



Portrait émergeant des consommateurs d'héroïne au Québec

CPLT

Dépôt légal :
ISBN : 2-550-34629-7
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Deuxième trimestre 1999

**Portrait émergeant
des consommateurs d'héroïne
au Québec**

par

Pascal Schneeberger

**Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Juin 1999**

NOTES SUR L'AUTEUR

Pascal Schneeberger est criminologue depuis 1990. Il est également titulaire d'une maîtrise en criminologie de l'Université de Montréal depuis 1994. Il travaille actuellement comme agent de recherche pour le Centre international de criminologie comparée (CICC) et pour le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et sur la violence faite aux femmes (CRIVIFF) de l'Université de Montréal. Il est également agent de recherche pour le groupe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives Québec (RISQ).

Ses travaux ont particulièrement porté sur la clientèle toxicomane judiciarisée, de même que sur l'évaluation des programmes de traitement qui leur sont destinés.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	<i>i</i>
AVANT PROPOS	<i>iii</i>
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	3
CHAPITRE 2 : LE PRODUIT	5
2.1 Description de la substance et de ses effets	5
2.2 Les modes de consommation	7
2.3 La réalité du marché québécois	8
CHAPITRE 3: LE CONSOMMATEUR	10
3.1 Taux de prévalence	12
3.1.1 Les enquêtes épidémiologiques	12
3.1.2 Les populations cliniques	14
3.2 L'initiation	16
3.3 L'évolution des patrons de consommation	17
3.4 Les types de consommateurs	19
3.5 Le profil de personnalité du consommateur-type	21
3.6 Les styles de vie liés à la consommation d'héroïne	26
CHAPITRE 4 : LES CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION D'HÉROÏNE POUR L'INDIVIDU, SON ENTOURAGE ET LA SOCIÉTÉ	27
4.1 Au plan de la santé	27
4.2 Au plan légal	31
4.3 Au plan socio-économique	32
CHAPITRE 5 : LES INTERVENTIONS EXISTANTES	33
5.1 Les interventions au Québec	33
5.2 Les interventions à l'échelle internationale	37
CHAPITRE 6 : LES BESOINS DES HÉROÏNOMANES ET LES LACUNES DES SERVICES PAR RAPPORT À CES BESOINS	39
CHAPITRE 7 : SYNTHÈSE	41
CHAPITRE 8 : PISTES DE SOLUTIONS	43
CONCLUSION	48
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	50

REMERCIEMENTS

L'auteur voudrait tout d'abord remercier chaleureusement les personnes qui ont accepté de collaborer à ce projet. C'est l'addition des expériences de tous et chacun qui a permis que cette monographie se réalise. Il s'agit de :

Roxanne Beauchemin, Cactus, Montréal
Diane Bélanger, Santé publique de Québec, Beauport
Céline Bellot, Université de Montréal, Montréal
Denis Boivin, Régie régionale Montréal-Centre, Montréal
Alain Bourdeau, Sûreté du Québec, Montréal
Suzanne Brissette, Hôpital St-Luc, Montréal
Delfino Campanile, CLSC Parc-extension, Montréal
Line Caron, Régie régionale de la Côte-Nord, Baie-Comeau
Daniel Cousineau, Pavillon André-Boudreau, St-Jérôme
Yvan Delorme, SPCUM, Montréal
Sylvie Dépatie, Cité des Prairies, Montréal
Chantal Fredette, Institut de recherche pour le développement social des jeunes, Montréal
Daniel Gendron, Centre Jean-Patrice-Chiasson, Sherbrooke
Gilles Gosselin, Pavillon André-Boudreau, St-Jérôme
André Guillemette, Jean Lapointe / jeunesse, Montréal
Luc Jobin, Tripp Durivage, Cap-de-la-Madeleine
André Landry, Le Virage, St-Hubert
Marie Larose, Centre de réadaptation en toxicomanie de Québec (CRTQ), Québec
Pierre Lauzon, CRAN/Hôpital St-Luc, Montréal
Mylène Lecours, Action Toxicomanie, Victoriaville
Pierre Lescadre, Gendarmerie Royale du Canada, St-Hubert
Lianne Lussier, Centre Dollard-Cormier / jeunesse, Montréal
Gilles Marquis, Point de Repère, Québec
Carole Morissette, Direction de la Santé publique de Montréal, Montréal
Jean-Marie Nicole, Le Rucher, Portneuf
Michelle Paquet, Domrémy Mauricie-Centre du Québec, Drummondville
Isabelle Paquin, CRAN, Montréal
Pierre Paquin, Centre Dollard-Cormier / jeunesse, Spectre de rue, Montréal
Raymond Parent, Direction de la Santé publique de Québec, Beauport
Robert Paris, PACT de rue, Montréal
Sylvain Pelletier, Mont St-Antoine, Montréal
Hélène Pillozzi, Centre Dollard-Cormier, Montréal
Michel Poirier, Programme Le Portage, Montréal
Élise Roy, Direction de la Santé publique de Montréal, Montréal
Normand Senez, Artoxico, Montréal
Lise St-Louis, Domrémy Mauricie-Centre du Québec, Trois-Rivières

Franceline Tardif, Centre Dollard-Cormier, Montréal
John Topp, Pavillon Foster, St-Philippe-de-la-Prairie
Annick Tremblay, Centre Dollard-Cormier / jeunesse, Montréal

L'auteur voudrait également remercier madame Jocelyne Forget, directrice du Comité permanent de lutte à la toxicomanie, pour ses conseils judicieux et son support tout au long du projet.

Il souhaiterait aussi souligner la contribution des personnes qui ont accepté de lire et commenter la version préliminaire du rapport. Il s'agit de mesdames Carole Morissette, Louise Nadeau et Élise Roy, ainsi que messieurs Delfino Campanile, Serge Gascon et Robert Paris.

Enfin, un grand merci à madame Jocelyne Deguire-Rioux pour son travail de mise en page de la version finale du document.

AVANT PROPOS

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller la ministre de la Santé et de Services sociaux et le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la Jeunesse sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'action ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

Dans le cadre de ce mandat, le Comité procède régulièrement à des travaux visant à mieux clarifier certains aspects de la problématique, à préciser les liens existants avec d'autres phénomènes sociaux associés, ou encore à dégager les caractéristiques spécifiques de certains sous-groupes de toxicomanes.

Or, la consommation d'héroïne et les caractéristiques des personnes qui en font usage sont actuellement des sujets qui retiennent l'attention. Si plusieurs recherches américaines et européennes se sont penchées sur la question, peu d'études ont été réalisées au Québec. Afin de jeter un éclairage québécois sur le thème de la consommation d'héroïne et de l'héroïnomanie, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie a donc commandé une étude sur le sujet.

INTRODUCTION

"L'héroïne fait des ravages" (La Presse, 10 octobre 1998). "Une adolescente succombe à une overdose d'héroïne" (Le Soleil, 25 août 1996). "L'héroïne gagne du terrain à l'école" (La Presse, 9 avril, 1998). "La Ville du smack (Montréal)" (Le Devoir, 7 juillet 1997). Ces titres ne sont que quelques exemples de ce qu'on peut lire dans les journaux. L'héroïne et ses consommateurs constituent donc des sujets d'actualité. Depuis quelques années, cette drogue semble gagner en popularité. Que ce soit dans les journaux ou à la télévision, sous forme de points de presse, de manchettes, de dossiers ou de témoignages, la consommation d'héroïne est présentée comme un phénomène grandissant, recrutant inexorablement de nouveaux adeptes. On présente les héroïnomanes en termes de personnes assujetties à leur drogue, qui ne reculeront devant rien pour se la procurer. Anciennement perçu comme une personne provenant d'un milieu "hermétique" caractérisé par la présence de gens plus fortunés ou marginaux, le consommateur d'héroïne d'aujourd'hui ne correspond plus à cette définition selon les intervenants du milieu.

Les méfaits associés à la consommation de ce produit, particulièrement chez ceux qui en font un usage par voie intraveineuse, sont dénoncés par de nombreux intervenants : criminalité, maladies infectieuses, conditions de vie insalubres, malnutrition, etc. On déplore le manque de ressources s'adressant à cette clientèle et on laisse présager un avenir apocalyptique à la société nord-américaine si aucune démarche n'est effectuée pour enrayer le problème.

Plusieurs solutions sont proposées pour faire face au phénomène de la consommation d'héroïne. Certains prôneront la répression, d'autres la réhabilitation. Un nombre de plus en plus important de personnes avanceront qu'il faut envisager le problème sous l'angle de la réduction des méfaits compte tenu du peu de personnes rejointes par les approches traditionnelles et des dangers encourus par les consommateurs d'héroïne et leur entourage.

L'héroïne demeure encore aujourd'hui, dans la conception de plusieurs personnes, une substance mythique et l'héroïnomane une énigme. Quant à l'intervention auprès de ces personnes, elle est peu connue, parfois méprisée et, surtout, elle ne fait pas l'unanimité quant à sa nature. Quelle est la véritable ampleur du phénomène? Qui touche-t-il? Que pouvons-nous faire?

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) s'est donné comme mandat de mieux saisir le profil actuel des consommateurs d'héroïne au Québec. Après avoir pris connaissance des

considérations méthodologiques liées à cette étude (chapitre 1), le lecteur trouvera dans le deuxième chapitre une description de l'héroïne, de ses effets, de son mode de consommation et de sa disponibilité sur le marché. Il pourra découvrir dans le troisième chapitre un portrait du consommateur d'héroïne en termes de nombre, de types de consommateurs, de profil de personnalité et de styles de vie associés à cette consommation. Le chapitre quatre présente les conséquences de la consommation d'héroïne pour l'individu, son entourage et la société, alors que le cinquième chapitre énumère les interventions existantes au Québec et à l'échelle internationale en matière d'héroïnomanie. Le sixième chapitre présentera les principales difficultés rencontrées par les héroïnomanes selon l'avis des intervenants et les besoins qui en découlent. Le chapitre sept résumera les grandes lignes des chapitres précédents alors que le huitième et dernier chapitre avancera quelques pistes de solution découlant de l'analyse de la situation.

CHAPITRE 1 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Lorsque nous avons débuté ce travail, il était prévu que l'information recherchée serait recueillie à partir de deux sources différentes. Dans un premier temps, nous avons consulté les résultats d'études conduites au Québec auprès des consommateurs d'héroïne. Notre travail a débuté au Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT). Nous y avons recherché tous les documents qui traitaient de l'héroïne ou de ses consommateurs. Par la suite, nous avons poursuivi nos investigations en interrogeant différentes banques de données informatisées de l'Université de Montréal avec le mot clef "héroïne". Malgré l'étendue de nos recherches bibliographiques, peu de documents ont été répertoriés. Une première explication réside dans le fait que rares sont les écrits scientifiques consacrés à ce thème au Québec. En effet, si on retrouve plusieurs écrits sur l'héroïne et ses consommateurs aux États-Unis et en Europe, il n'en existe pas beaucoup dans notre province. Ces travaux ne sont pas toujours consacrés à l'héroïne et c'est donc à partir d'autres mots-clés qu'il faut les retracer (ex. injection de drogues par voie intraveineuse). Une seconde explication est que les ouvrages québécois traitant de cette problématique ne sont peut-être pas enregistrés dans les banques de données. En effet, les documents internes de différents organismes qui sont susceptibles de nous renseigner sur notre objet de recherche ne sont pas nécessairement diffusés dans les établissements universitaires. Finalement, il est très plausible que les personnes possédant l'information que nous souhaitons n'écrivent tout simplement pas.

Pour pallier les difficultés rencontrées dans la recherche de documents traitant de l'héroïne et de ses consommateurs et pour compléter le tableau ainsi brossé, nous sommes entrés en contact avec différents informateurs clés oeuvrant auprès de cette clientèle. Une trentaine de contacts ont ainsi été établis¹. Ces gens provenaient en majorité de la grande région métropolitaine puisque la consommation d'héroïne y est beaucoup plus importante qu'ailleurs mais certains d'entre eux représentaient la Côte-Nord, Drummondville, les Laurentides, la Montérégie, Québec, Sherbrooke, Trois-Rivières, Victoriaville, etc. Ils travaillaient également dans différents milieux: centres de réadaptation publics ou privés en toxicomanie, corps policiers, ressources communautaires, centres médicaux, organismes gouvernementaux, travail de rue, etc.

Lorsque nous étions en contact avec un intervenant, nous lui demandions de nous parler de son

¹ Le lecteur trouvera la liste des personnes contactées en annexe.

expérience. Qui sont les consommateurs d'héroïne? Quel âge ont-ils? D'où viennent-ils? Quelles sont leurs motivations à consommer de l'héroïne? Comment s'est déroulée leur initiation? Quelles sont les habitudes qui entourent la consommation? De quoi vivent-ils? Quels sont leurs besoins et leurs difficultés? Par la suite, nous leur demandions s'ils possédaient ou connaissaient des documents qui seraient pertinents pour notre recherche. En dernier lieu, nous leur demandions s'ils étaient en contact avec des intervenants qui pourraient nous donner des informations supplémentaires sur notre objet d'étude. Certains des intervenants contactés nous ont indiqué qu'ils ne recevaient pas cette clientèle ou nous ont référés à d'autres personnes, mais la majorité d'entre eux ont été en mesure de nous fournir des informations.

D'entrée de jeu, il faut mentionner que le manque de données scientifiques québécoises dans le champ de l'héroïnomanie constitue une limite importante de cette étude. Pour pallier ce manque, une grande partie de l'information a donc été recueillie auprès d'informateurs clés et, en conséquence, elle présente parfois un caractère anecdotique qu'on ne saurait généraliser à l'ensemble des consommateurs d'héroïne.

Par ailleurs, il est clair que nous avons rencontré plus de gens oeuvrant à Montréal que dans les autres régions du Québec et, en ce sens, le portrait que nous traçons est sûrement plus complet pour cette région que pour les autres. Par ailleurs, nous nous sommes aperçus en cours de démarche que notre analyse aurait pu davantage tenir compte des particularités liées à certains quartiers de la ville ou encore à certaines communautés culturelles (par exemple, la consommation d'héroïne dans la communauté hellénique de Parc Extension). Ces démarches auraient toutefois demandé beaucoup plus de moyens que ceux dont nous disposions. D'autre part, la liste des personnes susceptibles de nous renseigner sur le portrait des consommateurs d'héroïne n'a pas cessé de se développer au fur et à mesure de nos investigations. Il aurait donc été possible de rejoindre davantage d'intervenants que nous ne l'avons fait.

Enfin, il aurait été intéressant de compléter le portrait ainsi établi par des entretiens auprès de consommateurs d'héroïne, démarche qui n'a pu être réalisée, compte tenu des moyens dont nous disposions.

Nous croyons toutefois avoir réussi à tracer un portrait plutôt fidèle de la réalité vécue par les consommateurs d'héroïne. Le monde de la consommation évolue cependant rapidement. Le portrait décrit correspond à celui dont nous ont parlé les intervenants rencontrés entre le 15 octobre 1998 et le 4 mai 1999. Il est fort à parier que d'ici peu, la situation aura évolué puisqu'on considère qu'une

génération au niveau de la rue équivaut à environ deux ou trois ans.

CHAPITRE 2 : LE PRODUIT

On l'appelle "miss héro", "smack", "jazz", "brown sugar", "china white". Tout autant d'appellations exotiques, mystérieuses, destinées à faire oublier qu'on parle d'héroïne. C'est également une stratégie de marketing développée dans le but de recruter de nouvelles clientèles (Rivest, 1998). Mais de quoi parle-t-on au juste quand on discute de cette drogue? Ce chapitre a pour objectif de démystifier cette substance. Tour à tour, nous discuterons de sa composition, de ses effets, de la façon dont on la consomme et de la réalité du marché québécois.

2.1 DESCRIPTION DE LA SUBSTANCE ET DE SES EFFETS

Comme son nom chimique l'indique, la diacétylmorphine, dite héroïne, est un dérivé semi-synthétique de la morphine, elle-même dérivée de l'opium, ce qui la classe dans la famille des opiacés. L'opium fait partie de la culture de certains peuples depuis des temps immémoriaux. Armitage (1974) rapporte que des écrits, datant de 5 000 ans avant Jésus-Christ, mentionnent l'utilisation de l'opium à titre récréatif ou médicinal. Ce n'est toutefois qu'au début du 19^e siècle que la morphine est extraite de l'opium et il faut attendre la fin de ce siècle pour qu'un pharmacologue allemand, du nom de Dresser, synthétise l'héroïne. Ironiquement, Dresser fabriquait l'héroïne comme substitut à la morphine, croyant ainsi soulager la souffrance des patients avec un produit qui ne créerait pas l'assuétude produit par la morphine (Springer, 1996). On retrouve l'héroïne sous la forme d'une poudre blanche, brune ou beige (Poirier, 1996). L'héroïne est un excellent analgésique et un antitussif efficace (Giroux, 1998). À court terme, les opiacés tels l'héroïne "...stimulent brièvement les centres supérieurs du cerveau puis ralentissent l'activité du système nerveux central" (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997). Il s'ensuit un état d'euphorie, de béatitude que les préoccupations physiques élémentaires ne viennent pas troubler (faim, soif, douleur, pulsions sexuelles, stress). De l'avis de plusieurs consommateurs, il s'agit de la drogue qui s'harmonise le mieux avec l'être humain. "L'héroïne nous amène aux portes de notre âme".

L'utilisateur oscillera entre des états d'éveil et des périodes de somnolence. On remarquera une contraction des pupilles, une sudation plus abondante, un besoin d'uriner plus fréquent, la présence

de constipation et des démangeaisons cutanées. Lors des premiers essais d'héroïne, le consommateur peut ressentir des nausées et avoir des vomissements car son corps rejette cette substance étrangère. "À très fortes doses, l'utilisateur demeure dans un état de torpeur permanent, ses pupilles sont contractées en «tête d'épingle», la peau moite et bleuâtre, et il y a risque de dépression respiratoire profonde pouvant aboutir à la mort" (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997). Notons pour l'instant que, dans bon nombre de cas, les décès reliés à la consommation d'héroïne sont davantage dus à des éléments extérieurs à la substance elle-même. Nous y reviendrons dans le quatrième chapitre. À long terme, la constipation des usagers s'aggravera, ils présenteront de fréquentes sautes d'humeur et les femmes souffriront d'irrégularités menstruelles (dysménorrhée).

L'héroïne est une drogue extrêmement toxicomanogène qui peut rapidement entraîner une dépendance physique. La dépendance physique se produit quand "l'organisme d'un consommateur de drogues devient si habitué à une drogue donnée (dans le cas qui nous intéresse, à l'héroïne) qu'il ne peut fonctionner normalement que si la drogue est présente dans l'organisme" (Santé Canada, 1995). Le temps que prendra cette dépendance pour s'installer variera en fonction de la quantité d'héroïne utilisée et de la fréquence d'absorption de la substance. On estime généralement entre un et deux mois le temps d'utilisation requis pour devenir dépendant de l'héroïne à raison de trois ou quatre doses (d'un demi-point) par semaine². Selon certains intervenants, les trois quarts des individus qui font l'essai d'héroïne développeraient une dépendance physique au produit. Lorsque la dépendance physique s'est installée, l'héroïnomane doit consommer sa drogue quotidiennement. Cette dépendance obligerait l'héroïnomane à consommer trois ou quatre fois par jour (Giroux, 1998) mais, dans certains cas, on peut parler de cinq à six fois sur une période de 24 heures.

La crainte d'un héroïnomane est de ne pas avoir sa prochaine dose de drogue. Si tel est le cas, il commencera à ressentir certains inconforts physiques qui s'accroîtront proportionnellement au temps écoulé depuis la dernière consommation d'héroïne. C'est ce qu'on appelle l'état de manque, ou encore le sevrage. Ces symptômes apparaîtront généralement quatre ou cinq heures après la dernière prise d'héroïne (Santé Canada, 1995). Ils atteindront leur paroxysme 48 à 72 heures après la dernière dose (Giroux, 1998). La liste des malaises qui caractérise le sevrage est longue. On rapporte une anxiété élevée, de l'insomnie, un écoulement nasal, des sueurs abondantes, des spasmes musculaires, des frissons, des tremblements, des diarrhées, des crampes abdominales, des nausées et des vomissements. Certains clients des intervenants interrogés décrivent le sevrage comme

² La dépendance psychologique serait par contre beaucoup plus rapide.

beaucoup plus intense que la pire grippe que l'on ait déjà eue.

Ces symptômes disparaissent généralement au bout d'une semaine à dix jours même si on a parfois remarqué que certaines fonctions de l'organisme ne revenaient pas à leur état normal avant six mois (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997). Si on a déjà enregistré des décès suite à l'arrêt brutal de l'héroïne chez des personnes extrêmement dépendantes ou en mauvaise santé, le sevrage d'héroïne demeure moins dangereux que celui de l'alcool et des barbituriques (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997).³

2.2 LES MODES DE CONSOMMATION

Si les modalités les plus courantes de consommation d'héroïne sont l'injection intraveineuse et l'inhalation ("chasing the dragon"), il n'en demeure pas moins qu'elle peut être consommée par voie orale, sublinguale, nasale, sous-cutanée, intramusculaire ou anale (Giroux, 1998). Les intervenants rencontrés affirment que la majorité de leur clientèle qui présente une dépendance à l'héroïne consomment leur drogue par voie intraveineuse (entre 75% et 90%). Outre l'avantage de réduire les pertes du produit, l'injection permettrait à l'usager d'atteindre un effet immédiat⁴ et maximal (Giroux, 1998). Pour s'injecter l'héroïne, l'utilisateur ajoutera la drogue (poudre) à une petite quantité d'eau dans une cuiller qu'il chauffera par la suite (briquet, chandelle, etc.). La solution ainsi obtenue sera par la suite canalisée dans une seringue puis injectée, le plus souvent dans une veine. Notons que plusieurs risques associés à la prise d'héroïne découlent de cette modalité de consommation. Ils seront abordés au chapitre 4.

Il est à noter que l'héroïne peut être consommée simultanément avec de la cocaïne ("speedball") ou encore avec du PCP. On rapporte aussi que la drogue vendue sous le nom d'Ecstasy peut également contenir une certaine quantité d'héroïne (Courtemanche, 1999). Selon certains intervenants, il existerait une catégorie de vendeurs de cocaïne qui ajouteraient de minuscules doses d'héroïne dans leur produit pour que la clientèle développe une dépendance.

À l'inverse, un intervenant de la région de Québec mentionnait que certains revendeurs vendaient parfois un mélange d'amphétamines et de PCP qu'ils faisaient passer pour de l'héroïne auprès des

³ L'auteur ne mentionne toutefois pas les causes précises de décès.

⁴ Une intervenante mentionnait que le temps entre l'injection et le "flash" éprouvé par l'utilisateur était d'environ sept secondes.

consommateurs.

Finalement, on rapporte certaines anecdotes à l'effet que des revendeurs d'héroïne fourniraient gratuitement l'héroïne et le matériel d'injection aux jeunes pour monopoliser une nouvelle clientèle.

2.3 LA REALITE DU MARCHE QUEBECOIS

L'héroïne que l'on retrouve au Canada provient généralement de quatre sources : le Triangle d'Or (Birmanie, Chine, Laos, Thaïlande); l'Asie du sud-ouest (Afghanistan, Inde, Iran, Iraq, Liban, Pakistan, Turquie); l'Amérique Centrale (Guatemala, Mexique); et d'Amérique du Sud (Colombie). Selon Giroux (1998), l'héroïne provenant du Triangle d'Or est blanche, d'apparence cristalline et de haute qualité; celle de l'Asie du sud-ouest est d'un blanc crème ou beige, d'apparence farineuse et moins puissante que celle du Triangle d'Or; celle d'Amérique Centrale se présente dans des teintes très sombres (brun foncé, noir goudron) et sa qualité peut varier grandement; enfin, l'héroïne produite en Amérique du Sud se compare à celle importée du Sud-ouest asiatique, mais à un degré de pureté plus élevée. Si les deux premières provenances sont connues et citées depuis fort longtemps, les deux dernières sont relativement nouvelles dans le commerce de l'héroïne. De l'avis des sources policières interrogées, le trafic d'héroïne serait dirigé par des membres des communautés italienne, asiatique et libanaise. Il ne faut pas exclure le fait que certaines bandes de motards puissent être associées à ces activités. Cet accroissement des pays importateurs d'héroïne a eu comme effet une diminution du prix de vente et une augmentation de la qualité du produit. Ainsi, si on achetait un point d'héroïne (1/10 de gramme) autour de 100 \$ dans les années 1970, on peut se le procurer depuis une dizaine d'années pour 40 \$⁵. Il est également disponible en demi-point et en quart de point pour respectivement 20 \$ et 10 \$. Par ailleurs, si la pureté de l'héroïne se situait autour de 10 % il y a quelques années, on la retrouve aujourd'hui à des taux de 50 % et 60 %, ce qui, selon certains auteurs, représenterait la meilleure qualité au pays (Poirier, 1996).

Catherine Hankins (1999), dans sa conférence d'ouverture du congrès international "Drogues par injection : Enjeux pour la société", rapportait des données du "Programme des Nations-Unies pour le contrôle international des drogues" qui estime que le trafic d'héroïne représente 13 % du commerce international. Il s'agit d'un marché particulièrement lucratif. On estime en effet que le kilo s'achèterait auprès des exportateurs pour un montant moyen de 120 000 \$ et générerait des revenus supérieurs à un million de dollars lorsque vendu au détail. Une à deux tonnes d'héroïne seraient

⁵ Selon certains intervenants, il semblerait que le point soit encore moins dispendieux que les chiffres présentés, c'est-à-dire 20 \$ le point.

nécessaires annuellement pour répondre aux besoins des consommateurs au Canada (Barszczewski, 1999).

Montréal est reconnue comme étant la plaque tournante de la vente d'héroïne au Canada (Senez, 1999). Elle serait le principal point de réception de la marchandise (Poirier, 1996). La métropole serait en effet le principal centre d'approvisionnement d'héroïne au Québec. Le SPCUM recensait, en 1996, au moins huit points de vente de cette drogue⁶ (Poirier, 1996). Il y a fort à parier que l'on puisse retrouver de l'héroïne dans d'autres quartiers de la ville que ceux-ci. Mentionnons que le centre-ville de Montréal semble être l'endroit où l'on en retrouve le plus, ou du moins, où elle est le plus visible. Contrairement à il y a quelques années, l'héroïne à Montréal est maintenant disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Par contre, comparativement à d'autres drogues vendues sur le marché québécois (cannabis, cocaïne), l'héroïne ne se vend pas directement sur la rue. Pour en obtenir, il faut d'abord contacter un revendeur (généralement sur un télé-avertisseur). Ce dernier apportera (ou fera apporter) l'héroïne à un endroit prédéterminé. Cette démarche exige donc quelques connaissances, ce qui fait dire à certains qu'il faut posséder un minimum de contacts pour en obtenir et donc que l'héroïne n'est pas si accessible qu'on le laisse entendre. Par contre, selon une intervenante qui s'intéresse aux jeunes de la rue du centre-ville, ces informations semblent circuler facilement. Un journaliste mentionne d'ailleurs qu'il lui a été possible d'obtenir, en 15 minutes, pour 40 \$ d'héroïne en mentionnant le nom d'une utilisatrice qu'il connaissait (Courtemanche, 1999). Généralement, les intervenants s'entendent pour dire que l'héroïne est plus accessible qu'auparavant.

S'il n'y a pas si longtemps, Montréal était le seul point d'approvisionnement au Québec, les intervenants interrogés mentionnent qu'il y a maintenant la possibilité de s'approvisionner en héroïne dans des régions telles que Québec, Sherbrooke, Drummondville, les Laurentides et Trois-Rivières. La disponibilité du produit varie cependant. Dans certaines de ces villes, la consommation d'héroïne serait le fait de groupes très fermés (ex: milieux universitaires). Selon les personnes interviewées, il ne serait pas surprenant que les consommateurs d'héroïne des plus petites villes débutent leur utilisation de drogue en région puis s'approchent des grands centres urbains par la suite puisqu'ils leur offrent une accessibilité plus grande.

L'héroïne n'est vraiment pas la drogue la plus consommée au Québec (Chevalier et Charland, 1997). De plus, si on se fie aux saisies déclarées par certains corps policiers de la province (SPCUM, Sûreté

⁶ Par ordre alphabétique, Cartierville, Centre-Sud, Hochelaga-Maisonneuve, Parc Extension, Pointe St-Charles, Roxboro, St-Michel, Villieray-Petite Italie.

du Québec) et au nombre d'accusations enregistrées pour possession ou trafic d'héroïne, il ne semble pas y avoir une plus grande quantité d'héroïne sur le marché montréalais qu'il y a quelques années. À ce chapitre, ce sont les statistiques de la Gendarmerie Royale du Canada (GRC) qui se révèlent le plus important témoin de la présence d'héroïne sur le territoire québécois. La GRC a ainsi saisi un peu plus de trois kilos d'héroïne au Québec en 1998 (Chevalier et Laurin, 1999). C'est, par contre, nettement moins que les 30 et 40 kilos saisis en 1991 et 1992 et presque trois fois moins que les saisies effectuées en 1997 (8 kilos) (Chevalier & Laurin, 1999). Toutefois, les saisies ne sont qu'un facteur indicatif et reflètent probablement davantage le travail des policiers dans le domaine, que la disponibilité du produit.

Compte tenu de son prix, de sa pureté, de ses effets et de son accessibilité, l'héroïne semble pénétrer de nouveaux milieux et rejoindre davantage de consommateurs que ce ne fut le cas à une certaine époque. Qu'en est-il exactement de la situation?

CHAPITRE 3 : LE CONSOMMATEUR

Il n'est pas chose aisée que de décrire le consommateur d'héroïne. D'abord, comment le définir? Doit-on parler de personne dépendante, de personne dont la drogue de choix est l'héroïne ou de celle qui en utilise à l'occasion? Quels en sont les indicateurs? À quel portrait correspond un individu qui dit avoir consommé de l'héroïne dans le dernier mois? Par ailleurs, même si l'on parvient à fixer des balises, on remarque qu'elles ne sont pas immuables. Ainsi, la personne qui s'initiera à l'héroïne n'est pas dépendante, mais elle peut le devenir. Le fait de s'initier à une drogue ne signifie pas qu'on va l'adopter. Une personne dont l'héroïne sera la drogue de prédilection à un moment donné pourra lui préférer une autre substance à un autre moment de sa vie. De plus, il est plutôt habituel, dans le champ de la toxicomanie, de rencontrer des consommateurs qui utilisent plusieurs types de drogues en combinaison les unes avec les autres. Dans le cas qui nous intéresse, on rapporte que les consommateurs d'héroïne vont fréquemment recourir à l'alcool, à la cocaïne et aux benzodiazépines (tranquillisants mineurs) (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997). À quelle catégorie de consommateurs appartiennent-ils alors?

Bien que certains auteurs et certains intervenants ne fassent pas toujours cette distinction, nous utiliserons ici le terme "héroïnomane" pour représenter les personnes physiquement dépendantes de l'héroïne et "l'héroïnomanie" décrira l'état de dépendance de ces individus. Dans le cas contraire,

nous discuterons plutôt en termes d'usagers de consommateurs ou d'utilisateurs. Ce chapitre tentera donc de décrire l'héroïnomanie et les autres types de consommateurs d'héroïne en 1998-1999.

3.1 TAUX DE PREVALENCE

S'il est une question qui intéresse les personnes qui se préoccupent de la consommation d'héroïne, c'est bien le taux de prévalence de consommateurs. En d'autres termes, combien sont-ils? Il existe plusieurs sources disponibles qui nous permettent d'estimer approximativement le nombre d'utilisateurs d'héroïne au Québec et plus particulièrement à Montréal. Cependant, il faut garder en mémoire qu'il s'agit d'approximations. Deux sources d'informations principales nous permettent d'évaluer le nombre d'usagers d'héroïne: les enquêtes épidémiologiques et les études effectuées sur des populations cliniques.

3.1.1 Les enquêtes épidémiologiques

Un premier type d'enquêtes épidémiologiques existant regroupe celles conduites auprès de la population générale. Il s'agit d'enquêtes qui s'adressent à l'ensemble de la population, généralement au moyen d'appels téléphoniques ou encore en postant aux répondants un questionnaire. C'est notamment le cas des enquêtes sociales et de santé conduites auprès de la population québécoise. La dernière enquête, menée en 1992-1993, indiquait que près de 19 000 Québécois (0,3 %) de plus de 15 ans avaient consommé de l'héroïne au moins cinq fois au cours de leur vie alors qu'un peu moins de 1 200 (moins de 0,05 %) déclaraient en avoir fait usage dans la dernière année (Santé Québec, 1995). Dans une étude employant sensiblement les mêmes techniques, on rapporte que 115 000 Canadiens (0,5 %) ont déjà consommé de l'héroïne au cours de leur vie (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997). Ces études présentent toutefois deux types de limites. Premièrement, elles ne renseignent que sur le nombre de personnes qui ont déjà fait usage du produit. Il n'est donc pas possible de savoir si ce sont des consommateurs actuels et encore moins s'il s'agit d'héroïnomanes. Deuxièmement, les moyens privilégiés pour rejoindre les répondants excluent une partie importante des consommateurs potentiels d'héroïne que sont les personnes sans domicile fixe et les gens qui ne possèdent pas de ligne téléphonique ou d'adresse postale⁷. Il nous semble donc que les chiffres rapportés donnent un bon aperçu du nombre d'individus qui ont fait l'essai d'héroïne, mais sous-estime grandement ceux qui en font un usage plus régulier.

Pour tenter de pallier ces difficultés, quelques recherches ont entrepris l'étude de sous-populations particulières qui permettent d'estimer le nombre d'usagers d'héroïne dans leurs rangs. C'est

⁷ Sans compter que le consommateur d'héroïne est sans doute le plus susceptible de ne pas retourner le questionnaire ou de refuser d'y répondre.

notamment le cas de l'étude d'Élise Roy et de ses collaborateurs (1996; 1998). Bien que leur objectif principal était d'étudier la prévalence du VIH chez les jeunes de la rue (13-25 ans) et des facteurs qui y sont associés, certains éléments nous permettent d'estimer la proportion de ces personnes qui ont eu un contact avec l'héroïne. Ainsi, parmi les 919 jeunes composant l'échantillon, 32 % déclarent avoir déjà consommé de l'héroïne, 16 % disent en avoir pris dans le dernier mois, 10 % toutes les semaines et 5 % tous les jours (Roy *et al.*, 1996). Ces derniers représentent probablement les cas de dépendance physique. Un peu plus du tiers rapporte s'être déjà injecté une drogue au cours de leur vie. Plus encore, chez ceux qui déclarent s'être injecté au cours des six mois qui ont précédé l'entrevue, plus des deux tiers (67,8 %) affirment l'avoir fait avec de l'héroïne et 43,1 % déclarent s'être principalement injectés de l'héroïne (Roy *et al.*, 1996). Une étude estimait qu'il y avait environ 4 000 jeunes dans la rue à Montréal (Comité sur les jeunes de la rue, 1993), mais nos discussions avec des intervenants en contact régulier avec les jeunes de la rue nous portent à croire qu'ils seraient environ 2 000 à appartenir réellement au monde de la rue. La distinction entre ces deux estimations résiderait probablement dans le fait que les jeunes en fugue ainsi que ceux qui viennent "tripper" les fins de semaine ou une partie de l'été seraient répertoriés dans les 4 000 alors que les 2 000 n'incluraient que les jeunes qui ont fait de la rue leur mode de vie.

Toutefois, la proportion d'utilisateurs d'héroïne qu'on retrouve chez les personnes qui s'injectent est plus faible lorsqu'on s'intéresse à une population plus âgée. L'étude d'une cohorte d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (UDI) recrutée à l'hôpital St-Luc démontre que 32 % d'entre eux se sont injectés de l'héroïne uniquement ou en association avec de la cocaïne (Remis *et al.*, 1998).

Une autre étude visant également comme objectif de surveiller la prévalence et l'incidence du VIH chez les "injecteurs" de drogues a été réalisée par Alary *et al.* (1998). Cette fois-ci, l'échantillon a été constitué à partir des UDI qui fréquentaient les programmes d'échange de seringues de différentes villes de la province. Lorsqu'interrogés à savoir s'ils s'étaient injectés de l'héroïne au cours des six derniers mois, plus de la moitié (54,3 %) des répondants provenant de Montréal ont répondu par l'affirmative. Ces proportions étaient cependant plus faibles dans les autres régions du Québec (31,4 % en Montérégie; 31,0 % au Saguenay/Lac-St-Jean; 22,2 % à Québec; 16,3 % à Hull, 15,4 % en Abitibi/Témiscamingue). Par ailleurs, seulement 20 % des UDI de l'échantillon ont déclaré que l'héroïne était la drogue qu'ils s'étaient le plus souvent injectés dans les six mois précédant l'étude (Alary *et al.*, 1998).

Si plusieurs données existent pour nous aider à estimer le nombre de consommateurs d'héroïne à Montréal, il en va tout autrement pour les autres régions du Québec. Mis à part l'étude d'Alary et de

ses collègues, nous disposons de très peu d'informations sur la consommation d'héroïne ailleurs dans la province. Des discussions avec nos informateurs (travailleurs de rue ou intervenants dans un centre de traitement) laissent entrevoir qu'une trentaine de jeunes de Drummondville consommeraient de l'héroïne. Par ailleurs, on ne sait toutefois pas dans quelle mesure le phénomène touche la population plus âgée. Une dizaine d'héroïnomanes ont été repérés dans la région du Cap-de-la-Madeleine. Une soixantaine de personnes dépendantes de l'héroïne bénéficient actuellement d'un traitement avec méthadone dans la région de Québec. Un intervenant de la région rapportait qu'une investigation sommaire de la question permettait d'estimer (sous toute réserve) qu'il y aurait environ 250 personnes qui pourraient bénéficier d'un tel traitement. Par contre, si on se fie à la situation montréalaise, le nombre de personnes qui bénéficient d'un traitement à la méthadone est loin de représenter le nombre d'héroïnomanes. La Montérégie serait également une région concernée par la consommation d'héroïne puisque, selon un informateur, on recenserait une trentaine de consommateurs pour la seule ville de Longueuil. Au Pavillon André-Boudreau, centre de réadaptation public qui dessert les Laurentides, on a évalué cinq cas de dépendance à l'héroïne depuis le mois de novembre dernier. Encore une fois, la demande d'aide n'est certainement pas révélatrice du nombre de personnes dépendantes de l'héroïne dans cette région. D'autre part, il y aurait des indices à l'effet que les héroïnomanes plus "désorganisés" se rapprocheraient de Montréal.

Une autre façon d'estimer le nombre de consommateurs d'héroïne est d'effectuer des calculs à partir d'un estimé de la population qui s'injecte des drogues. Une étude conduite par Remis *et al.* (1998) qui avait pour objectif d'évaluer le nombre d'UDI dans la ville de Montréal calcule qu'il y aurait environ 12 000 "injecteurs" de drogues par voie intraveineuse (0,66 % de la population montréalaise), taux qui se compare à celui d'autres grandes villes canadiennes telles que Toronto (13 400; 0,56 % de la population) et Vancouver (11 700; 0,70 % de la population). La même étude identifiait qu'entre 28 % et 50 % des UDI de Montréal s'étaient injectés de l'héroïne, seule ou en combinaison avec de la cocaïne, alors qu'elle enregistrait des proportions variant entre 37 % et 58 % pour Toronto et de 36 % pour Vancouver (Rémis *et al.* 1998). Pour le Québec, on estimerait cette proportion à 23 000 "injecteurs" (Cloutier et Demers, 1999). Nous rappelons toutefois au lecteur que les proportions d'UDI qui ont rapporté avoir fait usage d'héroïne est plus faible dans les autres régions du Québec qu'à Montréal (Alary *et al.*, 1998).

3.1.2 Les populations cliniques

D'autres études ont été réalisées auprès de populations dites cliniques. C'est notamment le cas des échantillons constitués à partir d'une population en traitement ou incarcérée. Ainsi, une étude

publiée en 1997 révèle qu'environ 9 % (n=474) des personnes qui recourent à un centre de traitement déclarent que l'héroïne ou un autre opiacé est la cause principale de leur demande d'aide⁸ (Chevalier et Charland, 1997).

Sous un autre angle, des études réalisées par le groupe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ) démontraient que 13,3 % des femmes admises à la prison Tanguay et 6,2 % des hommes admis au Centre de détention de Montréal (Bordeaux) avaient déjà consommé de l'héroïne au cours de leur vie, dont respectivement 3,3 % et 2,3 % dans le mois qui a précédé l'entrevue (Brochu, 1995a). Il s'agit d'un taux de prévalence nettement supérieur à celui que l'on retrouve dans la population générale.

Une question que nous n'avons pas encore abordée touche au sexe des consommateurs. S'agit-il d'un comportement typiquement masculin? Qu'est-ce qui distingue les hommes et les femmes qui consomment de l'héroïne? En proportion, les consommatrices représenteraient entre 18 % et 28 % des populations d'UDI étudiées (Remis *et al.*, 1998; Noël, 1999). De leur côté, les jeunes filles constitueraient près de 30 % des jeunes de la rue (Roy *et al.*, 1998a). Chez les UDI qui fréquentent les programmes d'échange de seringues de la province, on remarque que les femmes (âge médian de 24 ans) sont généralement plus jeunes que les hommes (âge médian de 30 ans) (Noël, 1999). On remarque également que les filles seraient proportionnellement plus nombreuses que les garçons à avoir utilisé la seringue dans les six derniers mois (Roy *et al.*, 1998a). Toutefois, il n'est pas possible de savoir si la situation qui a été décrite dans ces études reflète la réalité de l'ensemble des consommatrices d'héroïne et des femmes héroïnomanes.

Il est difficile de ne pas souligner la question des mères héroïnomanes lorsqu'on parle de la consommation des femmes. Aux États-Unis, on rapporte qu'entre 1,5 % et 1,7 % des femmes qui accouchent présentent des traces d'opiacés dans leur urine (Norton-Hawk, 1997 cité dans Guyon *et al.*, 1998). Au Québec, une étude du RISQ est présentement en cours concernant les mères toxicomanes et pourrait éventuellement fournir des données sur le nombre et les caractéristiques des femmes dépendantes à l'héroïne qui donnent naissance à un enfant.

Il est clair que la question de la consommation d'héroïne des femmes est un sujet qui a été beaucoup moins exploité que celle des hommes. En 1989, Frigon dévoilait que seulement 7 % de la littérature

⁸ Cet estimé exclut les personnes qui suivent un traitement de maintien à la méthadone.

consacrée aux utilisateurs d'héroïne touchait les femmes.

Que peut-on retenir de toutes ces données? Premièrement, on constate qu'alors que les héroïnomanes n'étaient que quelques centaines à Montréal il y a environ 35 ans (Lauzon, 1995), leur nombre a augmenté considérablement. Il semblerait également qu'ils soient davantage représentés dans des populations telles que les "injecteurs" de drogue par voie intraveineuse, les jeunes de la rue et les personnes incarcérées. Bien qu'il soit difficile d'estimer leurs proportions respectives, c'est un phénomène qui semble toucher les hommes et les femmes, les jeunes et les plus vieux. C'est également une population qui migre beaucoup. Ainsi, la période estivale attirerait davantage de consommateurs alors qu'on en recenserait moins durant l'hiver.

Malgré les chiffres présentés dans les paragraphes précédents, la question du nombre d'héroïnomanes et du nombre d'utilisateurs d'héroïne dans la métropole demeure toutefois en suspens. Plusieurs chiffres sont avancés par différents organismes. Ainsi, selon la source d'information, le nombre d'héroïnomanes varie entre 5 000 et 20 000 dans la région de Montréal. Plusieurs raisons expliquent cet écart-type élevé. Tout d'abord, la nature illicite de cette activité nuit au recensement puisque les utilisateurs tendent à cacher, voire à nier leur consommation d'héroïne. Deuxièmement, le point de référence diffère d'une source d'information à l'autre. Certains emploient le terme "héroïnomane" pour parler des personnes qui consomment de l'héroïne. D'autres utilisent le même terme pour parler des gens dont l'héroïne est la drogue de choix. D'autres, finalement, identifient comme "héroïnomane" le consommateur dépendant de l'héroïne. Cette ambiguïté quant à la définition du terme pourrait expliquer en partie le grand écart que l'on retrouve dans les estimés.

Un portrait qui tient compte des données actuellement disponibles aurait été présenté par le CRAN dans un plan d'action proposé à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (Lauzon, 1998) et on y avancerait que le nombre d'héroïnomanes dans la région de Montréal est de 5 000 (estimé conservateur). Il y aurait cependant beaucoup plus de gens qui ont déjà expérimenté cette drogue ou qui en consomment sur une base irrégulière.

Pour le reste de la province, l'état actuel des connaissances ne nous permet pas d'apprécier l'étendue du phénomène sinon qu'il est présent dans plusieurs villes de la province mais qu'il touche certainement moins de personnes qu'à Montréal.

3.2 L'INITIATION

Pour un certain nombre de jeunes, l'héroïne est un des premiers contacts qu'ils ont avec le monde de la consommation. Différentes raisons semblent pousser les gens à faire l'essai de ce produit. Parmi celles que l'on retrouve le plus souvent, on cite la recherche du plaisir, l'acceptation dans un groupe, la popularité de l'activité (c'est "in"), la recherche du meilleur effet (le meilleur "buzz"), la valorisation et la curiosité (Poirier, 1996; Roy, 1999). Anecdote intéressante, plusieurs jeunes ont déclaré aux intervenants que la lecture du livre *Moi, Christiane F., 13 ans, droguée, prostituée* (Hermann et Rieck, 1981) leur avait donné envie d'essayer l'héroïne.

Les personnes qui favorisent le premier contact des nouveaux utilisateurs d'héroïne sont les amis⁹ et le partenaire amoureux. À ce sujet, Roy (1996) relate que 65 % des jeunes de son étude se sont initiés en compagnie d'amis, 25 % en présence de connaissances, 18 % avec leur ami(e) de coeur et que seulement 4 % se sont initiés seuls. Il est peu fréquent, aux dires des intervenants, que le revendeur ("pusher") soit la personne qui initie à la consommation d'héroïne. Fait à noter, plusieurs jeunes ne semblent pas savoir que l'héroïne peut être consommée autrement que par injection. Une étude qualitative réalisée auprès des jeunes de la rue démontrait que sept sur neuf avaient consommé pour la première fois de l'héroïne en se l'injectant (Roy, 1999). Plusieurs consommateurs rapportent ne pas avoir apprécié leur première expérience puisqu'ils ont été malades à cette occasion. Une intervenante sur le terrain déclarait qu'il fallait approximativement deux semaines pour que les nouveaux "injecteurs" soient autonomes.

Si on connaît un peu mieux comment se déroule l'initiation des jeunes à la consommation d'héroïne, on en sait beaucoup moins sur la suite de leur trajectoire dans le monde de la consommation d'héroïne.

3.3 L'EVOLUTION DES PATRONS DE CONSOMMATION

Selon l'avis des intervenants en contact avec les consommateurs d'héroïne, la situation de cette drogue et de ses consommateurs a évolué dans les dernières années. Comment s'est-elle développée et quels éléments caractérisent l'héroïnomanie contemporain?

Il y a une dizaine d'années, on évaluait que l'âge moyen des héroïnomanes se situait autour de 30 ans. Aujourd'hui, une source journalistique estime qu'il se situe davantage autour de 20-25 ans

⁹ À ce sujet, les intervenants rencontrés ont maintes fois souligné la relativité de la notion d'amitié dans cette population puisqu'il s'agissait souvent d'individus rencontrés depuis peu.

(Courtemanche, 1999). Un autre article publié dans *The Gazette* soutient également le discours militant en faveur du rajeunissement de la clientèle, lorsqu'il mentionne que l'âge moyen des héroïnomanes débutant un traitement de méthadone est passé dans la dernière décennie de 40 ans à 28 ans (Travers, 1998). La Régie régionale de Montréal-Centre publiait d'ailleurs en 1997 un rapport où elle soulignait la tendance au rajeunissement des consommateurs d'héroïne (Chevalier et Charland, 1997). Plusieurs de ces jeunes consommateurs ne proviennent pas de la région de Montréal, mais s'y retrouvent "coincés" puisque la drogue n'est pas ou moins disponible dans la région d'où ils proviennent. Une personne sur le terrain nous indiquait qu'il s'agissait en grande partie de gens provenant de l'Abitibi/Témiscamingue et du Saguenay/Lac St-Jean. Il semblerait aussi que les jeunes consommateurs qui proviennent de l'extérieur de Montréal développeraient plus rapidement une dépendance puisqu'ils demeureraient au centre-ville alors que ceux qui résident à Montréal retourneraient généralement chez eux une fois la fête terminée. Un autre aspect qui caractérise la consommation d'héroïne à l'heure actuelle est la rapidité avec laquelle certains consommateurs se détruisent. Dans un article paru dans *l'Actualité*, l'auteur rapportait les paroles d'une ex-héroïnmane aujourd'hui occupée à aider les consommateurs actuels qui déclarait "Depuis six mois, un an, je me sens impuissante. Je vois des jeunes de 15 ou 16 ans qui pataugent dans des bas-fonds que j'ai mis 20 ans à atteindre" (Courtemanche, 1999). La pureté et la disponibilité de l'héroïne ne sont certainement pas étrangères à cette situation.

On remarque également de plus en plus la présence de bandes criminalisées dans l'entourage des jeunes consommateurs d'héroïne. Ces bandes se servent d'eux pour différentes besognes et voient en ces jeunes une clientèle lucrative.

Alors que traditionnellement, les héroïnomanes revendiquaient pour la plupart une longue histoire de consommation (d'héroïne et d'autres substances), on remarque de plus en plus fréquemment, de nos jours, que l'héroïne n'est pas l'aboutissement d'une carrière de consommation pour les gens qui en prennent. L'héroïne (et l'injection) n'est pas perçue comme un drame et la substance est quelque peu banalisée par les jeunes, aux dires de certains intervenants. C'est ce qui leur fait dire que "le passage à l'injection (et à l'héroïne) ne semble pas nécessairement être la conséquence de la dépendance d'un produit spécifique mais plutôt un pas en avant dans la trajectoire de consommation des drogues dures" (Roy, 1999).

Pour certains jeunes, l'héroïne est perçue comme un "trophée toxicomane", comme "la reine des drogues", aux dires d'un informateur. En l'utilisant, ils se sentent consacrés comme des "rois de la consommation".

On remarque aussi de plus en plus la présence d'une deuxième génération de consommateurs d'héroïne, leurs parents étant eux-mêmes des consommateurs (ou d'anciens consommateurs) de cette drogue. On assiste par ailleurs à l'émergence de nouveaux groupes culturels aux prises avec des problèmes de consommation d'héroïne (Russie, Sri-Lanka, Inde, Europe de l'Est).

3.4 LES TYPES DE CONSOMMATEURS

Comme nous avons pu le voir auparavant, il semble y avoir plusieurs types de consommateurs d'héroïne. Il y a tout d'abord les expérimentateurs qui font l'essai d'héroïne à quelques occasions, mais qui n'en feront jamais un usage régulier. Si on en croit les données de l'enquête Santé Québec (1995), ce serait d'ailleurs la majorité des gens puisque près de 19 000 Québécois déclarent avoir déjà consommé de l'héroïne, alors que le plan d'action déposé par le CRAN évalue plutôt à 5 000 le nombre de personnes actuellement dépendantes. C'est notamment le cas de quelques jeunes référés au Centre Jean Lapointe pour adolescents qui déclarent avoir consommé de l'héroïne une cinquantaine de fois dans leur vie. Toutefois, si l'existence de ces consommateurs modérés est mentionnée par plusieurs, nous n'avons pas répertorié d'étude québécoise traitant des caractéristiques de ceux-ci.

Un autre élément qui ressort de notre analyse milite en faveur de deux groupes distincts touchés par la consommation d'héroïne: les plus jeunes et les plus vieux, l'héroïne étant plus présente chez les jeunes consommateurs. En guise d'illustration, Alary *et al.* (1998) rapportent que 57 % des UDI de 24 ans et moins de l'ensemble de la province déclarent avoir fait usage d'héroïne dans les six mois qui ont précédé l'enquête, alors que cette proportion chute à 28 % pour les "injecteurs" de plus de 25 ans.

Finalement, il existe, aux dires des intervenants, un autre type de consommateur d'héroïne qu'on ne retrouve pas ou peu dans les ressources s'adressant aux héroïnomanes (programmes d'échange de seringues, lieux d'hébergement, centres de traitement). Il s'agit de personnes provenant d'un milieu plus aisé. C'est notamment le cas de certains jeunes de collèges privés ou de cégepiens qui consomment de l'héroïne pour ventiler le souci de performance et le stress de la compétition. C'est aussi le cas de certains artistes ou professionnels dont les revenus permettent de conserver un style de vie qui ne les rend pas trop visibles et ne les oblige pas à se compromettre dans la criminalité.

Est-il possible de dégager des caractéristiques spécifiques liées aux consommateurs d'héroïne? Existe-t-il un consommateur-type et présente-t-il un profil spécifique? Cette question fera l'objet de la prochaine section.

3.5 LE PROFIL DE PERSONNALITE DU CONSOMMATEUR-TYPE

Le consommateur d'héroïne est certes marginal de par la nature illégale du produit qu'il consomme. Outre l'illégalité de ses activités, y a-t-il des caractéristiques qui décrivent le consommateur d'héroïne? Quelles sont-elles? Certains intervenants prétendent qu'il est difficile de dégager un profil spécifique aux héroïnomanes, puisqu'il s'agit d'un groupe très hétérogène. D'autres cependant, parviennent à identifier certains éléments communs qui les caractérisent. Ils en viennent également à la conclusion qu'au delà de ces points communs, des profils distincts semblent se dessiner selon l'âge des consommateurs. Dans un premier temps, nous tenterons de dégager les éléments communs aux consommateurs d'héroïne, puis nous présenterons le portrait des jeunes et des plus vieux utilisateurs de cette drogue.

La plupart des intervenants décrivent les consommateurs d'héroïne comme des êtres hypersensibles. La grande majorité d'entre eux possèdent un passé rempli d'événements douloureux (inceste, abus sexuel, abandon, violence, divorce, pauvreté, difficultés scolaires, problèmes judiciaires). Plusieurs ont mal absorbé le choc des dysfonctions présentes dans leur environnement, peut-être en raison de cette hypersensibilité. La consommation d'héroïne aura donc été une façon de composer avec une réalité douloureuse, d'anesthésier les sentiments reliés à ces événements. Somme toute, on pourrait parler d'un mécanisme d'adaptation (Sabourin, 1997). Pour d'autres, par contre, l'héroïnomanie s'inscrit dans une démarche où la recherche du plaisir est l'élément central et, l'héroïne, le meilleur moyen pour y parvenir.

L'estime de soi est généralement faible chez ces personnes, aux dires des informateurs clés. C'est une population qui se déprécie régulièrement et qui ne se perçoit pas digne d'attention. Par ailleurs, le style de vie adopté par ces personnes les place régulièrement en position d'échec. Enfin, certains intervenants en parlent en termes d'êtres extrêmement empathiques, qui vivent parfois la souffrance de l'autre autant que la personne concernée.

À la lecture de cette description, on ne peut s'empêcher de constater qu'ils s'agit de caractéristiques qui décrivent généralement le toxicomane. Lorsqu'invités à commenter ce sujet, nos informateurs clés ont indiqué que ces traits semblent tout de même plus prononcés chez l'héroïnomanes que chez les autres toxicomanes.

Par ailleurs, malgré tous les événements vécus, la majorité des héroïnomanes demeurent en lien étroit avec leur famille (relation fusionnelle). Plusieurs intervenants parlent même de co-dépendance.

Une autre caractéristique commune de la majorité des héroïnomanes est l'importance accordée au rituel d'injection. Cet élément est relaté par de nombreux intervenants. Si la consommation d'héroïne est un "trip" de couple ou de petites gangs au début de la consommation, elle devient une activité solitaire avec le temps et avec l'apparition de la dépendance. Cela aura pour conséquence d'isoler socialement les héroïnomanes. Plusieurs intervenants mentionneront que la solitude de ces personnes est un élément frappant de leur dynamique. Cette constatation peut sembler quelque peu contradictoire avec l'impression que les héroïnomanes vivent une relation fusionnelle avec leur famille. Il faut toutefois comprendre qu'en dehors de leurs relations familiales (lorsqu'elles existent), ces gens sont très isolés socialement.

On mentionne par ailleurs régulièrement que le rapport des héroïnomanes à leur propre corps est très auto-destructeur. Ils sont leur propre bouc émissaire, leur souffre-douleur.

Plusieurs intervenants rapportent aussi un pourcentage élevé de troubles de la personnalité associés à la consommation d'héroïne. On parle alors de troubles affectifs (ex. : dépression), de troubles anxieux (ex. : panique), de troubles de la personnalité (ex. : personnalité antisociale) ou de troubles psychiatriques (ex. : schizophrénie) (Chiasson *et al.*, 1996). On remarque également un taux de suicide élevé chez les héroïnomanes qui serait trois fois supérieur à celui que l'on enregistre dans la population générale (Chiasson *et al.*, 1996).

Par ailleurs, on présente aussi les consommateurs d'héroïne comme des personnes douées d'une grande créativité. Certains intervenants affirmeront qu'ils possèdent un sens de l'esthétisme considérable.

D'autres caractéristiques des consommateurs d'héroïne sont davantage associées à leur âge. Ainsi, selon plusieurs informateurs clés, le "jeune" consommateur d'héroïne ne provient pas nécessairement d'une famille économiquement défavorisée. Par contre, il présentera lui aussi une histoire sociale lourde (violence, parents toxicomanes, placements multiples...). Un intervenant faisait la remarque qu'il lui semblait que les jeunes consommateurs d'héroïne entretenaient pas ou peu de liens avec le parent du même sexe.

L'adolescence est une période où le jeune se perçoit plus fort que tout et par le fait même que l'héroïne. Il croit qu'il ne développera pas de dépendance vis-à-vis cette drogue et plusieurs intervenants racontent que les jeunes prennent des moyens pour éviter d'être "accrochés"

(consommation de fin de semaine, pas plus de deux jours en ligne, etc.). On remarque aussi que les jeunes "injecteurs" d'héroïne sont généralement bien informés des risques reliés à l'injection et adoptent des pratiques sécuritaires. Par contre, le contact avec des "injecteurs" plus âgés constituerait en soi un facteur de risque quant à la transmission de maladies infectieuses.

Une autre caractéristique des jeunes consommateurs d'héroïne rapportée par les intervenants en contact avec cette population est l'insouciance quant au mélange des différents psychotropes qu'ils peuvent faire. Certains intervenants parleront alors de consommation "kamikaze", en référence aux pilotes d'avion japonais de la seconde guerre mondiale dont la mission était de lancer leur appareil sur la cible visée malgré une mort certaine. De l'avis de certains, il s'agit d'un suicide lent et progressif. "Mais pourquoi?" seront tentés de demander certains. Parce qu'il s'agit d'une génération qui ne croit pas à l'avenir répondent les intervenants (no future). Pour eux, le lendemain n'existe pas ou plutôt n'a rien d'intéressant à leur offrir. Ce qui compte, c'est donc le plaisir du moment présent.

Plusieurs personnes ont aussi indiqué qu'une forte proportion des jeunes consommateurs d'héroïne était constituée de "punks", particulièrement à Sherbrooke et à Drummondville.

D'autre part, il y a l'héroïnomane plus âgé. C'est celui que l'on retrouve généralement dans les centres de traitement. Il s'agit d'une clientèle possédant une longue histoire de consommation (de 5 à 15 ans) qui, pour la plupart, s'injectent depuis de nombreuses années. Ils ont en moyenne entre 30 et 40 ans. Ce sont des personnes qui présentent plusieurs problèmes physiques importants et le soulagement de leurs souffrances n'est sûrement pas étranger à leur utilisation d'héroïne.

Selon l'avis d'une clinicienne, il s'agit de personnes qui supportent très mal les séparations et pour eux, l'héroïne est une valeur sûre.

Plusieurs intervenants ont remarqué qu'une proportion importante de leurs "vieux" clients était composée de la deuxième génération d'immigrants arabes, grecs, italiens et juifs. Ces personnes proviennent généralement de familles très strictes où l'autorité parentale est exercée de rude façon. Les parents de ces familles vantent le "rêve américain", dont ils peuvent percevoir plusieurs manifestations autour d'eux, sans pourtant donner à leurs enfants les moyens d'y parvenir (éducation, moyens financiers, etc.).

Il n'est pas impossible que cette dichotomie entre les fins valorisées et les moyens fournis aux héroïnomanes telle que relatée par les intervenants qui oeuvrent auprès d'une population immigrante

corresponde à l'ensemble des consommateurs d'héroïne.

Nous n'avons malheureusement pas pu retracer, au Québec, une étude traitant spécifiquement du profil de personnalité des héroïnomanes ou des consommateurs d'héroïne. Il est donc clair que le portrait qui vient d'être présenté découle des impressions des intervenants interrogés. Par contre, la littérature américaine et européenne a largement abordé ce thème. Sans en faire une recension exhaustive, il est tout de même intéressant de souligner que plusieurs éléments mentionnés par les intervenants québécois sont cités dans les études provenant d'autres pays.

Ainsi, une étude européenne réalisée à partir de l'histoire de vie de six héroïnomanes mentionnait l'importance de la famille chez ces personnes et la loyauté qu'elles lui vouaient (Colliard et Louvrier, 1991). Par ailleurs, la même étude rapportait aussi à quel point les héroïnomanes pouvaient être isolés et elle soulignait le peu de souci qu'ils ont envers leur avenir lorsqu'ils en perçoivent un.

La faible estime que ces individus entretiennent envers eux-mêmes est également un élément qui les caractérise (Fieldman, Woolfolk & Allen, 1995). On mentionne aussi qu'il s'agit d'individus plus introvertis (Montrief, 1985). De plus, on note qu'ils ont souvent tendance à attribuer à des facteurs externes les raisons de leur situation (Craig, 1982).

Par ailleurs, certaines études ont rapporté que les héroïnomanes présentaient divers troubles de la personnalité tels que mesurés par le DSM-III-R (Fieldman, Woolfolk & Allen, 1995) ou le MMPI (Craig, 1982). La personnalité anti-sociale est le trouble qui est identifié le plus fréquemment.

Nous pourrions résumer l'essence du discours véhiculé dans les écrits américains sur le profil des héroïnomanes par une citation de De Leon et autres. L'héroïnomanie y est ainsi perçue :

"...as a disorder of the whole person, reflecting problems in conduct, attitudes, moods, emotional management and values. For many people, there are chronic deficit in social, educational and marketable skills." (De Leon et al., 1995, p. 45).

Il nous semble toutefois qu'il faut demeurer prudent devant ces études qui, dans un premier temps, ne tiennent pas compte du contexte québécois et, dans un deuxième temps, puisent leurs résultats à partir d'une population "institutionnelle" (milieux carcéraux, milieux psychiatriques, centres de cure fermée), représentant sûrement ainsi les cas les plus lourds.

3.6 LES STYLES DE VIE LIES A LA CONSOMMATION D'HEROÏNE

Le choix de consommer de l'héroïne entraîne l'adoption d'un style de vie bien particulier. Premièrement, la nature illicite de la drogue absorbée encouragera ou maintiendra les contacts avec un milieu marginalisé et délinquant. Par ailleurs, les personnes ayant développé une dépendance à l'héroïne vivront sans cesse dans la crainte de ne pas avoir leur prochaine dose, dans la peur d'être malade, de subir les affres du manque. Ainsi, toute l'intelligence et toutes les énergies de l'héroïnomanes seront mises au service de la recherche de drogue et de stratégies pour s'en procurer. Comme plusieurs héroïnomanes présentent un statut socio-économique précaire, ils développeront une panoplie de moyens pour obtenir l'argent nécessaire à leur consommation et à leur survie. Parmi ceux-ci, on retrouve la sollicitation de l'entourage immédiat, les menus travaux, la quête, le *squeegee*¹⁰, et, chez les plus vieux, le recours à l'aide sociale et à la criminalité (vol à l'étalage, fraude, prostitution, introduction par effraction...). Le type d'activités criminelles commises par les consommateurs d'héroïne se distingue en fonction du sexe. Ainsi, si on parle davantage de vente de drogues et d'introduction par effraction pour les hommes, la prostitution¹¹ est une activité qui, sans être exclusivement réservée aux femmes, se retrouve beaucoup plus fréquemment au sein de ce groupe. Il est à noter que, pour la majorité des héroïnomanes, la consommation, la prostitution et la délinquance ne sont pas des fins en soi, mais des moyens de subsistance. Une intervenante rapportait à cet effet que, lorsque ses clientes cessaient de consommer, l'interruption de la prostitution était la première démarche entreprise.

Par ailleurs, sans être le lot de tous, il est à noter que plusieurs héroïnomanes ne disposent pas d'un lieu fixe pour dormir. On rapporte donc qu'ils fréquentent régulièrement les ressources d'hébergement telles Le Chaînon, l'Armée du Salut, le "Old Brewery Mission", L'Anonyme, Le Bunker ou Passages pour n'en nommer que quelques-unes. Il ne faudrait cependant pas croire que tous les héroïnomanes vivent dans la rue. Une journaliste rapporte que plusieurs possèdent des appartements, des cartes de guichet, etc. (Travers, 1998). Un ouvrage européen décrit même comment un ensemble d'héroïnomanes réussissent à concilier consommation, logement et travail

¹⁰ Il est intéressant d'apprendre, comme l'a formulée une intervenante, que les héroïnomanes envoyés en détention en raison de leurs activités reliées au *squeegee* (activités illégales) acquerront, à l'intérieur des murs, les contacts pour pénétrer le milieu de la vente de drogues.

¹¹ Il est par ailleurs surprenant de constater à quel point une activité telle que la prostitution peut être un concept flou dans l'esprit des jeunes de la rue. Ainsi, lorsqu'on leur demande s'ils ont déjà fait de la prostitution, la majorité des jeunes répondent par la négative. Toutefois, lorsqu'on leur demande s'ils ont déjà reçu de la drogue, de la nourriture ou un endroit pour dormir en échange de faveurs sexuelles, les réponses affirmatives sont beaucoup plus nombreuses.

(Caita, 1996).

Enfin, il s'agit d'une population très nomade, qui se déplace beaucoup. C'est du moins l'avis de nombreux intervenants sur le terrain qui remarquent la disparition de certains consommateurs pendant plusieurs mois. Certains auront été incarcérés, d'autres auront entrepris une cure résidentielle, alors que quelques uns auront déménagé sous des cieux plus cléments (Vancouver est une destination prisée des consommateurs d'héroïne), notamment en période hivernale.

CHAPITRE 4 : LES CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION D'HÉROÏNE POUR L'INDIVIDU, SON ENTOURAGE ET LA SOCIÉTÉ

Comme plusieurs s'en douteront, la consommation d'héroïne, par les risques qu'elle comporte concernant le mode d'administration (par voie intraveineuse), l'implication des consommateurs dans des activités illicites et la faible productivité sociale, occasionne un grand nombre de conséquences directes et indirectes, pour l'utilisateur en premier lieu, mais également pour son entourage et la société dans laquelle il vit. Le prochain chapitre brossera un tableau des répercussions que cette pratique occasionne au niveau de la santé, sur le plan légal et par rapport à certains aspects socio-économiques.

4.1 AU PLAN DE LA SANTE

Les conséquences de l'héroïnomanie les plus citées dans la littérature contemporaine sont celles qui touchent à la santé du consommateur et, par ricochet, à celle des gens qu'il côtoie.

Troubles physiques

Tout d'abord, la consommation régulière d'opiacés telle l'héroïne peut entraîner une série de difficultés. Parmi celles-ci, on retrouve la constipation chronique, la perte de poids, la déshydratation, l'impuissance sexuelle et la stérilité, de même que des complications pulmonaires dont certaines formes de pneumonies (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997; Poirier, 1996).

Le manque d'hygiène relié au style de vie des héroïnomanes conduira certains à développer d'autres types de problèmes : poux, gale, mauvaise circulation, malnutrition, détérioration du système

immunitaire, etc. (Sabourin, 1997).

Comme nous l'avons vu précédemment, l'injection est un mode de consommation fréquemment adopté par les consommateurs d'héroïne. Les impuretés présentes dans le matériel d'injection, les adultérants employés dans la coupe de l'héroïne et les techniques d'injection parfois déficientes de certains usagers peuvent être à l'origine de plusieurs problèmes de santé physiques (Giroux, 1998). Ces personnes augmentent leurs chances de développer des abcès, de la cellulite, des maladies du foie, des endocardites voire même des lésions cérébrales (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997).

Par ailleurs, il est un fait reconnu depuis plusieurs années que les "injecteurs" de drogues par voie intraveineuse représentent une population hautement à risque de contracter des maladies infectieuses chroniques telles les hépatites B et C et le virus d'immuno-déficience humaine (VIH) (Greenwood, 1992; Wilson, Watson et Ralston, 1995).

Hépatites

Ainsi, on évalue qu'un nombre impressionnant d'UDI auraient développé une forme d'hépatite, particulièrement de type C (jusqu'à 80 %, selon certains témoignages). Chez les jeunes de la rue, 9,2 % ont été infectés par le virus de l'hépatite B et 12,6 % l'ont été par le virus de l'hépatite C. Chez les jeunes qui se sont injectés des drogues, les proportions sont respectivement de 16,2 % et 26,5 % (Roy *et al.*, 1997).

VIH

On estime qu'à Montréal, le taux de prévalence du VIH avoisinerait 20 % (Côté, 1999; Perron, 1999), alors que 5 % des UDI non-contaminés contracteraient la maladie annuellement (Côté, 1999). Au CRAN, où la clientèle est composée presque exclusivement d'héroïnomanes, 15 % d'entre eux seraient infectés par le VIH.¹²

Hankins *et al.* (1989) rapportent que près de 15 % des femmes incarcérées à la Maison Tanguay qui se sont injectées au cours de leur vie sont infectées par le VIH.

¹² Il est à noter que le fait d'être atteint du VIH est un critère de priorité dans cet organisme, ce qui peut expliquer le taux plus élevé.

Chez les jeunes de la rue, population massivement touchée par la consommation d'héroïne comme nous avons pu le constater précédemment, la prévalence d'infection au VIH était de 1,85 %, ce qui constitue un taux dix fois plus élevé que dans la population québécoise du même âge (Roy *et al.*, 1998a). Ces jeunes présentent aussi un taux de mortalité douze fois supérieur à celui des jeunes de leur âge au Québec (Roy *et al.*, 1996). Chez ceux qui se sont déjà injectés des drogues, le taux est de 3,9 %. Cette mortalité est principalement reliée à des overdoses ou à des suicides (Roy *et al.* 1998b).

Par contre, il importe de mentionner que la prévalence de VIH chez les "injecteurs" d'héroïne semble plus faible que chez les "injecteurs" de cocaïne. Dans l'étude de réseau SurvUDI, on demandait aux personnes qui s'étaient injectées dans les six derniers mois de mentionner quel produit avait été utilisé. On a pu ensuite comparer la prévalence du VIH chez ces "injecteurs" en fonction de la drogue consommée. Les résultats démontrent que la prévalence de VIH était plus faible (bien qu'élevée) chez les consommateurs qui s'étaient injectés de l'héroïne (9,5 %) que chez ceux qui s'étaient injectés d'autres drogues (16,9 %) (Alary *et al.*, 1998). Selon la même étude, la prévalence de VIH était plus élevée dans les villes de Montréal, Ottawa et Hull que dans les autres régions du Québec, atteignant 14,5 % en milieux urbains et 2,5 % en milieux semi-urbains. Il en allait de même pour le taux de personnes nouvellement atteintes par le VIH qui était de 8,3 par 100 personnes-année (PA) à Montréal¹³ et de 3,2 par 100 (PA) à Québec (les taux des autres villes n'étant pas précisés). Le style de vie associé aux grandes villes est peut-être plus propice au développement d'infections telles que le VIH. Il est également possible que les individus qui présentent les risques les plus élevés de contracter le VIH soient attirés par les grands centres urbains.

SIDA

Au Canada, le Québec affiche le second taux d'incidence cumulative de SIDA (34,6/100 000 habitants) après la Colombie-Britannique et le second rang après l'Ontario en termes de nombre de cas absolu (Remis, Palmer et Leclerc, 1994). Le Québec est également la province la plus touchée par rapport aux femmes atteintes du SIDA (3½ fois plus important qu'ailleurs au Canada). Le SIDA représente plus de 20% des décès chez les hommes âgés entre 20 et 49 ans et vivant dans le Montréal métropolitain. Or, la deuxième cause en importance associée au SIDA dans la province est

¹³ Ce qui représente le plus haut taux enregistré en Amérique du nord (Roy *et al.*, 1998a).

l'usage de drogues par voie intraveineuse.

Comme ces types d'infections peuvent se transmettre lors de relations sexuelles d'un toxicomane à un non-toxicomane ou d'une mère à son enfant, les problèmes de santé liés à la consommation d'héroïne ne concernent pas seulement les consommateurs mais l'ensemble de la société (Lauzon, 1995). Il s'agit par ailleurs d'une population qui voyage beaucoup et les personnes qui ont visité les États-Unis et le Canada d'un océan à l'autre ne sont pas rares (Hankins, 1998).

Surdoses

Le nombre de surdoses n'est pas un aspect à négliger non plus. On rapporte qu'en Colombie-Britannique, près d'une personne par jour est décédée, l'an dernier, des suites d'une overdose (Travers, 1998). En 1993, il s'agissait de la plus grande cause de décès dans la population des 30-44 ans de cette province (Hankins, 1997).

La situation n'est heureusement pas aussi dramatique au Québec. En 1995, on recensait à Montréal 14 personnes décédées des suites d'une intoxication aux opiacés (Chevalier et Charland, 1997). En 1996, 23 personnes trouvaient la mort à Montréal à la suite d'une overdose d'héroïne (Travers, 1998; Bégin, 1998). L'overdose risque entre autres de se produire quand la pureté de l'héroïne injectée est plus élevée que celle à laquelle l'utilisateur a été habitué ou qu'une autre substance est mêlée à l'héroïne à l'insu du consommateur. L'overdose pourrait aussi parfois dissimuler un meurtre (Poirier, 1996) ou un suicide.

Périnatalité

Un autre type de difficulté d'ordre sanitaire qu'il ne faut pas négliger concerne la mère héroïnomane et sa progéniture. On a ainsi relevé que ces femmes présentaient des taux beaucoup plus élevés de fausses-couches, de césariennes, d'accouchements difficiles, et de bébés prématurés. On enregistre également un taux de nourrissons morts à la naissance supérieur à la moyenne (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997). Finalement, le taux de mortalité de ces bébés est beaucoup plus élevé que celui des enfants dont la mère ne consomme pas d'opiacés. Selon Santé Canada (1995), la moitié des femmes dépendantes des opiacés seraient touchées par ces difficultés.

Notons que plusieurs enfants nés d'une mère héroïnomane démontreront des symptômes de sevrage à la naissance. À ce sujet, une étude américaine indique que 30 % à 60 % des bébés enfantés par une mère narcomane présenteraient des symptômes de sevrage à la naissance et que la vie de ces enfants

serait menacée dans 30% des cas (Schuckit, 1995 cité dans Giroux, 1998).

Troubles mentaux

On remarque que les impacts de la consommation d'héroïne sur la santé ne sont pas uniquement d'ordre physique. Ainsi, selon Chiasson *et al.* (1996), la moitié des héroïnomanes qu'ils rencontrent présenteraient des pathologies psychiatriques de type affectif, de troubles anxieux ou de troubles sévères de la personnalité. Dans ces cas, l'héroïnomanie pourrait être à la fois cause et symptôme des troubles psychiatriques (Chiasson, 1999).

4.2 AU PLAN LEGAL

Les conséquences sur le plan de la santé ne sont pas les seules à affecter l'héroïnomanie et son entourage. L'utilisation d'une substance prohibée pour quiconque ne possède pas une autorisation de prescription place les consommateurs d'héroïne dans l'illégalité.

Au Canada, la possession illicite d'opiacés est une infraction à la Loi sur les stupéfiants. L'infracteur est passible, sur déclaration sommaire de culpabilité, d'une amende maximale de 1 000 \$ ou de six mois de prison pour une première infraction et, en cas de récidive, de 2 000 \$ d'amende ou d'une année d'incarcération. Sur déclaration de culpabilité par voie de mise en accusation, le contrevenant encourt une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à cinq ans moins un jour. Le trafic et la possession dans l'intention d'en faire le trafic sont des infractions criminelles encourageant une sentence pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement à vie (Ati Dion, 1999).

Cependant, les données disponibles montrent que peu de gens sont arrêtés et inculpés en raison de cette loi. En 1997, on enregistrait au Québec 98 infractions liées à l'héroïne (possession, trafic, importation), ce qui représentait 1 % de toutes les infractions liées à la *Loi sur les stupéfiants* (Ati Dion, 1999). Par rapport à d'autres types de drogues, l'héroïne est également très peu saisie. On mentionne qu'en 1996, la GRC avait saisi au Québec 3 392 grammes d'héroïne alors que, pour la même année, elle avait intercepté 922 700 grammes de cocaïne (Chevalier et Charland, 1997). Les proportions enregistrées au niveau de la Sûreté du Québec et du SPCUM sont similaires. Mentionnons au passage que, selon l'avis de certains policiers interrogés, le nombre de consommateurs d'héroïne n'aurait pas augmenté au cours des dernières années.

Si les personnes qui abusent d'héroïne ne sont pas souvent emprisonnées pour des délits de possession simple ou de trafic d'opiacés, on peut facilement croire qu'elles sont plus fréquemment incarcérées pour d'autres types de délits. En effet, en raison du faible statut socio-économique de la plupart des personnes dépendantes à l'héroïne et du montant d'argent quotidien relativement élevé nécessaire à l'achat de la drogue que leur impose la crainte d'être malade (sevrage), les héroïnomanes se retrouvent fréquemment impliqués dans toutes sortes d'activités illicites, particulièrement celles contre la propriété.

Dans la littérature américaine, la dépendance à l'héroïne est associée à des taux d'arrestation et d'incarcération plus élevés que dans la population générale. Plusieurs études ont démontré que la grande majorité des héroïnomanes étaient activement impliqués dans des activités criminelles (Schneeberger, Lauzon et Brochu, 1996). À titre d'exemple, Johnson *et al.* (1985) ont interrogé des héroïnomanes qui déclaraient réaliser des revenus provenant d'activités illicites évalués à près de 19 000 \$ U.S. par année.

Au Québec, l'implication des toxicomanes dans la criminalité a été bien démontrée (Brochu, 1995b; Schneeberger et Brochu, accepté pour publication). Ces études ne se sont cependant pas spécifiquement arrêtées aux activités criminelles commises par les héroïnomanes. On sait cependant, à titre indicatif, que 57,9 % (11/19) des hommes admis au Centre de détention de Montréal en 1994 qui rapportaient avoir consommé de l'héroïne au cours de leur vie déclaraient avoir commis des activités criminelles dans le mois qui a précédé leur incarcération (Brochu, 1995a). La moitié d'entre eux indiquaient avoir été criminellement actifs plus de 15 jours durant le dernier mois. Chez les femmes, 42,9 % des détenues admises à la Maison Tanguay qui avouent avoir consommé de l'héroïne dans leur vie admettent avoir participé à des délits le mois précédant leur emprisonnement. Les données ne nous indiquent toutefois pas s'il s'agissait de consommateurs actuels ou dépendants.

Même si nous ne sommes pas en mesure de chiffrer avec exactitude la criminalité commise par les héroïnomanes au Québec, tout porte à croire qu'elle est monnaie courante et que ces activités leur occasionnent quelques expériences carcérales.

4.3 AU PLAN SOCIO-ECONOMIQUE

Toutes les conséquences de la consommation d'héroïne que nous avons mentionnées jusqu'à présent ont des impacts sur la société en termes économiques. D'ailleurs, quelques chercheurs ont tenté de

mesurer l'ampleur des coûts associés à la consommation de substances psychoactives.

Ainsi, on estimait qu'en 1992, l'abus de drogues avait coûté 1,37 milliards de dollars à l'économie canadienne (Single, 1999). Ces coûts étaient principalement reliés aux années de vie potentielles perdues par les personnes décédées des suites de leur abus de drogues (60 %), à l'application de la loi en matière de stupéfiants (29 %), ainsi qu'aux frais relatifs à l'hospitalisation des abuseurs de drogues et aux soins de santé généraux offerts à cette population (6 %).

Au Québec, les coûts associés directement ou indirectement à l'abus de drogues représentaient, en 1992, plus de 334 millions de dollars (Desjardins, 1996). Il est difficile d'estimer la portion de ces coûts qui est attribuable aux consommateurs d'héroïne, mais on peut penser qu'étant donné le grand nombre "d'injecteurs" dans cette population (risques de problèmes de santé de toutes sortes) et la quantité de crimes commis par ces personnes (incarcération élevée, pertes économiques reliées aux délits), le montant doit être relativement important quoique probablement moins élevé que chez les consommateurs de cocaïne.

Outre les conséquences économiques de la consommation d'héroïne, on peut mentionner également certains impacts sociaux du phénomène. On pense entre autres à la famille de ces personnes qui sera souvent touchée par les activités et la situation de l'héroïnomane. Ce dernier mobilisera souvent son entourage pour de l'argent ou de l'aide, ce qui aura comme effet de drainer leur énergie et leurs ressources. On pense également à la diminution de la capacité parentale des héroïnomanes qui est régulièrement mentionnée par les intervenants (Côté, 1999).

CHAPITRE 5 : LES INTERVENTIONS EXISTANTES

Comme nous avons pu le remarquer dans les chapitres précédents, le consommateur d'héroïne et l'héroïnomane présentent une kyrielle de difficultés qui demande qu'on intervienne d'une façon ou d'une autre. Quels sont les moyens mis en oeuvre pour aider cette population?

5.1 LES INTERVENTIONS AU QUÉBEC

On pourrait dire qu'il existe trois types d'intervention possible en toxicomanie: la promotion de la

santé et la prévention (intervention primaire), le dépistage et l'intervention précoce auprès des consommateurs à risque (intervention secondaire) ainsi que la désintoxication, la réadaptation et la réinsertion sociale (intervention tertiaire). Le premier type fait appel à des interventions dans la population générale et vise à informer les gens avant que le problème ne se manifeste. Le second type d'intervention s'adresse à une population qui présente des risques élevés de développer un problème de toxicomanie. On pense ici aux consommateurs réguliers de substances qui n'ont pas encore de dépendance au produit visé. Finalement, il y a l'intervention de type tertiaire, qui vise une population aux prises avec un problème de dépendance aux drogues.

Il est extrêmement difficile de parler d'intervention primaire par rapport à l'héroïne. Généralement, ces programmes sont dispensés dans l'ensemble de la population et visent des gens qui n'ont pas encore exploré l'univers de la consommation (à plus forte raison l'héroïne). On pense entre autres aux éducateurs en prévention de la toxicomanie (EPT) qui oeuvrent au sein des écoles primaires et secondaires. La Gendarmerie Royale du Canada (GRC), à travers son programme de sensibilisation aux drogues, offre un autre exemple de programmes de prévention primaire qui s'adressent à divers milieux (parents, autochtones, milieux de travail, milieux sportifs, etc.). Il existe plusieurs programmes de ce type et les énumérer serait un exercice complexe. Retenons tout de même qu'il s'agit de programmes généraux, qui, mis à part l'alcool et les stéroïdes, ne discriminent pas en fonction des substances. Toutefois, compte tenu de l'évolution du phénomène de l'héroïne chez les jeunes, au Québec et particulièrement à Montréal, qui veut que davantage de jeunes entrent en contact avec l'héroïne sans avoir nécessairement expérimenté d'autres substances psychoactives, on peut se demander s'il n'y a pas une certaine forme de prévention primaire à faire en ce sens. Les établissements scolaires, par contre, ne sont peut-être pas les meilleurs endroits susceptibles de rejoindre cette clientèle. À ce chapitre, la présence de travailleurs de rue dans les endroits fréquentés par les jeunes (arcades, parcs, etc.) pourrait être bénéfique.

L'intervention secondaire semble être l'enfant pauvre du Québec. Lors d'une recension des écrits réalisée en 1997, les auteurs remarquaient que seulement trois programmes de ce genre avaient été répertoriés dans la province, dont deux adressés aux consommateurs d'alcool (Schneeberger et Brochu, 1999). Les EPT peuvent également jouer un rôle à ce niveau, mais on est encore loin d'une d'intervention destinée aux consommateurs d'héroïne.

Le troisième type d'intervention est beaucoup mieux représenté. C'est également celui qui bénéficie de la plus grosse part de l'enveloppe budgétaire accordée par les Régies régionales de la Santé et des Services sociaux dans le domaine de la toxicomanie.

Parmi les ressources qui offrent une aide tertiaire, on en retrouve un type qui s'adresse exclusivement aux personnes dépendantes des opiacés, en particulier les héroïnomanes. Il s'agit des traitements de substitution ou de désintoxication avec soutien médical. Comme il s'agit du seul traitement destiné spécifiquement aux héroïnomanes, nous nous attarderons un peu plus longuement sur ce dernier. Au Québec, le médicament le plus utilisé pour ce genre de traitement est la méthadone. On notera qu'il existe aussi toute une panoplie d'autres médicaments de substitution (LAAM, buprénorphine, codéine, héroïne, morphine, hydromorphone, MS Contin...) dont nous ne traiterons pas ici, compte tenu de leur faible utilisation au Québec (Lauzon, 1999).

À Montréal, à notre connaissance, il existe trois établissements qui dispensent un traitement avec méthadone. L'hôpital St-Luc est un de ceux-ci. Il est possible d'y faire une désintoxication de courte durée (entre 1 et 3 mois) à l'aide de la méthadone. L'hôpital Juif de Montréal et le Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN) offrent la possibilité d'un maintien à la méthadone aux personnes dépendantes des opiacés qui le désirent. Il faut ajouter à cette liste environ 60 médecins dans la communauté montréalaise qui prescrivent de la méthadone. Notons en terminant que, dans la région de Montréal, un projet de distribution de méthadone à haut seuil de tolérance (ou faibles exigences) est envisagé.

Le traitement avec méthadone est également disponible dans d'autres régions du Québec. Ainsi, un programme de désintoxication à la méthadone existe à l'hôpital St-François d'Assise de Québec et le Centre de réadaptation pour toxicomanes de Québec (CRTQ) offre également un programme de maintien à la méthadone. Certains centres publics de réadaptation en toxicomanie (CRPAT) offrent aussi, à l'intérieur de leurs services, l'accessibilité à des programmes de méthadone. C'est notamment le cas de Domrémy Mauricie-Centre du Québec qui offre le service à Trois-Rivières et du Pavillon André Boudreau (Laurentides). Le Virage (Montérégie) est en train de mettre sur pied un service du même ordre. Il serait injuste de clore cette section sans mentionner que certains médecins dispersés dans la province offrent également ce type de service à leur clientèle. Toutefois, ils ne sont pas légion. Ils sont en fait quatre fois moins nombreux à prescrire de la méthadone au Québec (100) qu'en Colombie-Britannique (400) (Appleby, 1999).

De nombreuses études ont démontré l'efficacité de ce type de traitement auprès de la clientèle héroïnomane (Ball et Ross, 1991; Mino, 1995). Si on peut se réjouir qu'il soit maintenant disponible au Québec depuis quelques années, nous devons toutefois souligner que de l'avis de la majorité des intervenants rencontrés, le nombre de places de traitement avec méthadone est largement insuffisant

pour répondre à la demande. Ce type de programme n'est pas non plus disponible dans toutes les régions du Québec (Paquet, 1998).

Il faut également mentionner que le traitement avec méthadone comporte aussi ses limites. Par exemple, il réduira les méfaits reliés à l'injection d'héroïne mais n'aura pas d'effet préventif chez la personne qui consomme également de la cocaïne. On rapporte aussi des cas de surdose où la méthadone était impliquée. C'est notamment le cas de l'Ontario qui rapporte plusieurs douzaines de décès depuis 1996 dus, en tout ou en partie, à l'absorption de méthadone (Appleby, 1999). Toutefois, les experts ne s'entendent pas à savoir si ces surdoses sont la conséquence d'une prescription de méthadone peu contrôlée ou s'il s'agit d'un phénomène inévitable compte tenu du manque de places de traitement disponibles (les héroïnomanes tentant alors une substitution par eux-mêmes en se procurant la méthadone sur le marché noir).

Un autre programme destiné spécifiquement aux héroïnomanes est le projet "*Squeegee*" d'Artoxico. Axé sur l'expression artistique, ce projet de réinsertion permet à des héroïnomanes stabilisés sur la méthadone de réaliser des courts métrages sur leur expérience dans le monde de la consommation d'héroïne. Ces outils (vidéos) serviront ensuite à sensibiliser la population à la réalité du consommateur d'héroïne et tenteront de prévenir l'adhésion de futurs utilisateurs.

Outre ces programmes spécialisés dans le traitement des héroïnomanes, on retrouve plusieurs autres ressources susceptibles de les accueillir. On pense ici aux centres hospitaliers, aux maisons d'hébergement, aux CLSC, aux centres de réadaptation publics en toxicomanie, aux programmes de communautés thérapeutiques, à certains programmes correctionnels, aux maisons de thérapie qui offrent des cures résidentielles, à des organismes communautaires, à des groupes d'entraide (Narcotiques anonymes) ou de support (Suicide-Action Montréal) et la liste pourrait se poursuivre pendant plusieurs paragraphes¹⁴. Certaines de ces ressources offriront des services directement en lien avec la toxicomanie, alors que d'autres viseront en premier lieu l'hébergement, le support, le ravitaillement.

Par ailleurs, on assiste de plus en plus au développement d'une philosophie d'intervention qui a pour but de porter sur la consommation un regard qui favorise la gestion des plaisirs pour une meilleure

¹⁴ Par exemple, la Régie régionale de Montréal publiait, en annexe d'un document, une liste des ressources destinées aux jeunes de la rue, clientèle, comme nous l'avons vu précédemment, largement touchée par la consommation d'héroïne (Direction de la Santé publique, 1998).

santé (Poirier, 1996). Ce discours, de plus en plus présent dans le domaine de la toxicomanie, vise la réduction des risques et des conséquences associés au style de vie de certains consommateurs. Les anglo-saxons emploient l'expression "*harm reduction*", alors que les francophones d'Europe utilisent plutôt la notion de réduction des risques (Brisson, 1999). Au Québec, le terme retenu par les experts est la réduction des méfaits, qui exploite à la fois la notion de réduction des conséquences négatives (intervention secondaire et tertiaire) et celle de réduction des risques de conséquences négatives (intervention primaire), alliant ainsi la perspective anglo-saxonne et franco-européenne (Brisson, 1999). Nous retiendrons donc le terme de réduction des méfaits pour la suite de cette section¹⁵.

La réduction des méfaits est une approche pragmatique en ce sens qu'elle propose des actions concrètes pour diminuer les torts causés par la consommation de drogues. Un des exemples les plus fréquemment cités en matière de réduction des méfaits est celui des programmes d'échange de seringues qui ont vu le jour au Québec il y a une dizaine d'années avec la mise sur pied de Cactus-Montréal. L'objectif de ces programmes est de distribuer des seringues propres et des condoms aux toxicomanes qui le désirent, tout en étant disponibles pour donner de l'information ou du support. On espère ainsi diminuer les risques de contamination de maladies infectieuses telles les hépatites ou le VIH. Ce genre de programme est maintenant disponible au Québec dans 16 régions sur 18. Au Québec, on estime qu'un million de seringues sont distribuées annuellement (Centre québécois de coordination sur le sida, 1999).

L'action des travailleurs de rue et des travailleurs de milieu vise également la réduction des méfaits. En développant des liens significatifs avec le monde de la rue et en se rendant disponibles pour transmettre de l'information, orienter des demandes d'aide, etc., ces professionnels contribuent à la diminution des méfaits associés à la toxicomanie dont l'héroïnomanie.

5.2 LES INTERVENTIONS A L'ECHELLE INTERNATIONALE

Les interventions destinées aux héroïnomanes, à l'extérieur du Québec, ne sont généralement pas différentes de celles que l'on retrouve ici. Par contre, comme la proportion d'héroïnomanes est plus importante aux États-Unis et dans plusieurs pays européens, on retrouve un plus grand nombre de personnes dépendantes à l'héroïne dans chaque programme.

¹⁵ Le lecteur intéressé à une discussion plus complète sur le thème pourra consulter le document de Pierre Brisson (1997), publié par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Par ailleurs, un aspect sur lequel on notera certaines différences concerne les programmes de substitution ou de maintien. On remarque qu'une diversité plus grande de produits sont disponibles pour les médecins qui désirent prescrire ce type de traitement à leurs patients. Parmi ceux-ci, nous retiendrons le cas de la prescription d'héroïne qui défraie régulièrement la manchette des journaux par les temps qui courent. La Suisse est un des pays qui a adopté une législation permettant de distribuer de l'héroïne aux héroïnomanes. Certains pays ont également mis sur pied des "piqueries légales" où les consommateurs peuvent s'injecter dans des conditions sanitaires adéquates. Suite à l'instauration de ces programmes, on a assisté à une amélioration de la condition de santé globale des héroïnomanes, à une baisse de la consommation d'autres drogues, à une diminution de la criminalité et ce, sans qu'aucune surdose ne soit rapportée (Sauvé, 1999).

CHAPITRE 6 : LES BESOINS DES HÉROÏNOMANES ET LES LACUNES DES SERVICES PAR RAPPORT À CES BESOINS

Maintenant que nous connaissons mieux la situation de la consommation d'héroïne au Québec et que nous avons identifié les types de ressources disponibles pour les héroïnomanes, il nous semble important de discuter des difficultés qu'ils rencontrent, des besoins qu'ils éprouvent et des lacunes des services offerts actuellement par rapport à ces difficultés et besoins. Pour ce faire, nous avons demandé à chacun des intervenants interrogés de nous partager leur opinion sur le thème. Voici le fruit de ces réflexions.

Il existe différents types de besoins mais pas tous du même ordre. Certains devront être comblés prioritairement si l'on veut s'attaquer à d'autres. On pense ici aux besoins primaires. Plusieurs héroïnomanes, particulièrement les jeunes, se soucient de ce qu'ils vont manger, de l'endroit où ils pourront dormir, de leur état de santé, de leur sécurité... Les intervenants font remarquer qu'à ce chapitre, il y a un manque quant aux ressources qui s'adressent à ce type de besoins, particulièrement la nuit.

Dans un deuxième ordre, on retrouve les problèmes de propagation de maladies infectieuses liés à la prise de risque que comporte le style de vie des héroïnomanes, en particulier ceux qui s'injectent. En ce sens, il y a un besoin criant en matière d'éducation quant aux pratiques d'injection et quant aux relations sexuelles sécuritaires. On remarque également que les heures d'ouvertures des sites d'échange de seringues sont limitées et pas toujours adaptées aux horaires des "injecteurs". On déplore également le manque d'accessibilité à ces ressources pour certaines personnes en raison de leur situation géographique, que ce soit à Montréal ou ailleurs au Québec. Par contre, il est important de mentionner que la majorité des intervenants rencontrés ont indiqué que des sites d'échange de seringues et des travailleurs de rue étaient disponibles dans leur région. Cependant, les consommateurs d'héroïne déclarent ne pas toujours être à l'aise d'utiliser ces ressources, surtout lorsqu'ils habitent de petites villes. Ils ont en effet l'impression que tout le monde sera au courant qu'ils consomment de l'héroïne s'ils en parlent à quelqu'un.

En termes de services, les intervenants ont souligné à maintes reprises le manque de place ou l'inaccessibilité du traitement avec méthadone, qu'on parle de désintoxication ou de maintien. Parfois, les programmes ne sont tout simplement pas offerts dans la région concernée. D'autres fois,

le manque de personnel en place limite le nombre de places disponibles. Dans certains cas, c'est le faible nombre de médecins intéressés à suivre la clientèle stabilisée qui engorge les programmes de traitement existants.

Il faut par ailleurs comprendre que l'arrêt de la consommation d'héroïne est rarement suffisant. Beaucoup d'autres problèmes persistent même après l'interruption de la consommation. D'une part, la clientèle est souvent polytoxicomane (alcool, cocaïne, médicaments) et l'abandon de l'héroïne ne signifie pas la cessation de l'utilisation d'autres psychotropes; on remarque même parfois une augmentation de la consommation d'autres produits. D'autre part, la culture de rue demeure, même s'il n'y a plus de consommation d'héroïne. Ces personnes auront besoin de réapprendre à entrer en contact avec les gens, à leur faire confiance, à se recréer un réseau social. Ils auront également besoin de comprendre ce qui s'est passé et de réapprendre à vivre avec la souffrance, sans avoir recours aux drogues.

Chez les plus vieux héroïnomanes, certains intervenants indiquent un besoin d'aide au niveau de l'emploi, alors que chez les plus jeunes, on parle plutôt de formation alternative, l'école ne les intéresse guère. Selon certains intervenants rencontrés, ces jeunes ont besoin d'activités et de projets qui font appel à leur côté expressif, d'activités qui les stimulent tels que les arts, les excursions en montagne, en voilier, etc.

Plusieurs intervenants ont également identifié un besoin d'interventions spécifiques auprès des communautés culturelles. Ces dernières ne sont pas toujours rejointes par les services mis en place dans leur secteur car ceux-ci ne sont pas toujours adaptés à leur réalité.

Selon certains intervenants oeuvrant auprès des adolescents, il existe également un besoin d'aide au niveau des parents des jeunes qui sont aux prises avec une dépendance à l'héroïne (Nadeau, 1996). En effet, ces parents sont souvent dépassés par la situation et manifestent le besoin d'être écoutés et compris. Ils ont aussi souvent besoin d'apprendre d'autres façons de réagir aux problèmes de consommation de leurs jeunes que celles qu'ils ont employées jusque là.

Finalement, les héroïnomanes mentionnent qu'il leur est difficile de constater qu'on s'intéresse à leur sort lorsqu'ils sont dans la rue mais qu'une fois qu'ils s'en sortent, on ne leur porte plus d'attention et ce, en intervention comme en recherche.

Que faut-il retenir de toutes les données présentées? Le premier élément qui frappe est la **popularité grandissante de l'héroïne**. Autrefois réservée à un milieu très fermé et hautement marginalisé, on la retrouve auprès d'une clientèle beaucoup plus diversifiée. On remarque également un **rajeunissement important des consommateurs d'héroïne** qui se traduit entre autres par une diminution appréciable de la moyenne d'âge des gens qui font une demande de traitement, notamment au CRAN et à Portage. Il n'est pas rare qu'un jeune de 14 ans puisse obtenir de l'héroïne. L'**accessibilité accrue de l'héroïne**, jumelée à son faible prix sur le marché ne sont sûrement pas étrangers à cette situation. Par ailleurs, l'utilisation d'héroïne crée rapidement une dépendance physique, ce qui contribue à un engagement plus sérieux dans la consommation. On remarque aussi que bien que le phénomène soit beaucoup plus présent dans la région de Montréal, il semble se retrouver **partout au Québec**.

On remarque que **certaines sous-population d'individus semblent davantage touchées** par la consommation d'héroïne et les méfaits qui y sont associés. **Les jeunes de la rue, les punks et les personnes incarcérées** constituent des groupes particulièrement impliqués dans la consommation d'héroïne.

Les femmes enceintes dépendantes de l'héroïne représentent aussi un problème important compte tenu des risques que représente leur consommation pour le bébé.

Par ailleurs, **l'injection est** souvent perçue comme le seul, sinon **le meilleur moyen de consommer la drogue**. Le rituel entourant l'injection est d'ailleurs très important pour les "injecteurs" de drogues par voie intraveineuse. La popularité de la **seringue** constitue un **facteur de risque important de transmission du VIH et de l'hépatite**. Le fait de consommer de la cocaïne, d'être plus âgé ou de se tenir avec des UDI plus âgés augmente aussi les risques d'être infecté par le virus. Curieusement, seulement 10% des jeunes de la rue croient qu'ils présentent plus de risques que les autres jeunes de leur âge (Roy *et al.*, 1996).

Sur un autre plan, le fait que des cas de VIH chez les UDI aient été rapportés dans toutes les régions du Québec et que leurs pratiques entourant l'injection soient similaires à celles que l'on retrouve à Montréal portent les chercheurs à croire que **le problème ne peut que s'accroître** dans

ces régions **si des mesures ne sont pas prises**.

Les héroïnomanes ont tous en commun un lourd passé chargé d'événements marquants tels que des abus, de la violence, de la négligence (ou indifférence) parentale, etc. Plusieurs intervenants ont également rapporté que la perception que l'avenir ne leur réserve rien de bon encourage les jeunes à toutes sortes de comportements auto-destructeurs, "comme si le fait de risquer leur vie augmentait à leurs yeux la valeur de cette dernière", déclarait un informateur clé.

Par ailleurs, on remarque que **des coûts importants sont reliés à la consommation** de psychotropes, dont l'héroïne, en raison des problèmes de santé des consommateurs, de leur mortalité élevée et de leur implication dans des activités criminelles.

Un certain nombre de ressources existent pour répondre aux besoins des héroïnomanes. Toutefois, ces **ressources** ne leur sont **pas toujours accessibles** ou ne sont **pas nécessairement adaptées à leurs besoins**. En région, elles se font aussi plus rares.

L'étude réalisée comporte certaines limites. Tout d'abord, le consommateur d'héroïne et l'héroïnomane sont des concepts difficiles à cerner. Il s'agit de personnes souvent polytoxicomanes qui modifieront leur consommation au gré de leurs humeurs, de leurs rencontres et de la disponibilité de la drogue. L'étiquette d'héroïnomane peut leur convenir pour une certaine période de temps puis ne colle plus à leur réalité. Il est donc **particulièrement difficile de chiffrer leur nombre**.

D'autre part, la situation décrite étant beaucoup plus présente à Montréal que dans les autres régions de la province, les intervenants rencontrés et les études réalisées provenaient dans la majorité des cas de cette région. Le tableau dépeint est donc beaucoup plus détaillé et reflète davantage la réalité de la région de Montréal que des autres villes du Québec.

Finalement, il faut garder en tête que la réalité du monde des consommateurs, dont celui des héroïnomanes, est **une réalité en constante évolution, particulièrement chez les jeunes**. Le portrait présenté est donc celui que nous avons constaté au début de l'année 1999 mais rien n'indique que la situation sera la même dans quelques temps. Il faut donc être constamment à l'affût des changements qui s'opèrent dans le milieu.

CHAPITRE 8 : PISTES DE SOLUTIONS

Les écrits que nous avons consultés, les discussions que nous avons eues avec les intervenants et les difficultés rencontrées par les héroïnomanes nous conduisent à un certain nombre de réflexions concernant les solutions à apporter au phénomène.

Tout d'abord, face au nombre sans cesse croissant de nouveaux adeptes de l'héroïne, surtout chez les jeunes, il nous semble important d'agir à deux niveaux. Le premier niveau concerne tous les gens déjà impliqués dans la consommation. Le second vise à éviter que de nouvelles personnes adhèrent à ce mode de vie.

Réduire les méfaits associés à la consommation d'héroïne...

En ce qui concerne le premier niveau d'action, plusieurs attitudes nous semblent indiquées. Dans un premier temps, compte tenu des risques associés à leur style de vie, il semble clair qu'une approche de réduction des méfaits est nécessaire auprès d'une partie de la clientèle héroïnomane.

... en développant un lien significatif avec le consommateur

De l'avis de plusieurs intervenants, certains éléments et certaines attitudes sont essentiels à une application adéquate de cette approche. Par exemple, il faut réussir à établir des liens significatifs avec ces personnes. Cet objectif appelle que 1) l'intervenant rencontre les gens dans leur milieu (les rejoindre où ils vivent); 2) qu'il adopte une attitude d'accueil et d'ouverture et 3) qu'il ne cherche pas à engager le client dans une démarche ou dans une action mais qu'il attende plutôt que la demande vienne du consommateur. Une telle attitude permettra à l'intervenant de créer et de maintenir un contact avec l'héroïnomane, de l'accompagner dans ce qu'il vit et d'être présent lors des moments de détresse vécus par la clientèle, moments susceptibles de générer un changement. Dans cette optique, toute initiative qui ne viendra pas de la personne elle-même est vouée à l'échec et peut compromettre les liens qui ont été créés. Certains intervenants pensent, toutefois, qu'une telle démarche ne devrait pas exclure la tentative de susciter une réflexion susceptible d'amorcer un changement chez les consommateurs.

... en diffusant de l'information

Si notre étude a permis de souligner que les héroïnomanes et consommateurs d'héroïne étaient de mieux en mieux informés sur les risques reliés à la consommation par voie intraveineuse, de même que sur les moyens pour éviter la contamination, il nous apparaît important de poursuivre cet effort d'information. Puisque ce sont les "injecteurs" plus âgés qui présentent les plus hauts risques, les efforts devraient peut-être s'intensifier dans cette voie, ce qui n'exclut certainement pas la poursuite d'une sensibilisation auprès de la jeune clientèle.

Par ailleurs, toujours dans un souci de diffusion de l'information, il serait important d'insister sur les risques de dépendance à l'héroïne, de même que sur la prévention des overdoses.

... en augmentant l'accessibilité aux services existants

Dans cette optique également, l'augmentation du nombre de travailleurs de rue et de travailleurs de milieu permettrait de rejoindre davantage d'héroïnomanes dans leur milieu. Le rapport de confiance établi entre l'intervenant et la clientèle permettra alors de dispenser des services en matière de promotion de la santé et de réduction de la toxicomanie. De plus, l'accessibilité rapide aux services demandés est primordiale pour ce type de clients. C'est au moment où la crise se produit qu'il est davantage possible de les rejoindre et si la période d'attente est trop longue, les héroïnomanes n'adhéreront pas au traitement.

Dans le cas de la promotion de la santé, on parle d'une meilleure accessibilité aux sites d'échange de seringues, aux services médicaux, à des milieux d'hébergement et de distribution de nourriture, etc. Plusieurs intervenants ont insisté sur la détérioration de l'état de santé des consommateurs d'héroïne et des héroïnomanes et jugent prioritaire de leur offrir un suivi médical adéquat. Par ailleurs, bien que plusieurs services visant la promotion de la santé soient déjà mis en place dans plusieurs régions du Québec, nombreux sont les intervenants qui déplorent le manque de souplesse dans les heures d'ouverture de ces ressources (particulièrement la nuit) ou l'absence de services dans certains quartiers et certaines localités.

Il existe certainement une multitude de programmes, d'organismes et de regroupements qui par leurs actions participent à la réduction des méfaits chez les abuseurs de drogues. Toutefois, malgré l'engouement pour cette philosophie, Nadeau (1999) rappelle que nous faisons probablement fausse route si nous croyons que cette stratégie de résolution de problèmes est la seule solution valable et

efficace auprès des toxicomanes. En ce sens, chaque intervention que nous venons de mentionner a sa place pour aider l'héroïnomane à obtenir une qualité de vie meilleure.

Le traitement avec méthadone

En ce qui concerne la réduction de la toxicomanie, le développement de programmes de méthadone en plus grand nombre et plus accessible à la clientèle serait une solution à envisager. Par plus accessible, on entend à la portée de l'ensemble des héroïnomanes. Dans l'état actuel des services, il faut être bien organisé pour dénicher une place de traitement de ce genre, ce qui est loin d'être le cas de la majorité de la clientèle. Ceci ne veut cependant pas dire qu'il faut distribuer la méthadone à tous et chacun et il est important que des règles strictes régissent le processus de dispensation. Par exemple, on devrait s'assurer que la personne qui présente une demande est bel et bien dépendante de l'héroïne (test d'urine, histoire de consommation, vérification de démarches antérieures, etc.). Les intervenants ont par ailleurs nommé à plusieurs reprises le manque de médecins prescripteurs comme étant un facteur limitant l'accès au traitement avec méthadone. Il serait donc important qu'une certaine sensibilisation et démythification de l'héroïnomanie soit faite auprès d'eux. Il est aussi possible qu'une diminution des contraintes reliées à la loi fédérale sur la prescription de méthadone puisse favoriser l'adhésion de nouveaux médecins prescripteurs.

Lorsqu'on parle de traitement avec méthadone, il y a un aspect sur lequel on ne parvient pas à rallier tout le monde. Il s'agit du traitement psychosocial. Certains professionnels pensent que le traitement avec méthadone est efficace s'il est accompagné d'un suivi psychosocial. Plusieurs études ont d'ailleurs confirmé ce point (voir Lauzon et Schneeberger, 1996). Toutefois, certains intervenants sont d'avis que l'obligation de poursuivre une démarche thérapeutique en complément de la substitution avec méthadone rebute une partie de la clientèle héroïnomane qui préférera ne pas entreprendre de démarche plutôt que de se plier aux exigences d'un suivi psychosocial. Cette réalité fait croire à ces intervenants que pour ce type de clientèle, il serait avantageux d'offrir un traitement de substitution sans pour autant établir un cadre thérapeutique (programme à haut taux de tolérance), ou alors d'offrir un accompagnement psychosocial mieux adapté.

La réadaptation

La méthadone n'est certes pas la seule solution à envisager en matière de traitement des héroïnomanes. Plusieurs établissements offrent des services de réadaptation à cette clientèle bien qu'ils ne lui soient pas exclusivement réservés. Giroux (1998) nous prévient par ailleurs que

l'intervention auprès des héroïnomanes comporte des aspects particuliers. Tout d'abord, il est important d'identifier d'où provient la demande d'aide. Cette dernière peut venir de l'héroïnomane lui-même, mais dans bien des cas, elle sera motivée par la famille, le conjoint, l'employeur, le système de justice, les services sociaux, etc. Il est alors nécessaire de reconnaître les nombreuses demandes si l'on veut intervenir efficacement. On peut aussi s'interroger sur les motifs de la demande d'aide.

"Éviter des problèmes légaux? En finir avec les difficultés quotidiennes à trouver de la drogue? Prouver à un tiers qu'elle mérite un emploi ou la garde de ses enfants? Sauver un mariage? Connaître le bonheur?" (Giroux, 1998, p. 2.10)

Il est également essentiel de se souvenir que cette clientèle appelle une intervention où les règles du jeu doivent être clairement établies au départ et respectées tout au long de la démarche (Giroux, 1998). L'héroïnomane est en effet une personne qui percevra et reflétera aisément les incongruités. Il a donc besoin d'une structure, de rencontres stables et régulières. En même temps, l'intervention auprès des héroïnomanes demande une certaine souplesse et une certaine faculté d'adaptation. L'intervenant trop rigide ne demeurera pas longtemps en contact avec cette clientèle.

Il n'y a rien dans nos investigations qui nous permette de croire que le traitement à l'interne soit plus efficace que le traitement à l'externe. Par contre, en ce qui concerne les jeunes, il semblerait qu'une approche individuelle et axée sur la hausse de l'estime de soi soit davantage appropriée.

Il ne faut toutefois pas caresser des taux de succès trop élevés avec cette population. La majorité ne se rendra pas au bout de ce qu'elle a commencé. Il n'est pas rare, aux dires des intervenants, qu'un héroïnomane accomplisse quatre, cinq ou six thérapies avant d'abandonner définitivement la consommation d'opiacés. Plusieurs parviendront à arrêter leur consommation d'héroïne sans traitement. Il est un courant de pensée en toxicomanie qui veut qu'on ne parle plus de démarche de réadaptation, mais de trajectoire de réadaptation. En ce sens, plusieurs épisodes de traitement, entrecoupés de rechutes, seraient nécessaires à un individu pour résoudre ses difficultés. La réduction des méfaits trouverait ici une place privilégiée dans l'optique de maintenir les gens en bonne santé (en vie) suffisamment longtemps pour qu'ils puissent entreprendre, poursuivre ou terminer leur trajectoire de réadaptation. Mais, pour cela, il faut travailler la motivation.

L'intervention auprès de la famille

D'autres pistes de solutions intéressantes ont été proposées et méritent qu'on y réfléchisse. Il semblerait ainsi que la thérapie auprès des héroïnomanes devrait inclure les familles de ces derniers puisqu'elles jouent un rôle important dans la vie des personnes dépendantes (Giroux, 1998; Nadeau, 1996).

Les groupes d'entraide

La création de groupes d'auto-support permettrait aussi aux abuseurs d'héroïne de rehausser leur estime d'eux-mêmes tout en favorisant la prévention auprès des consommateurs potentiels (Perron, 1999).

Les efforts pour éviter l'adhésion de nouveaux consommateurs

Il ne faut pas perdre de vue qu'outre l'objectif de rejoindre les consommateurs d'héroïne déjà impliqués dans le style de vie propre aux héroïnomanes, nous devons éviter dans la mesure du possible que d'autres y participent. En ce sens, il ne faut pas négliger les programmes de prévention et d'éducation en matière de toxicomanie. Ces derniers, par contre, devraient tenter de rejoindre davantage leurs clientèles dans les milieux où elles se tiennent. On parle ici de la rue, des ressources de subsistance, etc.

Les corps policiers ont également un rôle à jouer à ce chapitre. En effet, pour reprendre une notion utilisée en économie, la réduction de l'offre (plutôt que celle de la demande) pourrait empêcher de nouvelles personnes de se joindre aux rangs des consommateurs d'héroïne en rendant son accès plus difficile. Dans cette optique, les forces de l'ordre devraient s'attaquer davantage aux importateurs qu'aux consommateurs.

Finalement, le monde de la consommation est une réalité qui change vite. Il est donc important de suivre de près la situation des héroïnomanes, particulièrement la consommation chez la clientèle juvénile, qui, aux dires de certains intervenants, fluctue très rapidement. Comme il s'agit d'une clientèle difficile à recenser, nous devrions mettre tous les moyens en oeuvre susceptibles de nous aider dans cette tâche. Un de ces moyens serait de documenter solidement les décès liés de près ou de loin à la consommation de substances psychoactives. De telles données permettraient de mieux estimer la population héroïnomane à partir du taux de mortalité.

Par ailleurs, la situation de la consommation d'héroïne est différente selon la région. Il serait

intéressant qu'une étude des besoins spécifiques des consommateurs d'héroïne de chaque région soit faite avant de mettre en place des moyens.

Enfin, quelque que soit l'hypothèse à l'étude ou la solution envisagée, nous ne pouvons que recommander aux décideurs de s'inspirer des expériences qui ont été réalisées ailleurs. Des continents, tels l'Europe, sont aux prises avec le phénomène de l'héroïne depuis de nombreuses décennies et ont élaboré diverses stratégies pour résoudre leurs difficultés. Bien sûr, le contexte européen ne saurait se transposer sans adaptation au contexte nord-américain, mais nous croyons toutefois qu'il existe plusieurs expériences intéressantes qui méritent qu'on s'y attarde.

CONCLUSION

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie s'est donné le mandat de faire le point sur la consommation d'héroïne au Québec. Grâce à la lecture des écrits publiés au Québec et à la rencontre d'informateurs clés oeuvrant auprès des consommateurs d'héroïne, il a été possible de mieux comprendre l'état du phénomène. Les policiers ne perçoivent pas une augmentation de la quantité d'héroïne dans la province; par contre, les intervenants s'accordent tous pour dire que la substance est de plus en plus présente dans des groupes qui n'étaient pas traditionnellement touchés par la consommation d'héroïne. Il est impératif de chercher à mieux comprendre le processus par lequel ces personnes en viennent à faire l'essai de cet opiacé et les raisons qui les motivent à poursuivre dans cette voie. De cette façon, nous serons en mesure d'intervenir plus efficacement.

Pour l'instant, la conclusion qui semble la mieux appropriée est qu'il existe différents types de consommateurs d'héroïne, différents besoins ressentis et différentes interventions susceptibles de leur venir en aide. Il semble également que la réadaptation doit être perçue comme une trajectoire qui, en bout de ligne, conduira les consommateurs à abandonner ce style de vie.

En attendant, il est de notre devoir de mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour que le moins de gens possibles adhèrent à la consommation d'héroïne. Il est également primordial que nous déployions des stratégies qui permettront de garder ces personnes le plus intactes possibles en attendant qu'elles entreprennent et complètent cette trajectoire de réadaptation. C'est pourquoi nous croyons qu'il faut agir à la fois en amont de l'apparition des difficultés reliées à la consommation d'héroïne en instaurant des programmes de prévention et de dépistage rapide et, à la fois, lorsque la consommation est problématique en offrant des services de désintoxication, de réadaptation et de

réinsertion sociale, tout en adoptant des pratiques et des politiques qui permettent de réduire les méfaits associés à la consommation d'héroïne. La force de l'intervention dans le champ de la toxicomanie, et par le fait même auprès des consommateurs d'héroïne, est d'offrir un continuum de services permettant de rejoindre l'individu à tout moment de son cheminement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alary, M., Hankins, C., Parent, R., Noël, L., Claessens, C., Blanchette, C. et Tran, T. (1998). *Le réseau SurvUDI : Trois années de surveillance du virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection*. Beauport : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Centre de santé publique de Québec.
- Appleby, T. (1999). Overdose Deaths Soar as Methadone Hits Streets. *The Globe and Mail*, Monday, March 15th 1999.
- Armitage, A.T. (1974). The Ugly History of Opium, Morphine and Now... Heroin. *Quarterly Journal of the Canadian Association of Rehabilitation Personnel*. 1 (3), 14-19.
- Ati Dion, G. (1999). *Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues, de 1995 à 1998*. Portrait statistique. Montréal. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Ball, J.C. et Ross, A. (1991). The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. *New York : Springer-Verlag*.
- Barszczewski, R. (1999). The Impact of Injection Drug Use on the Underground Economy for the Province of Quebec and Canada (in General). Actes du *Congrès Drogues par injection : Enjeux pour la société*. Montréal. 12-14 mars 1999.
- Bégin, J.-F. (1998). *Hausse des surdoses d'héroïne à Montréal?* La Presse, jeudi 26 février 1998.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Montréal. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Brochu, S. (1995a). *Résultats de l'étude sur la consommation d'héroïne des personnes incarcérées au Centre de détention de Montréal et à la Maison Tanguay*. Montréal. RISQ (document de travail)
- Brochu, S. (1995b). *Drogue et criminalité. Une relation complexe*. Montréal. Presses de l'Université de Montréal.
- Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., Lachance, N., Désy, M., Soto, J. et Vincelette, J. (1997). High Rates of HIV Infection among Injection Drug Users Participating in Needle Exchange Programs in Montreal : Results of a Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 146(12), 994-1002.
- Caiata, M. (1996). *La consommation contrôlée de drogues dures. Une toxicodépendance d'intégration paradoxale*. Psychotropes, Revue internationale des toxicomanies, 2, 7-24.
- Centre québécois de coordination sur le sida (1999). *Programmes d'échange de seringues du Québec*. 1 (1). 1-4.
- Chevalier, S. et Charland, C. (1997). *La toxicomanie à Montréal-Centre. Faits et méfaits*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la programmation et coordination et Direction de la santé publique.

- Chevalier, S et Laurin, I. (1999). *La toxicomanie à Montréal-Centre. Faits et méfaits*. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.
- Chiasson, J.-P. (1999). Modèle d'intervention du traitement de l'héroïnomanie dans une perspective d'abstinence. Actes du *Congrès Drogues par injection : Enjeux pour la société*. Montréal, 12-14 mars 1999.
- Chiasson, J.-P. *et al.*, (1996). *L'héroïnomanie*. Le médecin du Québec, Janvier 1996.
- Colliard, A. et Louvrier, A. (1991). *Défoncé. Étude comparative du phénomène de défoncé chez les héroïnomanes et les body-builders*. Genève. Les Éditions IES.
- Comité sur les jeunes de la rue (1993). *Réflexion sur la situation des jeunes sans abri de Montréal*. Montréal. Rapport du comité de travail à l'attention du Comité de rue du programme conjoint Ville de Montréal – MSSS.
- Courtemanche, G. (1999). *Veine d'héroïne*. L'actualité, 15 mars, 46-52.
- Craig, R.J. (1982). Personality Characteristics of Heroin Addicts : Review of Empirical Research 1976-1979. *The International Journal of the Addictions*, 17 (2), 227-248.
- De Leon, G., Staines, G.L., Perlis, T.E., Sacks, S., McKendrick, K., Hilton, R. et Brady, R. (1995). Therapeutic Community Methods in Methadone Maintenance (Passages) : An Open Clinical Trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 37, 45-57.
- Desjardins, S. (1996). *Les coûts de l'abus des substances au Québec*. Montréal. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Direction de la santé publique (1998). *Le "Défi de l'accès" pour les jeunes de la rue*. Montréal. Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.
- Fieldman, N.P., Woolfolk, R.L. & Allen, L.A. (1995). Dimensions of Self-Concept : A Comparison of Heroin and Cocaine Addicts. *American Journal on Drug and Alcohol Abuse*, 21 (3), 315-326.
- Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1997). *Renseignement sur les opioïdes*. Toronto. Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Frigon, S. (1989). *Femmes et héroïne : bilan des connaissances, limites et perspectives nouvelles*. Criminologie, XXII(1), 85-109.
- Giroux, C. (1998). *Héroïne et interventions spécifiques*. (Manuel de cours). Université de Montréal : Faculté de l'éducation permanente.
- Greenwood, J. (1992). Creating a New Drug Service in Edinburgh. *British Medical Journal*, 300, 587-589.
- Guyon, L., de Koninck, M., Morissette, P. et Chayer, L. (1998). *Toxicomanie et maternité : un projet possible. Une synthèse des connaissances actuelles*. Montréal. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- Hankins, C. (1998). Syringe Exchange in Canada : Good but Not Enough to Stem the HIV Tide. *Substance Use and Misuse*, 33(5), 1129-1146.
- Hankins, C. (1997). Promoting Harm Reduction Ideas in the International Community. Conference presented at the *8th International Conference on Harm Reduction*.
- Hankins, C., Gendron, S., Richard, C. et O'Shaughnessy, M. (1989). HIV-1 Infection in a Medium Security Prison for Women-Quebec. *Can. Dis. Wkly. Rep.* 15, 168-170.
- Hermann, K. et Rieck, H. (1981). *Moi, Christiane F., 13 ans, droguée, prostituée...* Hambourg : Mercure de France.
- Johnson, B.D., Goldstein, P.J., Preble, E., Schmeidler, J., Lipton, D.S., Spunt, B. et Miller, T. (1985). Taking Care of Business : The Economics of Crime by Heroin Abusers. Toronto : Lexington.
- Lauzon, P. (1995). CRAN. Informations générales. Montréal. Centre de recherche et d'aide aux narcomanes.
- Lauzon, P. (1998). *La mortalité excessive chez les héroïnomanes de la région de Montréal*. CRAN, Unité de toxicomanie Centre Hospitalier universitaire de Montréal, Campus St-Luc.
- Lauzon, P. (1999). *Les approches en traitement de substitution : diverses perspectives, différents besoins*. Actes du Congrès Drogues par injection : Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars 1999.
- Lauzon, P. et Schneeberger, P. (1996). Le rôle des médecins de première ligne dans le traitement avec méthadone. Montréal. Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN).
- Mino, A. (1995). *Les maintenances à la méthadone*. L'information psychiatrique, (3) 237-246.
- Montrief, M.R. (1985). Temperament as it Relates to Heroin Addicts. *Dissertation Abstracts International*, 45 (10), 3341-B.
- Nadeau, L. (1999). *La réduction des méfaits, une avancée déterminante, mais pas la seule solution*. Actes du Congrès Drogues par injection : Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars 1999.
- Nadeau, L. (1996). *Les communautés thérapeutiques pour toxicomanes*. Le Médecin du Québec, 31(1), 71-75.
- Noël, L. (1999). *Le réseau des programmes d'échange de seringues et de surveillance des infections au VIH chez les UDI*. Actes du Congrès Drogues par injection : Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars 1999.
- Paquet, M. (1998). *L'héroïne*. Info-toxico Mauricie-Centre-Du-Québec, 10(1).
- Perron, C. (1999). *Les UDI ont-ils accès aux traitements?* Actes du Congrès Drogues par injection : Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars 1999.
- Poirier, D. (1996). *La consommation d'héroïne chez les jeunes du centre-ville de Montréal : urgence et réalité?* Montréal. Service de police de la communauté urbaine de Montréal.

- Remis, R.S., Leclerc, P., Bruneau, J., Beauchemin, J., Millson, P., Palmer, W.H., Degani, N., Strathdee, S. et Hogg, R. (1998). Consortium to Characterize Injection Drug Users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver). Toronto. *Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Toronto*.
- Remis, R.S., Palmer, R. et Leclerc, P. (1994). *Rapport sur la situation du SIDA et de l'infection au VIH au Québec*. Montréal. Centre d'étude sur le SIDA.
- Rivest, I. (1998). *L'héroïne à Montréal : vers l'overdose*. Journal Voir, 12(49) semaine du 10 au 16 décembre.
- Roy, É. (1999). *Injection de drogues chez les jeunes de la rue*. Actes du Congrès Drogues par injection : Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars 1999.
- Roy, É., Boivin, J.-F., Haley, N. et Lemire, N. (1998b). Mortality among Street Youth. *The Lancet*, 352. 32.
- Roy, É., Haley, N., Boivin, J.-F., Frappier, J.-Y., Claessens, C. et Lemire, N. (1998a). *Étude de cohorte sur l'infection au VIH chez les jeunes de la rue de Montréal*. Rapport Numéro 1. Montréal. Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.
- Roy, É., Haley, N., Boivin, J.-F., Vincelette, J., Frappier, J.-Y., Lemire, N. (1997). *Hepatitis Band C among Street Youth in Montreal. Final report*. Montréal. Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la Santé publique.
- Roy, É., Haley, N., Boivin, J.-F., Frappier, J.-Y., Claessens, C. et Lemire, N. (1996). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH*. Étude de prévalence. Montréal. Groupe de recherche sur les jeunes de la rue et l'infection au VIH.
- Sabourin, G. (1997). *Drogues injectables. Un enfer silencieux*. Santé, 131, 12-17.
- Santé Canada (1995). *Les drogues. Faits et méfaits*. Ottawa. Ministre des Approvisionnements et Services Canada.
- Santé Québec (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993?* Montréal. Gouvernement du Québec.
- Sauvé, M.-R. (1999). *Pour ou contre les prescriptions d'héroïne?* Forum, 33(24), 6.
- Schneeberger, P. et Brochu, S. (accepté pour publication). *L'intervention en toxicomanie auprès des personnes judiciairisées : les intervenants se prononcent*. Revue canadienne de santé mentale communautaire.
- Schneeberger, P. et Brochu, S. (1999). *Évaluation des sessions de formation du programme P•CRA*. Montréal. Centre international de criminologie comparée.
- Schneeberger, P., Lauzon, P. et Brochu, S. (1996). *Le traitement avec méthadone auprès des personnes judiciairisées*. Psychotropes, Revue internationale des toxicomanies, 4(2), 57-72.
- Senez, N. (1999). *L'héroïne à Montréal : vers l'overdose ou la méthadose!* Actes du Congrès Drogues par injection : Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars 1999.

- Single, E. (1999). The Economic Implications of Injection Drug Use. Actes du Congrès Drogues par injection : Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars.
- Springer, A. (1996). Heroin Control : A Historical Overview. *European Addiction Research*, 2 (4). 177-184.
- Travers, E. (1998). Smack coming back. Young teens hooked. *The Gazette*, Saturday August 1.
- Wilson, P., Watson, R. et Ralston, G.E. (1995). Supporting the Problem Drug Users : Improving Methadone Maintenance in General Practice. *British Journal of General Practice*, 45(398), 454-455.