	17
Programme d'épidémiologie clinique de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa	17
Santé Canada, Bureau de la recherche et de la surveillance des drogues et de l'alcool..	18
Service correctionnel du Canada (SCC), Centre de recherche en toxicomanie.....	20
Séances en petits groupes	23
Mot de la fin.....	27
Annexes	28
Annexe 1 : Ordre du jour	28
Mardi 12 octobre	28
Mercredi 13 octobre	29
Annexe 2 : Liste des participants	30

Introduction

À Ottawa, les 12 et 13 octobre 2010, quelque 25 chercheurs universitaires, représentants du gouvernement et autres intervenants ayant un intérêt pour les toxicomanies ou de l'expertise dans ce domaine se sont rencontrés à l'occasion du premier Atelier sur l'initiative en matière de prévention et de traitement des toxicomanies. Cet événement était organisé par l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT), l'un des 13 Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Par l'intermédiaire des fonds octroyés par la Stratégie nationale antidrogue (SNA) pour les exercices 2007-2012 et de subventions provenant de l'administration centrale des IRSC et de l'INSMT, les IRSC appuient plusieurs études sur la prévention et le traitement des toxicomanies. Cet atelier était l'occasion pour les chercheurs bénéficiaires de trois subventions d'équipes et de deux subventions catalyseurs dans ce domaine de faire le point sur leurs travaux et, pour tous les participants, de se livrer à un exercice de remue-méninges sur les sujets de recherche auxquels l'INSMT devrait accorder la priorité pour les cinq prochaines années. Le présent rapport est un résumé des faits saillants des présentations et des discussions de l'atelier.

Partie I : Mise en contexte

Mot d'ouverture

Le Dr Anthony Phillips, directeur scientifique de l'INSMT, a souhaité la bienvenue aux participants en soulignant la présence de plusieurs de ses collègues des autres instituts des IRSC et de partenaires de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Il a déclaré que la recherche sur la toxicomanie avait toujours été un des domaines de prédilection de l'INSMT et qu'il avait été heureux de voir naître la SNA et émerger des partenariats pour s'attaquer à cette question majeure, qui est liée à la santé mentale. Il a affirmé que l'INSMT était fier d'avoir participé activement à la SNA depuis sa mise en œuvre en 2007. Dans les années qui ont suivi, l'INSMT a contribué à appuyer trois subventions d'équipe, neuf subventions catalyseurs, une subvention sur la synthèse des connaissances et un financement temporaire pour la recherche dans ce domaine, et a obtenu par effet de levier des contributions additionnelles provenant de partenariats avec le secteur privé.

Il a affirmé que c'était une journée importante parce qu'elle allait permettre à l'INSMT et à ses partenaires d'examiner en profondeur les recherches effectuées par les équipes subventionnées, et donner l'occasion aux participants de réfléchir à des questions translationnelles vitales et à la manière d'appliquer ces connaissances aux politiques et aux pratiques à l'étape suivante, si la SNA est renouvelée en 2012. Un second volet important de cette rencontre était d'obtenir l'avis des participants quant aux priorités de la recherche que devrait se fixer l'INSMT en élaborant son plan stratégique pour les cinq prochaines années. Le Dr Phillips a souligné que, même s'il s'agissait d'un événement modeste, c'était une première étape d'une importance vitale sur la voie de ce qu'il entrevoyait comme une consultation nationale continue.

Présentations

Cinq chercheurs principaux qui prennent part aux efforts de recherche financés par l'initiative IRSC/SNA ont fait le point sur leurs travaux. On trouvera ci-après un résumé de la présentation de chacun d'eux, ainsi que les points clés de la discussion qui ont été soulevés en assemblée plénière.

Équipe des IRSC sur la recherche transdisciplinaire sur la conduite avec les facultés affaiblies : survenue, persistance, prévention et traitement

- Dr Thomas Brown, Directeur, Programme de recherche sur la toxicomanie (Centre de recherche de l'Institut Douglas et Centre de réadaptation en dépendances, Pavillon Foster)

Chaque année, les accidents de la route font 1,2 million de morts et 20 à 50 millions de blessés dans le monde. Cette cause représente le neuvième fardeau sur le système de santé par ordre d'importance décroissante à l'échelle mondiale et devrait remonter à la troisième place d'ici 2020. En Amérique du Nord, plus d'un tiers des décès liés à la circulation routière sont associés à la conduite avec les facultés affaiblies (CFA) et concernent majoritairement des récidivistes. Il est urgent que le Canada se dote de stratégies efficaces pour réduire la CFA et qu'il développe sa capacité d'application des connaissances, compte tenu du retard qu'il accuse dans ce domaine par rapport à d'autres pays développés. Le problème de la CFA est également pressant dans les pays en développement, où l'accès aux véhicules privés ne cesse de se répandre. La complexité de ce problème et la multiplicité des systèmes et des disciplines qui le sous-tendent ayant été reconnues, on a mis sur pied une initiative de recherche transdisciplinaire. Son but est d'examiner différentes facettes de la CFA, y compris ses

facteurs de causalité et ceux du récidivisme, afin de pouvoir proposer des solutions pragmatiques et éclairées par des données probantes.

Par exemple, grâce à des analyses neurobiologiques et neuropsychologiques, l'équipe de recherche a constaté que, chez les récidivistes invétérés, les réponses hormonales au stress sont moins importantes et la performance en matière de prise de décisions est moins efficace que chez les témoins en bonne santé. Ces deux caractéristiques sont associées à un comportement à risque d'une manière générale. Ces observations ont également des conséquences pratiques : tout d'abord, elles peuvent conduire à l'élaboration de méthodes de dépistage plus précises pour reconnaître les individus responsables d'une première infraction susceptibles de récidiver, permettant d'intervenir plus tôt et plus efficacement; deuxièmement, les politiques et les programmes actuels en matière de CFA, qui mettent l'accent sur la punition et sur les avantages à long terme de la prudence au volant, pourraient en fait être incompatibles avec le caractère distinct de ce groupe à haut risque sur les plans neurobiologique et neuropsychologique, ce qui pourrait nuire à leur efficacité.

Plusieurs projets pilotes faisant appel à un appareil de simulation de la conduite sont en cours afin d'examiner de plus près les interactions entre différents facteurs tels que l'impulsivité, la réactivité, la sensibilité à la gratification, la consommation d'alcool, le genre/sexe et la présence de passagers sur les comportements dangereux au volant chez les jeunes adultes et les récidivistes de la CFA.

Points clés de la discussion

- L'interaction entre le conducteur et l'usage de drogues licites et illicites et ses conséquences sur l'affaiblissement des facultés varie considérablement d'un individu à l'autre. Pour cette raison, il est difficile de comprendre le rôle des différentes drogues dans la conduite et la CFA et d'établir des normes en matière d'affaiblissement des facultés comparables à celles qui ont été définies pour l'alcool.
- Lorsqu'un conducteur échoue un test par éthylomètre ou un alcootest, il est immédiatement invité à subir une évaluation toxicologique lors de laquelle des analyses de sang permettent de déceler la présence d'alcool et d'un grand nombre de drogues. Cependant, lorsqu'on détecte la présence à la fois d'alcool et de drogues, c'est la présence d'alcool et la poursuite judiciaire pour ce motif qui constituent la démarche normale.
- Il y a lieu de croire que la tolérance zéro imposée aux jeunes conducteurs ou aux titulaires d'un permis probatoire est appropriée et acceptée; il n'est pas réaliste de maintenir la tolérance zéro au-delà d'une certaine période (p. ex. 6 à 12 mois

après l'obtention du permis de conduire). Une des difficultés est de déterminer à quel moment il est prudent d'augmenter la limite de la concentration d'alcool dans le sang autorisée par la loi : les jeunes sont plus susceptibles de voir leurs facultés affaiblies avec une dose d'alcool beaucoup plus faible que les adultes; de plus, l'alcool interagira vraisemblablement avec leur inexpérience, leur tendance à la prise de risques et leur vulnérabilité à la distraction (p. ex. passagers adolescents, envoi de messages textes).

- Il existe de nombreuses méthodes permettant de réduire les accidents et la CFA (p. ex. réduction de la puissance des véhicules, installation à bord de dispositifs permettant de mesurer l'alcoolémie), mais celles-ci ne sont pas toujours faciles à mettre en œuvre à cause de problèmes importants d'ordre technique ou économique, ou de difficultés tenant au marketing ou à l'application de la loi.
- Jusqu'ici, les politiques concernant la CFA s'articulaient autour de la dissuasion; cependant, d'après les données probantes recueillies par l'équipe de recherche, les approches fondées sur une expérience gratifiante semblent être bénéfiques chez les conducteurs les plus à risque de CFA. La difficulté réside dans la manière de conjuguer ces deux approches pour réaliser des progrès tangibles.
- L'équipe de recherche, de même que d'autres chercheurs, s'intéresse de plus en plus à la question des interactions entre différents taux d'alcool et différentes caractéristiques personnelles susceptibles d'engendrer un comportement à haut risque.
- L'un des principaux centres d'intérêt de l'équipe de recherche est la prise de décisions qui survient bien avant l'événement de CFA. Un aspect clé est de comprendre ce qui amène un individu à se retrouver dans une telle situation, alors qu'il savait pertinemment, comme tout le monde, qu'il ne devait pas agir ainsi.
- L'équipe a utilisé la concentration de cortisol dans la salive comme marqueur neurobiologique du risque. Toutefois, le cortisol est un marqueur non spécifique de plusieurs problèmes de santé mentale et de comportement. Une des principales difficultés est de déterminer quels renseignements fournit la concentration de cortisol dans le cheminement vers la CFA. Une hypothèse à laquelle s'intéresse l'équipe est que le manque de réactivité émotionnelle chez certains individus confrontés à des événements stressants peut avoir des conséquences sur leur mémoire et leur capacité de tirer des enseignements des expériences passées. Ainsi, chez les individus ayant de telles caractéristiques, l'arrestation et la condamnation pour CFA peuvent ne pas engendrer chez eux suffisamment de stress pour les décourager d'avoir à nouveau ce type de comportement ou pour les inciter à apprendre à l'éviter à l'avenir. Une autre possibilité est que les récidivistes de la CFA présentent un niveau de réactivité

émotionnelle inférieur à celui des conducteurs normaux et qu'ils adoptent des comportements à risque afin d'atteindre un niveau optimal de réactivité.

- Les récidivistes de la CFA ont en général vécu des traumatismes et des privations dès le début de leur vie, ou ont été exposés à l'alcool durant les premières phases de leur développement neural. Le rôle que pourrait avoir la convergence de ces multiples facteurs dans l'adoption de comportements de CFA est le sujet d'une étude longitudinale qui est en cours.
- La Chine a récemment mis en œuvre une interdiction totale de l'alcool au volant; cette mesure pourrait être un cas type intéressant.
- Les résultats préliminaires de l'équipe de recherche sur les différences entre hommes et femmes en matière de CFA appuient l'hypothèse selon laquelle les récidivistes de la CFA de sexe masculin présentent des déficits de la fonction exécutive (auto-régulation), tandis que chez les femmes, il s'agit plutôt d'un problème de santé mentale et d'abus d'alcool.

Fondements neurobiologiques des effets de la méthamphétamine (méth en cristaux) : étude comportementale et électrophysiologique

- Dr Éric Dumont, professeur adjoint, Center for Neuroscience Studies, Université Queens

Cette étude vise à mieux comprendre les substrats neuraux (moléculaires, cellulaires, circuits) sous-tendant les effets aggravants du stress sur la dépendance et, en particulier, à comparer les effets de la méthamphétamine et de la cocaïne sur le cerveau. Ces psychostimulants monoaminergiques agissent en augmentant les taux de dopamine et de noradrénaline. Lorsque les concentrations de ces drogues chutent, la voie biochimique de la récompense du cerveau détecte une perturbation de l'homéostasie (stress) et déclenche une réponse physiologique et comportementale visant à rétablir celle-ci. Les rats qui ont été conditionnés à s'auto-administrer des drogues en appuyant sur un levier le font aussi souvent que nécessaire pour rétablir les concentrations de ces substances.

La méthamphétamine est beaucoup plus puissante que la cocaïne en raison de son mécanisme d'action, qui consiste à provoquer la libération de dopamine; par conséquent, une quantité moindre de cette substance est nécessaire pour obtenir le même degré de plaisir. De surcroît, la méthamphétamine est aussi beaucoup moins chère, ce qui aggrave encore le problème. Des chercheurs ont analysé des sections transversales du cerveau ainsi que l'activité neuronale dans les voies biochimiques cérébrales de la récompense et ont observé que l'auto-administration de psychostimulants a pour effet de changer la manière dont la dopamine module la transmission synaptique inhibitrice dans le cerveau. L'introduction d'inhibiteurs de la

tyrosine kinase c-Src dans le cerveau a réduit le comportement (autrement dit, les rats ont cessé d'appuyer sur le levier plus tôt), ce qui indique qu'ils pourraient être une cible thérapeutique pour cette forme de dépendance. En conclusion, il est crucial de pouvoir dissocier les mécanismes cérébraux de la motivation naturelle de ceux ciblés par les drogues créant une dépendance, et il est tout aussi important d'étudier les mécanismes neuronaux associés sélectivement à la dépendance, plutôt que celle des contre-adaptations déclenchées par des doses de drogues administrées par l'expérimentateur. L'objectif de l'équipe pour les cinq prochaines années est d'exposer des rats à des facteurs de risque (p. ex. stress au début de la vie) et de voir si cette exposition a des répercussions sur leur comportement. On sera ainsi en meilleure position pour déterminer la durée/résilience des changements neuronaux associés aux psychostimulants et leur rôle dans la prédisposition ou la vulnérabilité à une rechute. Il sera utile, pour élaborer des interventions préventives, de savoir si ces changements peuvent être modifiés.

Points clés de la discussion

- Cette région du cerveau revêt une grande importance dans les modèles animaux en ce qui concerne les rechutes. Si elle présente une lésion, les rats ne font pas de rechute même s'ils sont exposés à des facteurs de stress qui devraient normalement les amener à reprendre leur habitude. Ces mécanismes pourraient donc présenter un avantage à cet égard.
- À l'heure actuelle, quatre inhibiteurs de la tyrosine kinase c-Src font l'objet d'essais cliniques dans le traitement du cancer; leur innocuité devrait donc être connue sous peu.
- Les rats de ce type particulier ont une excellente capacité d'apprentissage des tâches faisant appel à des appareils et finissent tous par apprendre à appuyer sur le levier pour obtenir de la drogue. Si nous séparions les populations en fonction de la dépendance, en grands consommateurs et en faibles consommateurs, nous pourrions obtenir des renseignements plus détaillés, mais nous n'en sommes pas encore là.
- Il est à ce stade prématuré de tenter de comprendre les mécanismes au niveau des réseaux neuronaux, car cela n'est pas possible à l'aide de coupes transversales du cerveau. On tente en ce moment d'élaborer des techniques d'enregistrement in vivo qui pourraient nous permettre de voir la réponse du réseau neuronal diminuer ou augmenter.

Comprendre l'usage concomitant de plusieurs substances : schémas et conséquences de l'usage de mélanges de substances chez les consommateurs de drogues illicites

- Sean Barrett, professeur agrégé, Département de psychologie, Université Dalhousie

L'une des questions les plus complexes en matière de toxicomanie est l'élaboration de modèles reflétant la manière dont les utilisateurs consomment réellement les drogues. Si les utilisateurs de drogues illicites consomment souvent plusieurs substances différentes, la plupart des outils d'évaluation existants mettent cependant l'accent sur la structure de chaque substance, et rares sont les données sur la mesure dans laquelle la consommation de plusieurs substances contribue aux différents problèmes et méfaits liés aux drogues. Les études antérieures présentaient plusieurs lacunes, notamment parce qu'elles s'appuyaient sur des échantillons de sujets « relativement hautement fonctionnels », mettaient l'accent sur la co-administration d'un petit nombre de substances seulement, ne faisaient pas de distinction entre l'utilisation concomitante et simultanée de plusieurs substances, et ne prenaient pas en considération l'ordre et les voies d'administration des substances consommées en concomitance, qui peuvent avoir une incidence sur la nature des interactions entre les différentes substances (p. ex. l'alcool et la cocaïne consommés dans cet ordre atteignent le cerveau plus rapidement que s'ils sont pris dans l'ordre inverse). Pour commencer à s'attaquer à ces questions, on est en train de recueillir des données dans différentes populations toxicomanes au moyen d'entrevues (plus de 250 réalisées à ce jour) portant sur les détails relatifs à des événements dont se souviennent les répondants et qui présentent une pertinence clinique (p. ex. première ou dernière consommation d'une substance, cas de surdose). Les autres éléments clés sont les antécédents d'usage de substances durant la vie et les modules propres au type de drogue et à leur mode de consommation.

Les premières observations indiquent que les individus gravement dépendants sont en mesure de fournir des données fiables au sujet des habitudes en matière d'utilisation de mélanges de drogues, mais que les habitudes en matière de co-administration de certaines drogues varient en fonction du niveau d'exposition aux drogues et de leurs voies d'administration. Par exemple, dans le cas des opioïdes injectables, presque tous les participants ont fait état d'une co-administration de tabac lors de leur première consommation et de leur plus récente consommation de ces substances, alors que l'alcool et le cannabis étaient plus susceptibles d'être co-administrés lors de la première consommation, et le crack plus souvent co-administré lors de l'usage le plus récent. En outre, on a observé des habitudes de co-administration différentes pour la cocaïne en poudre et le crack, la première étant plus fréquemment consommée avec l'alcool et le cannabis, et l'autre, avec les benzodiazépines et les opioïdes vendus sur ordonnance.

Les principaux enseignements tirés de ces recherches sont la nécessité de limiter la durée des entrevues, de dispenser une formation aux intervieweurs et d'envisager des moyens plus efficaces pour enregistrer les réponses (p. ex. en utilisant l'informatique). On prévoit élargir la portée de l'étude au-delà des échantillons locaux, élaborer un manuel d'utilisation et offrir des ateliers aux dispensateurs de traitements.

Points clés de la discussion

- Si l'on observe une co-administration d'alcool chez la majorité des utilisateurs de cocaïne, cette situation devrait être recréée dans des modèles animaux afin qu'ils reflètent la réalité.
- La plupart des consommateurs de drogues sont au départ des fumeurs, et les taux d'usage du tabac augmentent lors des séances de consommation de drogues. Il semblerait que la nicotine renforce la dépendance à l'égard de la drogue dans le cerveau. Assurément, la consommation d'autres drogues influe sur le comportement en matière d'usage du tabac, et il est possible que la réciproque soit également vraie.
- L'expression « polytoxicomane » a une portée très large. Il serait utile de la diviser en plusieurs sous-catégories.
- Les profils d'utilisation et la disponibilité des drogues ont considérablement évolué au fil des années; il est donc probable que des changements importants se sont produits depuis le premier épisode de consommation de drogues de ces individus. Par exemple, il y a 20 ans, un adolescent serait passé du cannabis à une substance hallucinogène comme le LSD; en revanche, il y a 10 ans, il serait plutôt passé à l'ecstasy.
- Il semble que les trajectoires en matière d'usage de drogues ne soient pas les mêmes pour les deux sexes, les femmes commençant à un âge plus jeune à consommer des drogues plus dures que les hommes. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par les personnes avec qui elles vivent et par le fait que les jeunes femmes tendent à avoir des relations amoureuses avec des hommes plus âgés, ce qui pourrait les amener à consommer de telles drogues à un âge plus précoce.
- La pureté des substances consommées et leur composition réelle rendent les études encore plus complexes, car certaines drogues comme l'ecstasy présentent une grande variabilité.
- Dans les protocoles de traitement, on tend à s'intéresser surtout à la principale substance consommée, alors qu'on peut avoir une dépendance à l'égard de plusieurs substances (p. ex. l'alcool et le tabac). Pour pouvoir intégrer l'usage de

substances multiples aux interventions, nous devons savoir comment celles-ci interagissent, car il pourrait être nécessaire de cibler en premier lieu l'une de ces substances (p. ex. si le tabac intensifie l'effet de renforcement des autres drogues ou accroît la dépendance à leur égard, cette substance doit être ciblée en premier).

Équipe des IRSC sur le traitement des toxicomanies

- Dre Kathryn Gill, Directrice de la recherche, Unité des toxicomanies, Centre universitaire de santé McGill

L'abus d'alcool, de tabac et d'autres substances est fréquent dans le contexte des soins primaires, et l'usage de substances est souvent lié aux symptômes présentés par le patient lors de la consultation. Par conséquent, l'intervention en soins primaires peut réduire les conséquences à long terme de l'abus de substances, ce qui peut se traduire par une réduction des coûts et par une amélioration de la qualité de vie. Si bon nombre de recherches ont montré l'efficacité des interventions multiples (et des interventions de courte durée en soins primaires), les efforts visant à inciter les médecins de première ligne à s'en prévaloir ont été pratiquement vains. Les interventions élaborées à partir des recherches sont souvent considérées comme étant incompatibles avec la pratique clinique parce qu'elles ne tiennent pas compte de la culture et du contexte propres aux services communautaires.

Cette initiative de mise en application des connaissances vise à étudier le processus de mise en œuvre d'un programme de traitement des toxicomanies (comprenant des interventions de courte durée) fondé sur des données probantes dans trois cliniques de soins primaires au centre-ville de Montréal et à mesurer son efficacité en fonction des changements sur le plan de la prestation des soins de santé, de sa durabilité et des résultats pour les patients. Durant la phase de mise en œuvre, l'équipe s'appuie sur une stratégie intégrée d'application des connaissances (iAC) pour élaborer des mécanismes collaboratifs d'échange d'information entre chercheurs, spécialistes des toxicomanies et praticiens de première ligne. Dans le volet recherche, on examine directement le processus de mise en pratique des connaissances et les obstacles au transfert au moyen de méthodologies tant qualitatives que quantitatives.

L'étude vise plusieurs buts axés sur le traitement : étudier l'efficacité du programme iAC et son processus de mise en œuvre dans les trois centres choisis; comprendre le processus de mise en pratique des connaissances et ses difficultés; diffuser l'information acquise dans tout le réseau. On teste également plusieurs hypothèses pour expliquer la lenteur de l'adoption des interventions, notamment les difficultés de mise en œuvre, les défis d'ordre organisationnel, les questions financières et l'incompatibilité avec les convictions des cliniciens.

Le processus iAC a déjà donné lieu à la mise sur pied d'une équipe de 12 cliniciens, membres des trois cliniques, qui se rencontrent périodiquement pour discuter des cas et travailler à l'élaboration du programme et à la formation en matière de toxicomanie et de santé mentale. On est en train de créer un site Web externe qui présentera les produits liés à la recherche, et l'élaboration de documents de formation à partir des résultats de la recherche se poursuit. À plus long terme, on prévoit organiser une conférence et des ateliers, et élaborer un nouveau programme d'intervention s'adressant plus particulièrement aux dispensateurs de soins à domicile.

Usage à des fins non médicales des analgésiques opioïdes sur ordonnance au Canada : aspects épidémiologiques, méfaits et interventions

- Dr Benedikt Fischer, Université Simon Fraser, Chaire en santé publique appliquée IRSC/ASPC, Centre for Applied Research in Addictions and Mental Health

Si l'usage à des fins non médicales des analgésiques opioïdes sur ordonnance n'a pris des dimensions inquiétantes qu'au cours des 10 dernières années, cette pratique a cependant des répercussions graves et accapare une grande partie de l'attention en matière d'abus de substances. En Amérique du Nord, la population générale fait une plus grande consommation de ces médicaments à des fins médicales que partout ailleurs dans le monde. En raison de la saturation du marché des opioïdes au Canada et aux États-Unis, il est facile de se procurer ces produits à des fins de mésusage, d'abus et de détournement. Le fait que les spécialistes du traitement de la douleur se soient battus pour que les opioïdes soient plus accessibles rend le problème encore plus complexe et difficile à régler, puisque toute restriction de la disponibilité de ces produits pourrait avoir d'autres répercussions négatives.

On savait peu de choses au sujet de l'étendue du problème des opioïdes jusqu'à une explosion du nombre de publications scientifiques sur cette question aux États-Unis faisant état d'une augmentation spectaculaire du nombre de nouveaux toxicomanes consommant des médicaments psychothérapeutiques. Aujourd'hui, aux États-Unis, le nombre annuel de nouveaux cas de toxicomanes consommant des opioïdes sur ordonnance dépasse celui de la population existante d'héroïnomanes. Le nombre de décès imputables à une surdose d'opioïdes sur ordonnance a également augmenté de façon marquée et représente aujourd'hui la deuxième cause de mort accidentelle chez les adultes d'âge moyen en bonne santé aux États-Unis. De même, ces dernières années, le nombre d'admissions dans des établissements de traitement et celui des décès accidentels liés aux opioïdes sur ordonnance ont augmenté en flèche en Ontario. Si l'ampleur du problème aux États-Unis est impressionnante, elle n'a pas encore été

évaluée au Canada. Il existe d'importantes lacunes sur le plan des données en Ontario; de plus, les méthodes de collecte des données varient d'une province à l'autre, les bases de données existantes ne sont pas compatibles et les définitions (p. ex. décès imputable à une surdose) ne sont pas uniformes.

Les cinq projets en cours dans le cadre de cette subvention visent à donner suite au besoin impératif de décrire la nature du problème au Canada et à élaborer des interventions efficaces à cette fin. L'étude OPICAN réalisée auprès des toxicomanes de la rue consommant des opioïdes de 2001 à 2005 a montré que dans plusieurs grands centres urbains (p. ex. Edmonton), l'usage des opioïdes a pratiquement expulsé l'héroïne du marché. Au Canada, comme aux États-Unis, la quantité d'opioïdes d'ordonnance consommés a plus que doublé au cours de cette période. Par ailleurs, les données provinciales ont mis en lumière l'extrême diversification de l'usage des opioïdes, avec des différences majeures sur le plan tant de la quantité d'opioïdes d'ordonnance consommés (p. ex. prévalence de la consommation plusieurs fois plus élevée à Terre-Neuve qu'au Québec) que des types de produits en cause.

Si les études portant sur l'usage des opioïdes ont souvent mis l'accent sur la motivation des consommateurs, il existe cependant une question plus importante, celle des sources d'approvisionnement pour de telles substances; en effet, des recherches ont montré que pour une majorité d'utilisateurs, les principales sources d'approvisionnement en opioïdes sont les contacts personnels (p. ex. amis et membres de la famille) et les sites commerciaux sur Internet. Un autre facteur qui ajoute encore à la complexité de cette situation est que l'usage d'opioïdes d'ordonnance fait intervenir le milieu médical de manière tant directe qu'indirecte; par conséquent, pour s'attaquer à ce problème, il faut s'immiscer dans des domaines complexes en lien avec les politiques, notamment les règlements et les lignes directrices régissant la pratique médicale. Les défis que représente la définition de l'usage des opioïdes à des fins non médicales sont de taille, tout comme les répercussions du problème pour les systèmes de traitement. Dans l'avenir, les équipes de recherche bénéficiaires de la subvention prévoient examiner l'association possible entre l'usage des opioïdes et les différences d'une province à l'autre sur le plan de l'exécution des ordonnances pour ces médicaments, établir une cohorte pour évaluer et typologiser les utilisateurs dans la population générale, explorer l'utilité des interventions, tisser des liens avec les acteurs dans le domaine du traitement de la douleur et faire la synthèse de leurs constatations pour élaborer des interventions et formuler des recommandations qui mettent activement à contribution les intervenants.

Points clés de la discussion

- Une nouvelle subvention de synthèse portant sur la douleur et la santé mentale a été créée parce que l'importance de ces deux facteurs a été mise en évidence dans l'examen initial. Dans bon nombre de cas d'usage à des fins non médicales, lorsqu'on écoute le récit des gens, on réalise qu'ils ont eu à un moment donné un problème de douleur. On fait peu de choses pour les gens à qui de tels médicaments ont été prescrits pendant un certain temps.
- Les choses changent : les vendeurs d'héroïne se réorientent vers d'autres drogues illicites; des réseaux d'approvisionnement structurés ont été mis en place, à l'intérieur desquels certains individus pratiquent par exemple la consultation de différents médecins pour obtenir simultanément plusieurs ordonnances, la contrefaçon d'ordonnances et les cambriolages effectués à la suite de la parution d'avis de décès; de plus en plus de personnes âgées vendent des drogues. Par conséquent, en ce qui concerne l'élaboration d'interventions efficaces, nous partons de zéro.
- Bon nombre de consommateurs d'opioïdes considèrent l'Oxycontin et d'autres puissants opioïdes d'ordonnance comme des équivalents de l'héroïne et les consomment par injection ou par voie orale.
- S'il y a une demande, c'est qu'il existe un besoin. Les opioïdes d'ordonnance étant des médicaments qui traitent très efficacement la douleur, les gens qui en prennent en ont probablement besoin. Il nous faut trouver d'autres moyens de les aider. Compte tenu du fait qu'un grand nombre de personnes qui se mettent à l'héroïne ou à la méthamphétamine utilisent également ces drogues à des fins thérapeutiques, cette situation pourrait être le reflet d'un problème similaire.
- Le milieu médical, qui est un élément actif de ce problème, doit donc nécessairement faire partie de sa solution. En retournant en arrière, on constate que la situation n'a pas été abordée de la manière appropriée, ce qui explique l'existence de tels problèmes. Comme ces médicaments étaient au départ utilisés sur ordonnance, le problème pourrait se situer au niveau du passage de l'usage médical à l'usage non médical.
- Il faut franchir de nombreux obstacles pour se procurer des opioïdes pour usage en laboratoire, mais ces médicaments sont disponibles en grandes quantités en phase postopératoire et ne sont pas nécessairement utilisés.
- La majorité des personnes auxquelles ces médicaments ont été prescrits en possèdent encore une certaine quantité dans leur armoire à pharmacie. On ne leur demande jamais s'ils ont utilisé toute la quantité en leur possession et on ne leur demande pas non plus de rapporter ce qu'ils n'ont pas consommé, le cas échéant. Ces questions futiles jouent à elles seules un rôle considérable dans la manière dont ce problème se répand et s'amplifie.

Séances en petits groupes

Les participants ont été divisés en trois tables de discussion en vue de définir les sujets de recherche et les types de recherche que l'INSMT, à leur avis, devrait effectuer au cours des cinq prochaines années. Dans leurs discussions, ils ont notamment abordé les atouts, les faiblesses et les lacunes de la recherche sur la toxicomanie au Canada et les mécanismes qui permettraient de s'attaquer aux sujets recensés. Voici un résumé de leurs débats, qui a été présenté en assemblée plénière.

- **Mettre en application la recherche sur la toxicomanie dans la pratique médicale.** De nombreux cliniciens travaillent beaucoup sur les substances créant une dépendance, mais ne considèrent pas que la recherche sur la toxicomanie fait partie de leur mandat. Les mécanismes susceptibles de les encourager à changer d'attitude devraient inclure un complément salarial pour les médecins effectuant de la recherche en résidence. Les subventions d'équipe qui offrent un complément salarial aux cliniciens contribueraient également à rapprocher les chercheurs et les cliniciens et à les encourager à collaborer et à échanger leurs résultats.
- **Conjuguer les pharmacothérapies et les thérapies ordinaires dans la mise au point de thérapies fondées sur la dépendance.** Ce secteur est très peu fréquenté au Canada. On pourrait envisager un mécanisme où les IRSC établiraient un partenariat avec une firme pharmaceutique ayant un intérêt direct pour ce genre de recherche (p. ex. une firme fabriquant des médicaments sur ordonnance pouvant engendrer une dépendance). Les IRSC se chargeraient de la recherche, tandis que la firme pharmaceutique contribuerait au financement des bourses de recherche, des subventions, des compléments de salaire, des essais, etc.
- **Accroître le financement des études longitudinales.** Les dépendances étant souvent chroniques ou récidivantes, leur étude nécessite une approche longitudinale dès le début de la vie. Par ailleurs, il existe de nombreux chevauchements entre les différents aspects de la toxicomanie, lesquels sont cependant étudiés isolément les uns des autres. Il faut mettre en place des mécanismes permettant de les réunir pour favoriser la recherche des points communs et le partage de l'information. Cela pourrait se faire grâce à des subventions de plus longue durée et à des subventions d'équipe.
- **Conjuguer l'étude des dépendances et des comorbidités** (p. ex. problèmes de santé mentale, infection à VIH). Les mécanismes tels que les subventions

d'équipe et les propositions par équipe pourraient permettre de rassembler les experts de ces différents domaines et faire en sorte qu'ils aient une meilleure compréhension mutuelle de leurs sphères d'activité.

- **Explorer l'efficacité des interventions secondaires et non médicales.** Autrement dit, se concentrer sur la nécessité d'entreprendre des recherches sur les interventions qui se déroulent entre la prévention et le traitement traditionnel (p. ex. interventions de courte durée, prévention secondaire ciblant les activités à risque, les jeunes utilisateurs à haut risque).
- **Mettre l'accent sur les affections comorbides constituant la plus grande urgence dans le domaine de l'usage de substances.** On sait relativement peu de choses sur de nombreuses affections comorbides, sur leur incidence sur le fardeau de la maladie, sur leurs conséquences sur la santé et sur les interventions efficaces pour s'y attaquer. Il est nécessaire d'accorder davantage d'importance aux réalités de l'usage de drogues en évitant toute compartimentalisation erronée (p. ex. réalités empiriques et épidémiologiques de l'usage de drogues, et non pas choix politiques).
- **Améliorer la surveillance de la morbidité et de la mortalité.** Il est nécessaire d'assurer une meilleure surveillance, de disposer de cohortes nationales et de systèmes de données sur la morbidité/mortalité, en particulier pour les groupes à haut risque (p. ex. utilisateurs de drogues injectables, sans-abris et population carcérale). Cela pourrait se faire au moyen de subventions ou d'autres programmes mis en œuvre par d'autres acteurs et organismes dans ce domaine, sans contribution financière des IRSC.
- **Privilégier les déterminants sociaux et culturels.** Le Canada a un environnement social et culturel unique (p. ex. diversité des populations ethniques, populations autochtones et indigènes, milieux urbains et non urbains) qui a des incidences sur la consommation de drogues, les comportements à risque et leurs résultats. L'étude de ces incidences et de la meilleure manière de mettre en œuvre des interventions efficaces dans de tels contextes serait une possibilité unique pour la recherche canadienne.
- **Promouvoir l'acceptation des options thérapeutiques chez les utilisateurs.** Il est nécessaire de disposer de plus de renseignements sur les raisons pour lesquelles certaines formes de traitement ou d'intervention (p. ex. traitement de substitution aux opioïdes, méthadone) ne sont que peu utilisées par les populations actuelles. Il serait également utile de disposer de plus de données

sur les obstacles à l'acceptation de ces traitements et sur les autres options susceptibles d'être plus attrayantes pour certaines populations à risque clés.

- **Appuyer les recherches en cours et les connaissances en matière de neurobiologie de la toxicomanie (p. ex. imagerie du cerveau) et en tirer parti.**
- **Multiplier les recherches sur les déterminants précoces de la toxicomanie** (p. ex. sociaux, familiaux).
- **Créer un réseau intégré pour la recherche et la mise à l'essai des traitements et des interventions en matière de toxicomanie.** Aux États-Unis, le National Institute on Drug Abuse (NIDA) a supervisé la mise sur pied d'un réseau multidisciplinaire possédant des nœuds dans certaines villes et regroupant différentes sphères d'expertise à l'intérieur duquel s'effectuent, de manière intégrée, des recherches et des mises à l'essai d'interventions et de traitements.
- **Harmoniser les données sur la toxicomanie partout au Canada.** Il est nécessaire de connaître la situation réelle sur ces questions, afin que les décisions en matière de financement puissent être fondées sur la réalité du terrain, et non pas sur de simples perceptions.

Partie II : Tournés vers l'avenir

Présentations

Des représentants de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, du Bureau de la recherche et de la surveillance des drogues et de l'alcool de Santé Canada et du Centre de recherche en toxicomanie du Service correctionnel du Canada ont donné aux participants une vue d'ensemble des recherches liées à la toxicomanie effectuées récemment ou actuellement au sein de leur établissement. Voici les points saillants de ces présentations et des séances de questions-réponses qui ont suivi.

Programme d'épidémiologie clinique de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa

- Chantelle Garritty, Gestionnaire de programme principal, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa

Le Programme d'épidémiologie clinique est l'un des six programmes de recherche de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa. Le Groupe des examens systématiques (ES), une extension du programme consacré exclusivement à la synthèse des connaissances et à la recherche sur les méthodes connexes, est un chef de file à l'échelle mondiale des normes en matière d'élaboration de rapports, offre de l'éducation et de la formation en ES et a joué un rôle clé dans l'élaboration d'un logiciel d'ES sur le Web.

L'INSMT a récemment donné au groupe le mandat, dans le cadre de sa participation à Cochrane Canada, de préparer un relevé préliminaire de données probantes concernant les ES liées aux approches de prévention, de traitement et de réduction des méfaits dans le domaine de l'usage des drogues illicites. Cette entreprise a déjà fourni certains éléments d'information intéressants et a mis en lumière d'importantes lacunes dans la littérature et certains problèmes méthodologiques liés à la synthèse des données probantes dans ce domaine. Les résultats ont indiqué que, sur les cinq initiatives de prévention mentionnées, trois visaient le milieu scolaire, avec pour conséquence que les ES portant sur les groupes autres que les enfants et les adolescents faisaient défaut. Les ES des interventions thérapeutiques ont révélé que les opioïdes et les dérivés de la morphine étaient les substances les plus fréquemment mentionnées et que les traitements d'entretien aux agonistes des opioïdes et l'acupuncture étaient les

interventions somatiques pharmacologiques et non pharmacologiques les plus courantes, respectivement. Ces études ont également révélé un manque flagrant d'ES sur la phase de prévention des rechutes du traitement. Le traitement de l'infection à VIH/VHC, les mesures de prévention et les programmes de substitution étaient les thérapies de réduction des méfaits les plus fréquemment relevées; toutefois, la plupart des ES ne précisaient pas les substances, les contextes et les populations en cause dans ces cas.

Une mise à jour des recherches a révélé près de 600 nouvelles citations, qui sont actuellement en train d'être dépouillées pour être incluses dans l'étude, de même que des études pertinentes en français. L'intention du groupe est d'offrir des analyses et des résumés de données plus détaillés au cours des prochains mois et de publier un article sur ce sujet dans une revue à comité de lecture au début de 2011. Parmi les projets de développement, on pense poursuivre les analyses des ES pour les pondérer en fonction de la qualité des données probantes et les utiliser pour établir les priorités concernant les nouveaux ES sur les lacunes constatées; on prévoit aussi créer une nouvelle section sur le site Web de l'INSMT pour mettre en évidence les ES de Cochrane portant sur l'utilisation de drogues illicites et permettre d'y accéder par hyperlien.

Points clés de la discussion

- Certains ES souffrent d'un biais conservateur parce qu'ils portent sur des interventions qui font l'objet d'études depuis longtemps (p. ex. prévention en milieu scolaire, programmes d'échange de seringues) au détriment d'interventions plus novatrices. On a insisté sur la nécessité de continuer à favoriser les travaux expérimentaux novateurs et les efforts de recherche primaire parallèlement aux ES.
- De nombreuses études ne précisent pas le type de drogue utilisée parce que les auteurs des ES avaient tendance à ne pas mentionner ce fait.

Santé Canada, Bureau de la recherche et de la surveillance des drogues et de l'alcool

- Judy Snider, Gestionnaire de la surveillance, Bureau de la recherche et de la surveillance des drogues et de l'alcool, Santé Canada

L'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) est une enquête en temps continu lancée en avril 2008 sur la consommation d'alcool et de drogues illicites chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus. Parmi les

autres enquêtes utilisées actuellement à cette fin figurent également celles auprès des jeunes et des étudiants sur le tabagisme et les comportements liés à la santé.

Ces données (et celles des Enquêtes sur les toxicomanies au Canada en 2004) montrent que l'âge moyen de la première consommation de cannabis a peu changé entre 2004 et 2009, demeurant à environ 15,6 ans; toutefois, le pourcentage de personnes ayant consommé du cannabis à un moment de leur vie a légèrement diminué, passant de 44,5 à 42,4. Environ un pour cent des Canadiens âgés de 15 ans ou plus indiquent avoir consommé de la cocaïne ou du crack à un moment de leur vie. Une prévalence comparable de la consommation au cours de la vie a été observée pour l'ecstasy. Sur les 25 % de Canadiens âgés de 15 ans ou plus qui ont déclaré avoir utilisé au moins un produit pharmaceutique (analgésique, stimulant, sédatif) au cours de la dernière année, 2,3 pour cent ont affirmé l'avoir fait pour atteindre un état d'euphorie. Un plus faible pourcentage de jeunes (âgés de 15 à 24 ans) a fait état d'un usage de substances pharmaceutiques psychoactives (18,2 % pour les jeunes comparativement à 26,2 % pour les adultes âgés de 25 ans ou plus); toutefois, les jeunes présentaient des taux de consommation de telles drogues beaucoup plus élevés que les adultes pour obtenir un effet euphorisant (9,5 % vs 1,3 %). Les jeunes étaient plus nombreux à déclarer consommer souvent de grandes quantités d'alcool (quatre fois plus de jeunes que d'adultes) ou peu souvent de grandes quantités d'alcool (trois fois plus de jeunes que d'adultes).

Les nouvelles données de l'ESCCAD, de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes et de l'Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire seront rendues publiques en 2011 et en 2012. Comme la plupart des enquêtes, ces sources souffrent de certaines limites, notamment les biais liés aux répondants possibles. Compte tenu du fait que les enquêtes téléphoniques telles que l'ESCCAD peuvent ne pas permettre de rejoindre les groupes à haut risque, on a entrepris un projet pilote pour recueillir de l'information auprès des populations à haut risque dans des régions urbaines de la Colombie-Britannique et de Terre-Neuve-et-Labrador. On prévoit lancer sous peu un projet visant à recueillir le même type d'information dans divers centres urbains du Canada. Les autres études actuellement en cours auprès de populations vulnérables visent notamment les jeunes qui ont été victimes de maltraitance et ceux qui ont bénéficié des services d'aide à l'enfance, deux groupes à haut risque de consommation de drogues. D'autres nouvelles études portant sur l'incidence de différents facteurs sociaux sur la consommation de drogues chez les jeunes de la rue, l'abus de drogues chez les détenus sous responsabilité fédérale et les voies menant à la dépendance aux opioïdes sur ordonnance viendront enrichir la compréhension de l'usage de drogues et de la toxicomanie au Canada.

Points clés de la discussion :

- La question des difficultés auxquelles se heurte la collecte des données sur l'abus de substances pharmaceutiques psychotropes, en particulier les analgésiques opioïdes, a été soulevée. On a évoqué notamment la formulation des questions et le risque de sous-estimer l'ampleur du problème au Canada. On est en train de recueillir des commentaires pour l'élaboration du questionnaire de l'ESCCAD de 2011 et on pense adapter les questions de l'enquête pour tenir compte de ces substances.
- Comme il faut actuellement 25 minutes pour répondre au questionnaire de l'ESCCAD, il n'est pas possible d'ajouter des questions; au besoin, il faudra abandonner certains volets pour pouvoir intégrer un contenu additionnel. Les commentaires et les suggestions sont les bienvenus.
- Aucun élément de preuve n'indique l'existence de biais dans les réponses selon que le questionnaire était auto-administré ou administré par un intervieweur, car le processus est raisonnablement anonyme. Il a été souligné qu'un des inconvénients de l'administration de questionnaires en ligne est qu'il n'est pas possible de déterminer qui y répond.
- En raison de l'insuffisance du réseau téléphonique dans les territoires, l'enquête n'a pas été effectuée dans cette région, car les résultats n'auraient pas été représentatifs de la population. Les personnes vivant dans des réserves pouvaient participer à l'ESCCAD si elles avaient une ligne téléphonique et ont été sélectionnées par composition aléatoire de numéros de téléphone.
- L'échantillon était de trop petite taille pour permettre une ventilation fine des jeunes en plus petites tranches d'âge; toutefois, cela devrait à présent être possible, puisque 3 000 jeunes ont été inclus dans la nouvelle population de l'enquête.
- Au Canada, la surveillance présente encore des lacunes non négligeables, dont l'absence d'une base de données nationale sur la surveillance des traitements et d'une base de données nationale sur la mortalité. Aucune mention n'a été faite des organismes qui seraient les mieux placés pour obtenir de telles données; toutefois, après quelques échanges, il a été proposé de confier au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et à l'Agence de la santé publique du Canada la mission de combler ces lacunes.

Service correctionnel du Canada (SCC), Centre de recherche en toxicomanie

- Andrea Moser, Directrice principale intérimaire, Centre de recherche en toxicomanie, Service correctionnel Canada

La population carcérale sous responsabilité fédérale est de plus en plus complexe, une proportion non négligeable de contrevenants présentant au moment de leur admission des problèmes d'abus de substances et de santé mentale. Ainsi, depuis 1997, on a enregistré une augmentation marquée du nombre de contrevenants aux prises avec des problèmes de santé mentale, dont le taux est passé de 7 % à 13 %. Par ailleurs, selon certaines études, les contrevenants présenteraient des taux plus élevés de lésions cérébrales traumatiques. Tous ces facteurs pourraient jouer un rôle dans le comportement qui est à l'origine de leur incarcération.

Conscient de ces questions et d'autres en émergence, le Centre de recherche en toxicomanie du Service correctionnel du Canada (SCC) participe à plusieurs projets de recherche en lien avec la SNA du Canada, dont les suivants :

- L'analyse des données fournies par le Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT), qui est rempli par les contrevenants sous autorité fédérale lors de leur admission en vue d'évaluer la nature et la gravité de leurs problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie.
- L'élaboration de programmes de lutte contre la toxicomanie, dont le Programme national de traitement de la toxicomanie (PNTT) s'adressant aux contrevenants de sexe masculin (d'intensité élevée, modérée et faible), ainsi que des programmes spécialisés ciblant les Autochtones et les contrevenantes.
- Recherche sur l'efficacité des programmes de traitement de la toxicomanie chez les contrevenants.
- Recherche sur le programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC.
- Recherche dans le domaine de l'interdiction de la consommation de drogues (c'est-à-dire techniques et outils visant à empêcher l'introduction des drogues dans les prisons), y compris une étude pilote mettant à contribution plusieurs établissements et visant à examiner l'efficacité d'outils tels que les détecteurs ioniques, les chiens renifleurs de drogues et les analyses d'urine.
- Examen des tendances récentes des données obtenues par analyse d'urine auprès des contrevenants sous responsabilité fédérale.
- Sujets particuliers comme l'utilisation de médicaments d'ordonnance et leur détournement à des fins non médicales dans les prisons; les interventions prometteuses auprès des adultes souffrant de troubles causés par l'alcoolisation fœtale et d'autres troubles neurologiques; les liens entre les lésions cérébrales traumatiques, la toxicomanie, l'incarcération et les résultats obtenus après la libération; les troubles concomitants.

Points clés de la discussion

- L'administration aléatoire d'analyses d'urine en prison peut être difficile en raison des contraintes opérationnelles. La mesure dans laquelle la collecte d'échantillons d'urine peut être réellement rendue aléatoire devrait accroître l'exactitude des résultats, compte tenu de la durée variable du temps requis pour la métabolisation selon le type de drogue (p. ex. les drogues dont la métabolisation est rapide, comme les opiacés, peuvent être plus difficiles à identifier par analyse d'urine si le processus d'administration n'est pas totalement aléatoire).
- Les données fournies par les opérations de fouille et de saisie fournissent certaines indications sur ce qui entre dans les prisons, mais rien ne garantit que tous les articles passés en contrebande sont détectés.
- Il y a environ 12 ans, lorsque le SCC a mis en œuvre la première phase de son programme de traitement d'entretien à la méthadone (aujourd'hui appelé programme de traitement de substitution aux opioïdes [PYSO] en raison de l'introduction récente de Suboxone), seuls les contrevenants entrés dans le système alors qu'ils avaient déjà commencé à prendre de la méthadone et ceux qui avaient démontré l'existence de « circonstances exceptionnelles » (p. ex. si toutes les autres options thérapeutiques avaient été épuisées) étaient admissibles. Il y a environ huit ans, les critères d'admissibilité au programme ont été modifiés, de sorte que les contrevenants démontrant qu'ils ont besoin d'un traitement de substitution aux opioïdes commencent à prendre de la méthadone ou Suboxone pendant leur incarcération dans un établissement fédéral.
- L'augmentation du nombre d'individus admis dans des établissements correctionnels alors qu'ils présentent des problèmes de santé mentale est une tendance que l'on constate également dans les autres systèmes correctionnels au Canada et aux États-Unis.
- Au cours des six dernières années, le SCC a bénéficié d'un financement fédéral spécial pour améliorer les services en santé mentale offerts aux contrevenants. Il reste cependant certains défis à relever, dont celui du recrutement de professionnels de la santé mentale (p. ex. des psychologues) qui travailleraient dans le système correctionnel.
- Environ 70 % des contrevenants incarcérés dans des établissements fédéraux ont un problème de toxicomanie, alors que dans les publications faisant état des recherches en milieu carcéral, ce problème est présenté comme l'un des tout premiers facteurs criminogènes. Sur ces 70 %, 30 % présentent un problème « de gravité moindre », 15 % à 30 % un problème « de gravité modérée » et 20 % un problème « substantiel ou grave ».
- Les programmes d'intervention en toxicomanie du SCC s'appuient sur les meilleures pratiques que l'on retrouve dans le domaine plus large de la

toxicomanie et dans les publications faisant état des recherches en médecine légale.

- Les recherches ont démontré que les taux d'infection à VIH et à virus de l'hépatite C dans la population carcérale sont supérieurs à ceux de la population générale, soit dix fois plus dans le cas du VIH et encore davantage dans le cas de l'hépatite C. Le SCC a récemment publié sur son site Web les premiers résultats d'un sondage national sur les maladies infectieuses et les comportements à risque mené auprès des détenus.
- Les tendances en matière d'usage de drogues chez les détenus sont souvent le reflet de celles de la population générale. Le SCC est très ouvert à la collaboration et au dialogue et commence à examiner la possibilité d'échanger des données et de conclure des ententes d'échange de données avec d'autres organisations. L'établissement de liens entre les données du SCC et celles des systèmes correctionnels provinciaux et des agences de santé pourrait fournir des renseignements intéressants sur les trajectoires.

Séances en petits groupes

Les participants, répartis en petits groupes, ont été invités à donner leur avis sur la planification des activités de l'INSMT et sur la manière dont son plan stratégique devrait s'inscrire dans le contexte d'un renouvellement possible de la SNA. Ils ont fait les suggestions présentées ci-après. Une discussion en plénière plus approfondie a suivi, dont les faits saillants sont également présentés.

- **Faire des IRSC un carrefour d'échange pour les autres sources d'information.** Il pourrait s'agir de listes des mécanismes de financement disponibles dans les différentes provinces, des bases de données et des réseaux existants, etc.
- **Tirer parti des occasions de réseautage offertes par le présent atelier.** Rassembler des intervenants de différents secteurs pour leur permettre d'échanger de l'information et de discuter des possibilités de travailler ensemble. Inclure des chercheurs qui n'ont pas nécessairement déjà reçu un financement, mais qui sont à la recherche d'idées pour effectuer des études. Diffuser les observations et les résultats au-delà du cercle des chercheurs et des universitaires.
- **Faire en sorte que les IRSC assument une fonction de coordination en favorisant les rapprochements entre bailleurs de fonds et chercheurs.** De

nombreuses ressources et de nombreux programmes gouvernementaux appuient la recherche visant à améliorer les services de santé ou à réduire les disparités en matière de santé; toutefois, ils ne procurent pas nécessairement les mêmes avantages que le financement offert par les IRSC. Les IRSC peuvent offrir un soutien sous la forme d'une aide à la formation ou d'une aide à la gestion et à l'affectation des ressources. Ils pourraient aussi jouer un rôle d'intermédiaire en favorisant les rapprochements entre chercheurs et bailleurs de fonds. Le CCLAT devrait également être mis à contribution, puisque l'AC relève de son mandat.

- **Explorer les possibilités d'initiatives conjointes avec les firmes pharmaceutiques.** Cette source de financement est encore inexploitée (p. ex. complément salarial).
- **Adopter une approche concertée de l'échange d'information sur la recherche.** Il y a beaucoup de travaux qui sont effectués dont les autres chercheurs ne sont pas informés. Si l'information sur les activités de recherche, les résultats, etc., était centralisée et plus accessible (p. ex. diffusée par un organe central), cela faciliterait le tissage de partenariats, la détermination des priorités et la mise en application des connaissances.
- **Envisager la possibilité d'adapter le modèle des jeux de hasard au financement de la recherche sur la toxicomanie.** Dans le domaine des jeux de hasard, un certain pourcentage des profits va au financement de la recherche sur la dépendance au jeu. Cette approche devrait également être envisagée pour la dépendance aux drogues, car il existe déjà des modèles efficaces.

Points clés de la discussion

- Le domaine de la recherche sur les dépendances est relativement petit, mais il souffre d'une importante fragmentation institutionnelle. Il faudrait déployer des efforts plus concertés; on pourrait envisager un comité permanent de coordination dont les membres, issus de différents horizons, se rencontreraient pour définir les besoins et créer des synergies dans une perspective à long terme.
- Une partie des fonds de la SNA est destinée à ce type d'activité. Pour l'instant, nous devons respecter la sphère de compétence de Santé Canada, mais, si nous arrivons à nous entendre pour mettre en commun nos atouts et nos bénéfices mutuels, nous pourrions être en meilleure position lors de la prochaine disponibilité de fonds (en 2012) et élaborer un plan de match concerté.

- Les rivalités de clocher entre les différents établissements doivent être surmontées afin que les gens puissent réaliser l'avantage qu'il y a à unir ses forces et à prendre des décisions de manière collective.
- Si l'on retrouve de nombreuses organisations et ressources universitaires crédibles à l'échelle nationale, p. ex. le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM), qui sont souvent affiliées à des hôpitaux, il n'existe cependant aucune structure qui les réunirait au sein d'une entité nationale. Il serait peut-être intéressant d'examiner cette possibilité.
- Les IRSC doivent jouer un rôle de chef de file dans l'établissement d'une infrastructure durable servant au soutien de ces activités. Grâce à leur important potentiel unificateur, ils pourraient servir de force catalysatrice pour susciter l'intérêt et nous encourager à prendre part à un tel projet. La rencontre d'aujourd'hui est en quelque sorte un prototype et a été un exercice très intéressant pour tous ceux qui y ont participé. Cela nous a montré qu'il existe de nombreux domaines que nous pouvons exploiter ensemble.
- Il est important, en allant de l'avant, de mettre à contribution toutes les organisations pertinentes. Nous avons besoin de la vision et des connaissances de tous les intéressés.
- Durant le présent examen, il a été suggéré que les IRSC tentent de formuler une stratégie de nature plus longitudinale et plus nationale. Si tout le monde est d'accord, l'INSMT pourrait commencer à préparer une proposition au nom du groupe et la présenter à Santé Canada/SNA. De nouveaux fonds devront être versés, mais, si nous pouvons présenter des arguments convaincants pour un financement qui est déjà alloué, ils parleront d'eux-mêmes. Les IRSC considèrent qu'il est de notre responsabilité d'utiliser les ressources qui ont été créées.
- Le Dr Phillips a assisté à une réunion du NIDA sur la recherche fondamentale et ses conséquences sur la pratique parce qu'il voulait voir comment le Canada pouvait intervenir. Il a souligné que si le Canada mettait sur pied un réseau d'essais cliniques semblable à celui du NIDA et relié à celui-ci, on disposerait alors d'un puissant mécanisme à l'échelle de l'Amérique du Nord pour l'évaluation des répercussions et le partage de l'information (et peut-être de patients, pour les essais). Pour cela, il faudrait mettre sur pied environ cinq « nœuds » dans différentes régions du Canada qui serviraient de ressource pour leur région respective. Si tout centre pouvait demander à devenir un nœud, un processus d'examen par les pairs serait un moyen efficace de déterminer les établissements les plus prometteurs. Si la SNA appuie cette proposition, cela signifierait sans doute l'obtention d'un financement pendant cinq ans avec possibilité de renouvellement. Les IRSC sont décidés à jouer un rôle de chef de file dans le volet recherche de ce projet.

- Il existe certains médicaments uniques au Canada qui pourraient avoir des effets bénéfiques dans le traitement des dépendances. S'il existait un réseau d'essais cliniques, on pourrait effectuer un essai et, par la suite, conseiller aux États-Unis de refaire le même, ou inversement. Les États-Unis effectuent beaucoup de recherches qui pourraient être pertinentes pour notre système, et ce réseau serait une manière d'échanger des idées et de l'information.
- La SNA est une entreprise tout aussi politique que scientifique. Pour cette raison, les IRSC doivent continuer à jouer un rôle de tampon afin de conserver le pouvoir de décision sur les mesures qui doivent être prises, qu'elles soient conformes ou non aux intérêts politiques. Il faut protéger l'ouverture et la liberté de prendre des décisions motivées par la recherche plutôt que de chercher à se conformer aux avertissements politiques.
- Tous les participants ont fait part de leur accord avec la proposition selon laquelle l'INSMT dirigerait l'initiative de la création d'un équivalent canadien du NIDA Clinical Trials Network.

Mot de la fin

Le Dr Phillips a remercié les organisateurs, les participants et les présentateurs pour leur contribution et a félicité tout le monde d'avoir eu une attitude si proactive tout au long de l'atelier d'une journée et demie. Il a déclaré que les travaux scientifiques présentés étaient « fantastiques et diversifiés » et qu'ils prouvaient de manière éloquente l'utilité de l'approche de la subvention d'équipe pour appuyer les recherches multidisciplinaires. Le domaine de la toxicomanie, a-t-il dit, bénéficie grandement des subventions d'équipe et des subventions catalyseurs en raison de sa nature multifacette. Le Dr Phillips a expliqué que cette rencontre avait été délibérément qualifiée de « première rencontre annuelle » parce que l'INSMT avait l'intention de répéter cette expérience avec un groupe de participants encore plus large. Il a annoncé qu'il allait approcher le CCLAT et s'en servir comme point de contact pour faciliter l'établissement de liens avec d'autres organismes à cette fin. Compte tenu de la qualité des recherches scientifiques entreprises, il s'est dit persuadé de voir les IRSC en position de force lorsqu'ils commenceront à élaborer un plan plus large à présenter à la direction de la SNA. Dans l'intervalle, a-t-il affirmé, l'INSMT va commencer à travailler sur le concept d'un réseau canadien d'essais cliniques qui pourrait collaborer avec son homologue du NIDA aux États-Unis.

Annexes

Annexe 1 : Ordre du jour

Mardi 12 octobre

Heure	Min	Activité	Conférencier
MISE EN CONTEXTE – Salle Indigo			
9 h – 9 h 15		Mot d’ouverture	Tony Phillips
9 h 15 – 10 h		Équipe des IRSC sur la recherche transdisciplinaire sur la conduite avec les facultés affaiblies : survenue, persistance, prévention et traitement	Thomas Brown
10 h – 10 h 30		Pause de réseautage	
10 h 30 – 11 h 15		Fondements neurobiologiques des effets de la méthamphétamine (méth en cristaux) : étude comportementale et électrophysiologique	Éric Dumont
11 h 15 – 12 h		Comprendre l’usage concomitant de plusieurs substances : schémas et conséquences de l’usage de mélanges de substances chez les consommateurs de drogues illicites	Sean Barrett
12 h – 12 h 45		Dîner	
12 h 45 – 13 h 30		Équipe des IRSC sur le traitement des toxicomanies	Kathryn Gill
13 h 30 – 14 h 15		Usage à des fins non médicales des analgésiques opioïdes sur ordonnance au Canada : aspects épidémiologiques, méfaits et interventions	Benedikt Fischer
14 h 15 – 14 h 30		Pause de réseautage	
14 h 30 – 14 h 45		Présentation des séances en petits groupes	Nathalie Gendron
14 h 45 – 15 h 30		Séance en petits groupes n° 1 Formulations de propositions à l’INSMT pour les sujets à inclure dans le plan stratégique	Tous
15 h 30 – 15 h 45		Rapport de la séance en petits groupes n° 1	Rapporteur nommé par chaque groupe

15 h 45 – 16 h		Pause de réseautage	
16 h – 16 h 45		Séance en petits groupes n° 2 Plan stratégique Outils de mise en œuvre	Tous
16 h 45 – 17 h		Rapport de la séance en petits groupes n° 2	Rapporteur

Mercredi 13 octobre

Heure		Activité	Conférencier
TOURNÉS VERS L'AVENIR – Salle Indigo			
9 h – 9 h 30		Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa Programme d'épidémiologie clinique	Chantelle Marie Garritty, Gestionnaire de programme principal
9 h 30 – 10 h		Santé Canada Bureau de la recherche et de la surveillance des drogues et de l'alcool	Judy Snider, Gestionnaire de la surveillance
10 h – 10 h 15		Pause de réseautage	
10 h 15 – 10 h 45		Service correctionnel Canada Centre de recherche en toxicomanie	Andrea Moser, Directrice principale intérimaire
10 h 45 – 11 h 30		Séance de planification n° 1 – Ressources disponibles dans le système canadien	Tous
11 h 30 – 12 h 30		Dîner – Salle Indigo	
12 h 30 – 13 h 15		Comptes rendus	Rapporteur nommé par chaque groupe
13 h 15 – 13 h 30		Pause de réseautage	
13 h 30 – 14 h 15		Orientation future - Liens avec la SNA	Tous
14 h 15 – 14 h 45		Comptes rendus	Rapporteur nommé par chaque groupe
14 h 45 – 15 h		Mot de la fin	Tony Philips

#

Annexe 2 : Liste des participants

NOM	PRÉNOM	Affiliation	Courriel	
1	Kathryn	Gill	Université McGill	Kathryn.gill@mcgill.ca
2	Thomas	Brown	Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	thomas.brown@mcgill.ca
3	Eric	Dumont	Université Queen's	eric.dumont@queensu.ca
4	Sean	Barrett	Université Dalhousie	sean.barrett@dal.ca
5	Benedikt	Fischer	Université Simon Fraser	bfischer@sfu.ca
6	Flora	Matheson	Université de Toronto	MathesonF@smh.ca
7	Anthony	Phillips	Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	aphillips@psych.ubc.ca
8	Samir	Khan	Santé des Premières Nations et des Inuits	samir.khan@hc-sc.gc.ca
9	Andrea	Moser	Service correctionnel Canada	Andrea.Moser@csc-scc.gc.ca
10	Heather	Gillis	Santé Canada	heather_gillis@hc-sc.gc.ca
11	Allison	Villeneuve	Santé Canada	allison.villeneuve@hc-sc.gc.ca
12	Judy	Snider	Santé Canada	judy.snider@hc-sc.gc.ca
13	Jocelyne	Guay	Agence de la santé publique	jocelyne.guay@hc-sc.gc.ca
14	Chantelle	Garritty	Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa	cgarritty@ohri.ca
15	Elisabeth	Fowler	IDSEA des IRSC	elisabeth.fowler@cihr-irsc.gc.ca
16	Ghisline	Bourque	ISPP des IRSC	ghisline.bourque@cihr-irsc.gc.ca
17	Anne-Cécile	Desfaits	IDSEA des IRSC	anne-cecile.desfaits@cihr-irsc.gc.ca
18	Laura	McAuley	Unité de l'évaluation de l'impact des IRSC	laura.mcauley@cihr-irsc.gc.ca
19	Jennifer	Gunning	Initiative de recherche sur le VIH/sida des IRSC	jennifer.gunning@cihr-irsc.gc.ca
20	David	Peckham	Direction de l'évaluation, de la vérification interne et de la gestion du risque des IRSC	david.peckham@cihr-irsc.gc.ca

21	Rob	McLean	Direction de l'évaluation, de la vérification interne et de la gestion du risque des IRSC	rob.mclean@cihr-irsc.gc.ca
22	Danielle	Halloran	Direction de l'évaluation, de la vérification interne et de la gestion du risque des IRSC	danielle.halloran@cihr-irsc.gc.ca
23	Leslie	Jones	Leslie Jones Communications	lesliejonescommunications@hotmail.com
24	Nathalie	Gendron	INSMT des IRSC	nathalie.gendron@cihr-irsc.gc.ca
25	Susan	Lalumiere	Initiative de recherche en médecine régénératrice et nanomédecine des IRSC	susan.lalumiere@cihr-irsc.gc.ca
26	Asimina	Saikaley	INSMT des IRSC	asimina.saikaley@cihr-irsc.gc.ca