

**Une approche stratégique et fondée sur des données probantes pour lutter
contre les troubles liés à la consommation de méthamphétamine et d'opioïdes
au Manitoba**

Note d'information fondée sur la présentation du 29 novembre 2018 au
Comité permanent de la santé de la Chambre des communes



Présentateurs au nom de la Fondation manitobaine de lutte contre les
dépendances (FMLD) :

Damon Johnson (président du conseil d'administration, FMLD), D^{re} Ginette Poulin
(directrice médicale, FMLD), D^{re} Sheri Fandrey (responsable de l'échange des
connaissances, FMLD)

Depuis le milieu des années 2000, la prise de drogues très puissantes a une série d'effets dévastateurs au Manitoba. En relativement peu de temps, la consommation de fentanyl et de méthamphétamine a augmenté de façon spectaculaire, ce qui a occasionné une hausse importante de la morbidité et de la mortalité chez les consommateurs de ces drogues. Par conséquent, des familles et des collectivités ont été éprouvées, et les systèmes de santé et de justice ainsi que le système social de la province ont été submergés par les effets liés à leur consommation. Les indicateurs actuels ou éventuels de la consommation de méthamphétamine comprennent une forte hausse :

- du nombre de clients de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD) qui ont déclaré avoir consommé de l'amphétamine au cours de la dernière année [de 2014-2015 à 2016-2017 : augmentation de 47 % (chez les jeunes) et de 104 % (chez les adultes)]. De plus, entre 2014-2015 et 2018-2019, le nombre de conseillers qui estiment que les amphétamines sont la principale drogue consommée par les clients a augmenté de 206 %¹.
- de la criminalité liée à la consommation de méthamphétamine. Selon un rapport du Service de police de Winnipeg (2017 c. 2012^{2,7}) :
 - Possession – augmentation de 890 %
 - Possession/trafic – augmentation de 539 %
 - Trafic – augmentation de 267 %
 - Homicides (liés à la drogue) – augmentation de 33 %.
- du nombre de personnes ayant consommé des amphétamines qui se sont présentées aux services d'urgence de Winnipeg : augmentation de 1 700 % entre 2013 et 2017^{3,6}.
- du nombre d'admissions en désintoxication – en 2017-2018, projet Main Street (Winnipeg - unité de sevrage non médical) – 40 % des clients admis désiraient recevoir des services de sevrage des méthamphétamines⁴.
- de l'usage de drogues injectables (UDI – toutes les drogues) chez les jeunes et les adultes clients de la FMLD (de 2011-2012 à 2016-2017)*⁵.
- de la demande de seringues stériles, qui est de trois à quatre fois plus élevée chez les personnes qui s'injectent des drogues à Winnipeg (2008-2017) (toutes les drogues injectables)⁶.
- de la morbidité et de la mortalité causées par la consommation de méthamphétamine ou liées à celle-ci⁶⁻⁹.
- de la consommation de substances par des clientes de la FMLD que par des clients (p. ex. 31 % par rapport à 16 % au cours de la dernière année) (2017)¹⁰.

*L'augmentation de l'UDI chez les adultes varie d'un type de programme de la FMLD à l'autre. De 2014 à 2016, le pourcentage de jeunes déclarant s'être injecté des drogues au cours de leur vie a doublé, passant de 3,6 % à 6,8 %.

Autres points

- On estime qu'entre 8 et 46 % des consommateurs réguliers d'amphétamines souffrent de psychose provoquée par la drogue, ce qui entraîne un comportement potentiellement imprévisible et violent¹¹.
- À l'heure actuelle, aucun mode de traitement clair, y compris les traitements pharmaceutiques, n'a été établi pour la consommation régulière de méthamphétamine¹¹.

La consommation de méthamphétamine exerce des pressions fortes et uniques sur les systèmes publics du Manitoba, mais les services demeurent sous-financés et manquent de ressources. Selon un examen des systèmes de santé mentale et de traitement de la toxicomanie du Manitoba financé par le gouvernement provincial en 2018, le financement de ces systèmes devrait passer de **5,1 % à 9,2 %** (2016-2017)^{12*}. Actuellement, la FMLD, qui sert environ **90 %** des personnes à la recherche de programmes et de traitements publics pour leur toxicomanie, reçoit environ **0,04 %** du budget provincial alloué à la santé¹³.

Il est évident que la santé mentale et les troubles de toxicomanie représentent un fardeau majeur pour la société. En même temps, il existe des preuves solides qui indiquent que l'investissement dans les services de traitement et de soutien procure un rendement positif et améliore le bien-être d'une population^{14, 34}.

En 2017, dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé, le gouvernement fédéral a annoncé l'affectation de **181,6 millions** de dollars sur 10 ans pour améliorer l'accès aux services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie au Manitoba^{15,16}. Dans un même temps, on a récemment demandé à la FMLD de réaliser des économies dans ses activités tout en s'efforçant de minimiser les répercussions sur la prestation des services. En 2017-2018, l'organisme a été chargé d'atteindre des objectifs annuels de réduction des coûts de 1 à 4 %, sans que rien ne laisse présager une future augmentation de financement¹⁷.

*Le financement canadien moyen de la santé mentale et des toxicomanies représente 7,2 % du budget total des soins de santé, mais un financement de 9,2 % permettrait de reconnaître « l'écart historique en matière de financement et la gravité nettement plus élevée pour la grande majorité des indicateurs de besoins examinés dans le présent rapport ». (p. 244¹²)

Le système de traitement de la toxicomanie du Manitoba présente de nombreuses lacunes, mais en voici trois que l'on retrouve dans les services offerts aux personnes à la recherche d'un traitement pour leur consommation de méthamphétamine :

- **Accès rapide au traitement de la toxicomanie** : Au cours de l'été 2018, la province, la FMLD et quatre régies régionales de la santé ont collaboré à la création de cinq cliniques de ce genre (c.-à-d. un accès facile à des traitements spécialisés en toxicomanie). À la mi-novembre, toutes les cliniques étaient fonctionnelles. Il ressort des données initiales sur l'ARTD qu'un nombre élevé de personnes qui fréquentent ces cliniques consomment de la méthamphétamine. Les cliniques n'en sont encore qu'à leurs débuts, mais elles sont en mesure d'améliorer l'accès pour les populations difficiles à joindre et vulnérables, et de répondre aux **besoins** accrus qui existent au-delà de la **demande** de services actuelle. Par conséquent, les systèmes qui étaient déjà sous-financés et qui manquaient de ressources connaissent une vague importante et soudaine de personnes à la recherche de services, ce qui met à rude épreuve le personnel et les ressources. Cette dynamique contribue à allonger les listes d'attente pour les services résiduels, et élimine ou diminue la capacité de fournir des pratiques et des politiques fondées sur des éléments probants.
- **Traitement souple et plus long** : Selon les recherches effectuées, il semble que les personnes qui se rétablissent de troubles de toxicomanie aient souvent besoin de soins souples et à long terme (jusqu'à un an ou plus) dispensés par l'entremise de diverses formes de programmes et de services de soutien, en établissement ou hors établissement. À l'heure actuelle, le système de traitement de la toxicomanie peine à répondre à ce besoin. Souvent, les personnes qui se rétablissent d'une dépendance à la méthamphétamine ont besoin de plus longues périodes de traitement et de soutien que celles qui ont développé une dépendance à l'égard d'une autre substance¹⁸. La prestation de soins adéquats demeure une lutte et est rendue plus difficile la demande de services croissante.
- **Services de gestion du sevrage** : Des données probantes indiquent que les personnes qui se rétablissent d'une dépendance à la méthamphétamine ont souvent besoin d'une plus longue période de sevrage et de stabilisation que celles qui consomment une autre substance. À l'heure actuelle, au Manitoba, ces services sont rares, alors que les hôpitaux n'ont généralement pas la

capacité de fournir des services de gestion du sevrage, en particulier pour les personnes en sevrage de méthamphétamine^{18,19}.

Les données probantes révèlent une longue liste d'occasions de s'attaquer à la consommation de méthamphétamine par le traitement, la réduction des méfaits, la prévention et l'intervention précoce¹⁸. Au cours des derniers mois, on a pris des mesures positives pour relever ces défis. En décembre 2018, on a fait un pas en vue de la mise sur pied d'un groupe de travail tripartite au Manitoba pour s'attaquer au problème de la méthamphétamine et d'autres drogues²⁰.

MOTEURS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES À DES FINS NON MÉDICALES

Les termes « crise » et « épidémie » sont couramment utilisés en référence au fentanyl et à la méthamphétamine, mais il est bien établi que la dépendance est un symptôme de problèmes plus profonds. Des initiatives ciblées portant sur des drogues précises peuvent apporter des réponses à court terme, mais ne permettent pas d'aborder les grands enjeux politiques, sociaux et économiques.

Les analyses et les réalités liées aux moteurs de l'augmentation spectaculaire de la consommation de méthamphétamine et de ses effets se recourent, par exemple^{1, 8,21-34} :

La production et la distribution

- Une pureté supérieure – rendre une drogue qui provoque déjà une forte dépendance encore plus toxicomanogène
- Un faible coût
- Une augmentation de l'accessibilité et de la commercialisation
- Le passage d'une production locale indépendante à des structures de crime organisé.

Les déterminants sociaux de la santé

- Les ramifications continues de la colonisation, notamment les traumatismes intergénérationnels
- Les répercussions sur les femmes et les familles
- Les tendances politiques, sociales et économiques qui maintiennent la croissance des inégalités et de l'austérité depuis les années 1980 (p. ex. l'itinérance, la pauvreté, l'implantation des banques alimentaires, le manque de logements sociaux, la stagnation des salaires, la hausse du nombre d'emplois précaires)
- L'affaiblissement des déterminants sociaux de la santé et des systèmes publics

Compte tenu de l'information ci-dessus, nous recommandons les mesures suivantes visant à relever les défis actuels liés à la consommation de méthamphétamine au Manitoba :

1. Collaborer avec le Manitoba et ses secteurs afin d'accroître le financement de lutte contre la toxicomanie et de la santé mentale à **9,2 %** (2017-2018) du budget provincial des soins de santé, conformément aux recommandations du rapport Virgo.
2. Travailler avec le Manitoba et ses systèmes de santé pour financer et appliquer rapidement des pratiques et des services durables fondés sur des données probantes qui permettent de soutenir et de traiter les personnes aux prises avec un trouble de toxicomanie. L'un des principaux objectifs est d'accroître l'accès aux services et d'améliorer les voies cliniques, plus particulièrement pour les personnes dépendantes de la méthamphétamine.
3. Répondre aux « appels à l'action » lancés par la Commission de vérité et réconciliation. Il s'agit en outre d'améliorer l'accès aux soins de santé autochtones et la qualité de ces soins.
4. S'attaquer aux troubles liés à l'usage d'une substance par l'entremise du cadre général des déterminants sociaux de la santé et des politiques économiques (p. ex. le logement social, la réduction de la pauvreté et des inégalités) – en évitant « la croissance économique au prix de la récession sociale³². »

Description de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD) :

La FMLD est un organisme de la Couronne qui offre des services de traitement de la toxicomanie et du jeu problématique dans plus de 28 endroits au Manitoba, dont six établissements résidentiels. L'organisme offre également des services sur place dans 47 écoles de 20 conseils scolaires.

La FMLD est principalement financée par Santé, Aînés et Vie active du Manitoba et la Société manitobaine des alcools et des loteries. L'organisme est accrédité par Agrément Canada.

Nous offrons aux Manitobains une vaste gamme de programmes de traitement de la toxicomanie et de services d'éducation de la population et de prévention. En 2017-2018, au-delà de 18 000 personnes ont été admises dans les programmes résidentiels et communautaires de la FMLD. De plus, l'organisme a offert des services de prévention et d'éducation à plus de 36 000 participants. Nous entretenons des partenariats solides avec divers secteurs, notamment ceux de la santé mentale, de la protection de l'enfance, de la justice et des communautés autochtones.

Références

1. Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances. (2018) Données et évaluation.
2. Service de police de Winnipeg (2018). *2017 year in review*.
3. Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW). (2018). *Methamphetamines presentations to WRHA emergency departments*.
4. Projet Main Street. (2018). *A year of action: Holding communities, building stability*. Rapport annuel.

5. Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances. (2018). *Injection drug use: AFM clients*. Données et évaluation et Manitoba Addictions Knowledge Exchange.
6. Marshall S, Reimer J. (2018). *Crystal methamphetamine use in Winnipeg: Drug consumption and context*. Office régional de la santé de Winnipeg.
7. Froese I. (11 décembre 2018). *Meth use in Winnipeg causing outbreak of blood-borne illnesses, new documents say*. Canadian Broadcasting Corporation. Tiré de : <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/prairie-police-meth-health-disease-1.4941110>
8. Jill Coubrough. (22 octobre 2017). *Winnipeg: A city wide awake on crystal meth*. Canadian Broadcasting Corporation. Tiré de : <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/winnipeg-a-city-wide-awake-on-crystal-meth-1.4357577>
9. Jill Coubrough. (28 août 2018). *Meth overdose deaths double in Manitoba in 2 years*. Canadian Broadcasting Corporation. Extrait de : <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/meth-overdose-deaths-double-in-manitoba-in-2-years-1.4801236>
10. Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances. (2018). *Gender-based analysis of data from intake and adult AOD treatment forms 17/18 adult alcohol and other drug treatment services*.
11. Drug and Alcohol Services South Australia. (2017). *Management of patients presenting with acute methamphetamine-related problems: Evidence summary*. Extrait de : <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/915c4c60-a766-414c-8606-94d1702d052f/Management+of+meth+presentations+-+evidence+summary+2017+final.pdf?MOD=AJPERES>
12. Virgo Planning and Evaluation Consultants Inc. (2018). *Improving access and coordination of mental health and addiction services: A provincial strategy for all Manitobans*. Extrait de : https://www.gov.mb.ca/health/mha/docs/mha_strategic_plan.pdf
13. Gouvernement du Manitoba et Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (2018).
14. Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *Pourquoi investir en santé mentale contribue à la prospérité économique du Canada et à la pérennité de notre système de soins de santé*. Tiré de : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/mhstrategy_case_for_investment_backgrounder_fre_0_0.pdf
15. Dacey E, Glowacki L. (21 août 2017). *Manitoba final province to sign health-care pact with feds*. Canadian Broadcasting Corporation. Tiré de : <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/funding-health-manitoba-1.4255391>
16. Santé Canada. (21 août 2017). *Le Canada et le Manitoba concluent un accord de financement ciblé en matière de santé*. Extrait de : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2017/08/le_canada_et_le_manitobaconcluentunaccorddefinancementcibleenmat.html
17. Annable K. (15 mars 2017). *Manitoba government orders management cuts to health authorities, agencies*. Canadian Broadcasting Corporation. Tiré de : <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/health-region-staff-cuts-1.4025653>
18. Manitoba Addictions Knowledge Exchange. (2018). *Brief summary literature: Methamphetamine*. Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances.
19. Manitoba Addictions Knowledge Exchange. (2018). *Methamphetamine: Detoxification—brief summary*.
20. Hatherly D. (2018, Dec. 18). *New illicit drug task force will look for ways to fight meth, opioid crisis in Manitoba*. Canadian Broadcasting Corporation. Tiré de : <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/illicit-drugsgovernment-announcement-manitoba-1.4950445>
21. Ruckert A, Labonté R. (2017). Health inequities in the age of austerity: The need for social protection policies. *Social Science & Medicine*, 187:306-11. Extrait de : <http://wp.globalhealthequity.ca/wp/wp-content/uploads/2017/08/Health-inequities-in-the-age-of-austerity-The-need-for-social-protection-policies.pdf>
22. Chartier M, Brownell M, MacWilliam L, Valdivia J, Nie Y, Ekuma O, Burchill C, Hu M, Rajotte L, Kulbaba C. (2016). *The mental health of Manitoba's children*. Centre d'élaboration des politiques de santé du Manitoba. Tiré de : http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference//MHKids_web_report.pdf
23. Cooper B. (2011). Economic recession and mental health: An overview. *Neuropsychiatry*, 25(3):113-7. Extrait de : http://proj1.sinica.edu.tw/~ifpe/ifpe_bulletin/cooper.pdf
24. Public Health England. (2017). *Psychosocial pathways and health outcomes: Informing action on health inequalities*. Tiré de :

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/647709/Psycho-social_pathways_and_health_equity.pdf

25. Institut canadien d'information sur la santé. (2015). *Rapport sommaire : Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada*. Extrait de : <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-inegalites-en-sante-liees-au-revenu-au-canada-0>
26. Centre d'élaboration des politiques de santé du Manitoba. (2011). *Growing gaps in wealth and health for Manitobans: Summary report*. (2011). Extrait de : http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Health_Ineq_summary_final_WEB.pdf
27. Do WY, Bear S, Books SB, Plan SB, Ambearristers R, Friends B, Album BP, Many Hands OD, Path IK, May BW, Gallery PD. (2010). *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada* Extrait de : <https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2014/02/honorer-nos-forces.pdf>
28. Commission de vérité et réconciliation Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir – Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Extrait de : http://www.myrobust.com/websites/trcinstitution/File/Reports/Executive_Summary_English_Web.pdf
29. Agence de la santé publique du Canada (2018). *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2018 : Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes*. Tiré de : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/2018-prevenir-consommation-problematique-substance-jeunes.html>
30. Botelho-Urbanski J, Martin M, May K. (15 décembre 2018 : F). *Ice storm*. Winnipeg Free Press.
31. Pickett KE, Wilkinson RG. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*, 128:316 Tiré de : <http://www.hauora.co.nz/~hpforum/assets/files/Global/Pickett%20and%20Wilkinson%20causal%20link%20between%20inequality%20and%20health.pdf>
32. Friedli L. (2009). *La santé mentale, la résilience et les inégalités*. Organisation mondiale de la santé. Extrait de : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107925/E92227.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Green DA., Riddell CW, St-Hilaire. (2017). *Income inequality in Canada: Driving forces, outcomes and policy*. Institut de recherche en politiques publiques. Tiré de : <http://irpp.org/wp-content/uploads/2017/02/aots5-intro.pdf>
34. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. (2017). Return on investment of public health interventions: A systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*, 71(8):827-34. Tiré de : <https://jech.bmj.com/content/jech/71/8/827.full.pdf>