

# PROGRAMME DE FORMATION

Guide du participant

## TOXICOMANIE ET SIDA

*Aiguillons nos interventions !*

WC  
503.6  
T755  
2000



Gouvernement du Québec  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Centre de coordination sur le sida

en collaboration avec la  
Direction de la formation et du développement

INSPO - Montréal



3 5567 00002 8651

SANTÉCOM

# TOXICOMANIE ET SIDA

*Aiguillons  
nos interventions!*

Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606

## **GUIDE DU PARTICIPANT**

**Programme de formation  
pour la prévention de la transmission du VIH  
chez les usagers de drogues par injection**

**Centre québécois de coordination sur le sida  
septembre 1995**

# Table des matières

<b>Présentation</b>	9
<b>Grille-horaire de la session de formation</b>	13
<b>Module 1 — La toxicomanie et le sida: faits, valeurs, pratiques</b>	
<i>Activités d'apprentissage 1 à 7 — 17-21</i>	
<b>Ouverture</b>	
Questionnaire évaluatif des objectifs et attentes personnels (2)	25
<b>Thème 1.1 Toxicomanie et sida: rappel des faits</b>	
Notes de contenu (3A)	29
Jeu-Questionnaire: <i>Sexe, drogues et rock 'n roll</i> . Solutionnaire (3B)	35
Textes en complément de formation (3C)	43
<b>Thème 1.2 Toxicomanie et sida: clarification des valeurs</b>	
Note de contenu (4A)	91
Exercices de priorisation ou de cotation en équipe (4B)	95
<b>Thème 1.3 Toxicomanie et sida: pratiques et enjeux</b>	
Note de contenu (5A)	101
Présentation de deux extraits de documents vidéo (5B)	105
Notes de contenu (6A)	109
Textes en compléments de formation (6B)	115
Exercice de priorisation en équipe (7)	139
<b>Module 2 — La dépendance aux drogues et le style de vie des UDI</b>	
<i>Activités d'apprentissage 8 à 14 — 143-149</i>	
<b>Thème 2.1: Dépendance et surconsommation</b>	
Notes de contenu (8A)	153
Textes en complément de formation (8B)	159
Exercice: <i>Dépendant, moi? ...ça dépend!</i> (9)	171
<b>Thème 2.2: L'UDI: profil et mode de vie</b>	
Notes de contenu (10)	175
Note de contenu (11A)	181
Textes en complément de formation (11B)	185
<b>Thème 2.3: Etre en contact avec l'UDI</b>	
Note sur l'exercice: <i>Le monde de mon tour du monde</i> (12)	221
Extrait de document vidéo (13A)	225
Textes en complément de formation (13B)	229

**Module 3 — Le vécu sexuel et les comportements à risque des UDI**  
**Activités d'apprentissage 15 à 20 — 245-248**

**Thème 3.1: Sexualité et toxicomanie**

Questionnaire: <i>Réflexion sur ma sexualité</i> (15)	251
Le jeu du questionnaire (16)	255
Notes de contenu (17A)	259
Texte d'accompagnement (17B)	273

**Thème 3.2: Transmission du VIH et sexualité des UDI**

Tableau comparatif de l'effet des drogues sur la réponse sexuelle (18)	293
Notes de contenu (19)	297

**Thème 3.3: Prostitution, toxicomanie et infection au VIH**

Mises en situation 1 à 4 (20A)	301
Texte en complément de formation (20B)	307

**Module 4 — Intervenir auprès des UDI: attitudes, stratégies, ressources**  
**Activités d'apprentissage 21 à 27 — 313-318**

**Thème 4.1: L'impact de la réalité sida chez les UDI**

Document vidéo <i>Siderrance</i> (21)	321
---------------------------------------	-----

**Thème 4.2: Intervenir selon le modèle de réduction des méfaits**

Notes de contenu (23A)	325
Texte en complément de formation (23B)	347

**Thème 4.3: Ressources et concertation**

Listes de ressources (24)	357
Texte en complément de formation (25)	365

**LEXIQUE (Toxicomanie)** 401

**LEXIQUE (Sida)** 408

**Documents consultés** 413

# Remerciements

## Coordination

Nicole MAROIS, Centre québécois de coordination sur le sida, MSSS

Richard CLOUTIER, Centre québécois de coordination sur le sida, MSSS

## Réalisation du cahier

\* Pierre BRISSON, consultant en toxicomanie (Montréal)

Conception et supervision; responsable de la Présentation et de l'élaboration des Modules 1 et 2

\* Danielle CHAMPAGNE, sexologue (Montréal)

Responsable de l'élaboration du Module 3 et collaboration à l'élaboration du Module 4

\* Guylaine DESJARDINS, travailleuse de rue, PIC-ATOUTS (Montréal)

Responsable de l'élaboration du Module 4

\* Pierrette HÉON, infirmière, CACTUS (Montréal)

Collaboration à l'élaboration du Module 4

\* Pierre PAQUIN, intervenant en toxicomanie (Montréal)

Collaboration à l'élaboration du Module 2

\* Thérèse SIROIS, conseillère en formation, Collège de Maisonneuve (Montréal)

Assistance à la supervision et à la réalisation

## Consultation

Suzanne AUGER, coordonnatrice du projet UDI, Santé publique (Montérégie)

Lizette BÉDARD, Service des programmes aux personnes toxicomanes, MSSS (Québec)

René CLOUTIER, Service des programmes aux personnes toxicomanes, MSSS (Québec)

Solange DION, infirmière, hôpital Saint-Luc, centre de désintoxication (Montréal)

Gervais DOMPIERRE, médecin, Centre Hospitalier de l'Université Laval (Québec)

Michel DORAIS, travailleur social et consultant en sexologie (Montréal)

Hélène GAGNON, sexologue, Point de Repères, milieu carcéral (Québec)

Andy KENNEDY, médecin, Santé publique (Saguenay)

Gilles MARQUIS, directeur, Point de Repères, intervenant-consultant en toxicomanie (Québec)

Michel MORRISSETTE, médecin-conseil, Centre de Santé publique de Québec (Québec)

Gilles POULIN, médecin-conseil, CPS-03, équipe d'adaptation familiale et sociale (Québec)

*Le MSSS tient à remercier la Régie régionale de Québec, notamment pour avoir cerner le besoin d'une telle formation et pour avoir contribué à son élaboration.*

**N.B. Pour ne pas alourdir le texte, le masculin inclut le féminin dans le présent document.**

# Présentation

## Contexte

Dans la majorité des pays industrialisés, les usagers de drogues — plus spécifiquement les utilisatrices et les utilisateurs de drogues par injection (UDI) — représentent aujourd'hui le second groupe le plus touché par le sida après la population homosexuelle masculine. Si le phénomène général de l'usage de drogues, licites autant qu'illicites, peut être associé à diverses situations à risque — la plus courante étant probablement l'augmentation des relations sexuelles non protégées lorsqu'il y a consommation d'alcool (voir: Lafond, Noël et Jetté, 1991) —, les pratiques actuellement les plus dangereuses au regard de la transmission du VIH sont certes le prêt ou l'emprunt de matériel d'injection usagé et les contacts sexuels non protégés au sein de la population des UDI.

Les données québécoises les plus récentes font état d'une prévalence de l'infection au VIH chez les UDI se situant entre 10 et 20%; selon les experts et d'après l'expérience de villes comme Amsterdam, San Francisco et New York, un taux de séroprévalence supérieure à 10% est susceptible d'entraîner une augmentation importante de la vitesse de propagation, seuil critique déjà dépassé depuis 1991 chez les UDI montréalais (CQCS, 1994). Des études récentes indiqueraient des taux de séroprévalence relativement comparables chez la clientèle des centres d'échange de seringues et de distribution de condoms tels CACTUS, à Montréal, et Point de Repères, à Québec (Gagnon et Noël, 1993). La proportion des UDI parmi les cas de sida est par ailleurs passée, de 1987 à 1992, de 0,4 à 4,7% chez les hommes, et de 1,2 à 17,4% chez les femmes (CQCS, 1994).

Il est urgent, dans ces circonstances, de renforcer les actions préventives directes auprès des UDI. Les intervenants de première ligne, qui déjà cotoient cette clientèle dans leur pratique quotidienne, seront appelés à le faire encore davantage, eux qui n'ont pourtant peu ou pas de formation spécifique leur permettant de s'adapter à ce nouveau contexte d'intervention. Le programme de formation proposé par le Centre québécois de coordination sur le sida souhaite répondre à ce besoin en mettant de l'avant des objectifs à trois niveaux: **améliorer les connaissances de base** nécessaire à l'intervention auprès de personnes à risque du sida dans le contexte de la toxicomanie; **développer des attitudes de réflexion** et d'ouverture face à la double problématique toxicomanie/sida; **accroître les habiletés** spécifiques à la limitation des comportements à risque chez les UDI par l'adoption de pratiques de réduction des méfaits.

## **But du programme**

Contribuer à la prévention de la transmission du VIH chez les UDI du Québec.

## **Objectif général du programme**

Faire en sorte que le personnel du réseau de la santé, des services sociaux et des organismes communautaires et bénévoles appelé à intervenir auprès d'usagers de drogues par injection soit davantage informé, sensibilisé et habilité dans un contexte d'intervention préventive de la transmission du VIH.

## **Objectifs spécifiques du programme**

Au terme de la session de formation, les participants seront en mesure de:

### ***CONNAISSANCES***

- \* Cerner la problématique toxicomanie/sida au plan des données et des pratiques d'intervention. (MODULE 1)
- \* Comprendre la nature de la dépendance aux drogues et ses implications sur le comportement et le style de vie des UDI. (MODULE 2)
- \* Connaître l'impact du vécu sexuel sur la consommation de drogues et les comportements des UDI. (MODULE 3)
- \* Identifier les comportements à risque dans le contexte de l'intervention auprès des UDI de même que les ressources pertinentes du milieu. (MODULE 4)

### ***ATTITUDES***

- \* Reconnaître le phénomène de la toxicomanie et l'intervention auprès des UDI comme porteurs de valeurs et d'enjeux. (MODULE 1)
- \* Faire preuve d'ouverture d'esprit vis-à-vis des comportements de dépendance et le style de vie adopté par les UDI. (MODULE 2)
- \* Percevoir l'importance de la dimension sexualité dans le style de vie des personnes UDI. (MODULE 3)
- \* Être convaincus de l'urgence et du bien fondé d'intervenir de façon concrète auprès de la clientèle des UDI. (MODULE 4)

### ***HABILETÉS***

- \* Exprimer son opinion sur les questions personnelles et sociales que pose l'intervention auprès des UDI. (MODULE 1)
- \* Entrer en contact et établir une relation avec les UDI et leur entourage. (MODULE 2)
- \* Évaluer les facteurs de risque liés au vécu sexuel des UDI. (MODULE 3)
- \* Poser des gestes préventifs plus près de la réalité des UDI afin de limiter la transmission du VIH. (MODULE 4)

## Démarche de formation

La formation consiste en une session de deux jours, totalisant 14 heures, répartie en quatre modules d'une demie journée qui permettent l'atteinte des objectifs de changement aux niveaux des connaissances, des attitudes et des habiletés. Chaque module compte trois thèmes principaux développés à travers des activités d'apprentissage au nombre de 27 (incluant les activités d'ouverture et d'évaluation): la grille-horaire, à la page suivante, donne un aperçu de l'ensemble de la démarche. Le contenu, axé sur la question de l'intervention, est organisé en une première journée, plus générale, centrée sur la mise en contexte de la double problématique et l'introduction au phénomène de la toxicomanie; une seconde journée, plus spécifique, aborde par la suite la problématique sexuelle des UDI et les pratiques précises de prévention de la transmission du VIH. Une équipe de formateurs, qui pourra varier d'une région à l'autre du Québec, est en charge de l'animation des quatre modules présentés en détail dans les pages qui suivent.

## Approche pédagogique

Nous privilégions une approche pédagogique dynamique. La motivation et l'implication des participants sont donc des conditions essentielles pour atteindre les objectifs fixés et assurer le succès du programme. Les activités de formation sont diversifiées et font appel à une panoplie de moyens:

- \* exposés suivis de périodes de questions
- \* présentation de documents vidéo
- \* jeux d'équipes
- \* mises en situation
- \* questionnaires
- \* exercices individuels
- \* discussions en grand groupe

## Clientèle

Les personnes visées par la formation sont les intervenants (médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, etc.) et le personnel d'encadrement oeuvrant au sein d'établissements de santé et de services sociaux, de même que leurs partenaires des secteurs communautaires et bénévoles, appelés à intervenir de façon préventive auprès de la clientèle des UDI, sur l'ensemble du territoire québécois.

# GRILLE-HORAIRE DE LA SESSION DE FORMATION

## *Aiguillons nos interventions!*

### PREMIERE JOURNÉE

#### **MODULE 1: LA TOXICOMANIE ET LE SIDA: FAITS, VALEURS, PRATIQUES**

*Avant-midi*

**(3 h 30 min)**

- OUVERTURE — 1, 2 (20 minutes)
- Thème 1.1 TOXICOMANIE ET SIDA: RAPPEL DES FAITS — 3 (25 minutes)
- Thème 1.2 TOXICOMANIE ET SIDA: CLARIFICATION DES VALEURS — 4 (45 minutes)
- PAUSE
- Thème 1.3 TOXICOMANIE ET SIDA: PRATIQUES ET ENJEUX — 5, 6, 7 (90 minutes)

#### **MODULE 2: LA DÉPENDANCE AUX DROGUES ET LE STYLE DE VIE DES UDI**

*Après-midi*

**(3 h 30 min)**

- Thème 2.1 DÉPENDANCE ET SURCONSOMMATION — 8, 9 (45 minutes)
- Thème 2.2 L'UDI: PROFIL ET MODE DE VIE — 10, 11 (45 minutes)
- PAUSE
- Thème 2.3 ETRE EN CONTACT AVEC L'UDI — 12, 13 (75 minutes)
- ÉVALUATION MI-SESSION — 14 (15 minutes)

### DEUXIEME JOURNÉE

#### **MODULE 3: LE VÉCU SEXUEL ET LES COMPORTEMENTS À RISQUE DES UDI**

*Avant-midi*

**(3 h 30 min)**

- Thème 3.1 SEXUALITÉ ET TOXICOMANIE — 15, 16, 17 (90 minutes)
- PAUSE
- Thème 3.2 TRANSMISSION DU VIH ET SEXUALITÉ DES UDI — 18, 19 (25 minutes)
- Thème 3.3 PROSTITUTION, TOXICOMANIE ET INFECTION AU VIH — 20 (65 minutes)

#### **MODULE 4: INTERVENIR AUPRES DES UDI: ATTITUDES, STRATÉGIES, RESSOURCES**

*Après-midi*

**(3 h 30 min)**

- Thème 4.1 L'IMPACT DE LA RÉALITÉ SIDA CHEZ LES UDI — 21 (25 minutes)
- Thème 4.2 INTERVENIR SELON LE MODELE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS — 22, 23 (65 minutes)
- PAUSE
- Thème 4.3 RESSOURCES ET CONCERTATION — 24, 25, 26 (75 minutes)
- ÉVALUATION FINALE — 27 (15 minutes)

# **MODULE 1**

## **LA TOXICOMANIE ET LE SIDA: FAITS, VALEURS, PRATIQUES**

- \* Cerner la problématique toxicomanie/sida au plan des données et des pratiques d'intervention (CONNAISSANCES)
- \* Reconnaître le phénomène de la toxicomanie et l'intervention auprès des UDI comme porteurs de valeurs et d'enjeux (ATTITUDES)
- \* Exprimer son opinion sur les questions personnelles et sociales que pose l'intervention auprès des UDI (HABILETÉS)

# OUVERTURE

---

## Activité d'apprentissage 1

- Objectif:** Connaître les animateurs, le matériel et le déroulement général de la session.
- Matériel:** Aucun.
- Déroulement:**
1. L'animateur du module 1 présente l'équipe d'animation de même que le matériel d'accompagnement distribué aux participants. Ces derniers sont invités à s'identifier au groupe par leur prénom et seront appelés à se présenter, plus tard, lors de l'activité d'apprentissage 4.
  2. L'animateur explique les objectifs et le déroulement des deux journées de formation.
- Durée:** 20 minutes.
- 

## Activité d'apprentissage 2

- Objectif:** Clarifier ses objectifs et ses attentes personnels vis-à-vis de la formation.
- Matériel:** *Élément d'accompagnement 2*  
\* Questionnaire évaluatif des objectifs et attentes personnels.
- Déroulement:**
1. Quand cela est possible, le questionnaire est préalablement acheminé aux participants et retourné aux animateurs pour qu'ils puissent en prendre connaissance avant la formation et préciser les éléments de contenu sur lesquels insister.

## THÈME 1.1

### TOXICOMANIE ET SIDA: RAPPEL DES FAITS

#### Activité d'apprentissage 3

**Objectif:** Mettre à jour ses connaissances générales concernant la problématique toxicomanie/sida: facteurs de risque, prévalence, conséquences.

**Matériel:** *Élément d'accompagnement 3A*

\* Notes de contenu (acétates).

*Élément d'accompagnement 3B*

\* Jeu-Questionnaire: *Sexe, drogues et rock 'n roll*. Solutionnaire.

*Élément d'accompagnement 3C*

\* Textes en complément de formation:

BRUNEAU, J. et COTÉ, P. (1995). Les utilisateurs de drogues injectables. In C. Olivier et R. Thomas (dir.): *Le SIDA: un nouveau défi médical* (chap. 26: 1-33). Montréal, Association des médecins de langue française du Canada.

CCLAT et ARF (1994). *Profil canadien 1994*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Addiction Research Foundation: chapitre 5 (169-181; 188, 189, 194, 197).

CQCS (1994). *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH. Cadre de référence pour la prévention*. Québec, Gouvernement du Québec, MSSS: 9-19.

CQCS (1991). *Programme de formation sur le sida, pour une vision humaniste de l'intervention*. Québec, MSSS: 139-144; 151-156; 165-168.

**Déroulement:**

1. L'animateur présente un survol des faits saillants permettant de situer la double problématique toxicomanie/sida (élément 3A).
2. En complément de formation, les participants sont invités à intégrer et approfondir leurs connaissances en tentant de répondre au questionnaire (élément 3B) et en faisant la lecture des textes suggérés (élément 3C).

**Durée:** 25 minutes.

## THÈME 1.2

# TOXICOMANIE ET SIDA: CLARIFICATION DES VALEURS

---

### Activité d'apprentissage 4

- Objectif:** Mettre en relation l'usage des drogues et les relations sexuelles, la toxicomanie et le sida afin d'interroger et de clarifier, dans le quotidien, les valeurs des participants en rapport à ces deux pratiques.
- Matériel:** *Élément d'accompagnement 4A*  
\* Note de contenu (acétate).  
*Élément d'accompagnement 4B*  
\* Exercices de priorisation ou de cotation en équipe:  
*Clarification des croyances et valeurs concernant l'usage de drogues et les relations sexuelles (1)*  
*Clarification des croyances et valeurs concernant la toxicomanie et le sida (2).*
- Déroulement:**
1. L'animateur présente schématiquement les relations (ressemblances/différences) qu'il est possible d'établir entre l'usage de drogues et les relations sexuelles, la toxicomanie et le sida (élément 4A).
  2. Les gens se regroupent en équipe de 4 à 5 personnes et, dans un premier temps, se présentent les uns aux autres. Ils font ensuite l'exercice de priorisation ou de cotation (élément 4B). (20 minutes).
  3. Chaque équipe est ensuite invitée à présenter ses membres au grand groupe puis la position (unanime ou majoritaire) à laquelle elle est parvenue dans l'exercice.
  4. L'animateur commente les divers résultats et conclut sur le sens de l'exercice qui vient d'être vécu.
- Durée:** 45 minutes.

## THÈME 1.3

# TOXICOMANIE ET SIDA: PRATIQUES ET ENJEUX

### Activité d'apprentissage 5

- Objectif:** Situer le modèle de réduction des méfaits dans le contexte des interventions occidentales en matière de toxicomanies et situer l'intervention auprès des UDI dans le cadre du modèle de réduction des méfaits.
- Matériel:** *Élément d'accompagnement 5A*  
\* Note de contenu (acétate).  
*Élément d'accompagnement 5B*  
\* Présentation de deux extraits de documents vidéo.
- Déroulement:**
1. L'animateur situe sur une carte les principaux foyers européens d'émergence des pratiques de réduction des méfaits (élément 5A).
  2. Les participants sont appelés à visionner les extraits des deux documents (élément 5B) en notant les enjeux qui y sont soulevés.
- Durée:** 25 minutes.

### Activité d'apprentissage 6

- Objectif:** Être familier avec les principes, les composantes et les applications du modèle de réduction des méfaits.
- Matériel:** *Élément d'accompagnement 6A*  
\* Notes de contenu (acétates).  
*Élément d'accompagnement 6B*  
\* Textes en complément de formation:

BRISSON, Pierre (1995). La réduction des méfaits: considérations historiques et critiques. *L'Écho-toxico*. Vol. 6 No. 2: 2-4.

Cinquième conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues. Rapport spécial. *Le Journal*, 23, 3. Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie: 5-8

RILEY, Diane (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues: politique et pratiques. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II* (129-150). Boucherville: Gaëtan Morin.

SPRINGER, Edith. *Harm Reduction Model for working with drug users during AIDS epidemic*. UMDNJ, New Jersey University of Health Sciences.

- Déroulement:**
1. L'animateur présente les composantes d'une approche de réduction des méfaits et dégage les enjeux sanitaires, sociaux et politiques d'une telle démarche (élément 6A).
  2. En complément de formation, les participants sont invités à approfondir leurs connaissances sur le sujet par la lecture des textes suggérés (élément 6B).

**Durée:** 20 minutes.

---

## Activité d'apprentissage 7

**Objectif:** Exprimer son opinion en tant qu'intervenant face aux choix et aux responsabilités qu'implique l'intervention auprès des UDI et l'adoption du modèle de réduction des méfaits.

**Matériel:** *Élément d'accompagnement 7*  
\* Exercice de priorisation en équipe: *Clarification des choix et responsabilités concernant l'intervention auprès des UDI.*

- Déroulement:**
1. L'animateur explique le sens et la procédure du second exercice de priorisation.
  2. Les participants se regroupent sur la base des mêmes équipes que pour l'exercice précédent et font l'exercice de priorisation. (25 minutes).
  3. Un porte parole présente ensuite la position de l'équipe (unanime ou majoritaire) au grand groupe.
  4. L'animateur commente les divers résultats et conclut sur le sens de l'exercice qui vient d'être vécu.

**Durée:** 45 minutes.

***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT***

**2**

## Questionnaire évaluatif des objectifs et attentes personnels

1. Quels objectifs souhaitez-vous personnellement atteindre au cours de cette formation?

Connaissances

---

---

Attitudes

---

---

Habilités

---

---

2. Quels sont vos attentes vis-à-vis des animateurs de la session?

---

---

---

3. Quels sont vos attentes vis-à-vis du groupe de participants?

---

---

---

***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT***

**3A**

# 1.

## Les UDI parmi les cas de sida

Les UDI représentent dans la plupart des pays occidentaux le 2<sup>e</sup> groupe le plus touché par le sida. Au Québec, c'est le 3<sup>ième</sup> groupe, après les gens originaires d'autres pays. Les UDI constituent toutefois le groupe où le pourcentage d'augmentation des cas de sida est le plus élevé.

1.	Homosexuel/bisexuel hommes	65,5%
2.	Gens autres pays	10,8%
3.	Homosexuel UDI + UDI (Québec, 1997)	10,0%

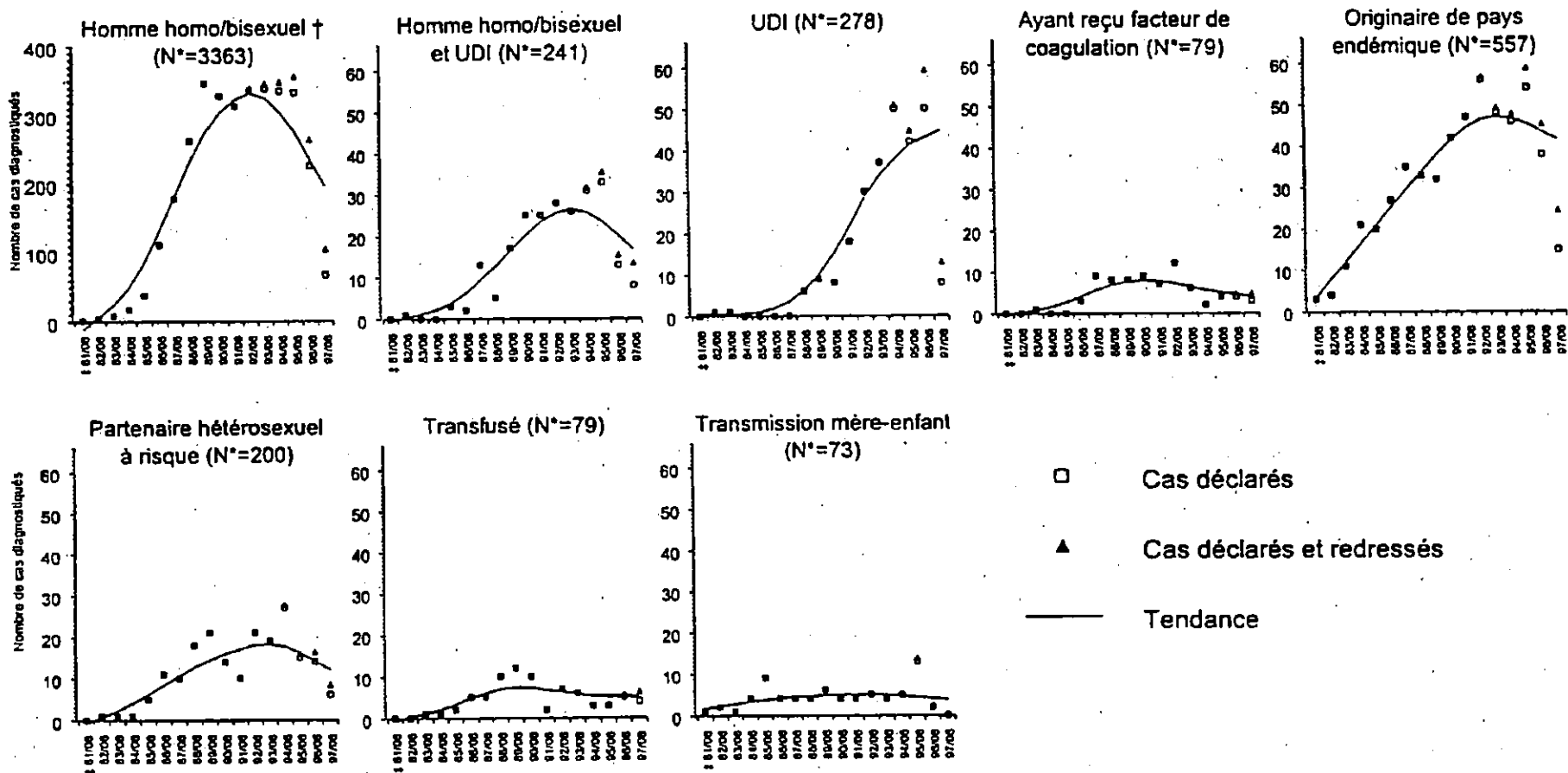
Augmentation du % des UDI:

1987: 0,5% des cas

1997: 10,0% des cas.

CONCEPTION: Pierre Brisson, 1997.

Figure 4. Nombre de cas déclarés de sida au Québec observé et redressé, selon la période annuelle de diagnostic et la catégorie de risque, au 30 juin 1997



Période de diagnostic de 12 mois (indiquée par le dernier mois)

- † La catégorie de risque des hommes homo/bisexuels est représentée à l'aide d'une échelle verticale plus grande.
- ‡ Cette période compte tout diagnostic posé avant le 1<sup>er</sup> juillet 1981.
- \* N représente le nombre de cas de sida pour la catégorie de risque indiquée, redressé pour les délais de déclaration.

Voir aussi les notes techniques 6.2 et 6.3.

### 3.

#### **Séroprévalence et taux d'incidence de l'infection au VIH chez les UDI**

La séroprévalence est le % des UDI infectés au VIH (les cas existants). Le taux d'incidence est le % d'augmentation de l'infection au VIH au sein des UDI (les nouveaux cas).

En 1997, Montréal est dans le peloton de tête des villes internationales et première ville canadienne (avec Vancouver et Ottawa) pour la séroprévalence (+ ou - 20%). Le seuil de séroprévalence critique au-delà duquel la vitesse de propagation risque d'être hors contrôle serait, d'après l'expérience de plusieurs grandes villes, de 10%, seuil dépassé à Montréal depuis 1991. De plus, le taux d'incidence y est de 4 à 6% (dépassant celui du groupe des homosexuels: 0 à 2,5%) alors que dans des villes comme San Francisco et Amsterdam, il y a stabilisation.

- Mersey (Liverpool): 1%
- Glasgow: 3%
- Québec: 10%
- Toronto: 10%
- Vancouver: 20% (instable)
- San Francisco: 12% (stable - taux d'incidence de + 1 à 2%)
- Montréal: 20% (stable jusqu'en 1989-90, en augmentation rapide depuis: + 4 à 6%)
- Amsterdam: 32% (stable - faible taux d'incidence)
- Edimbourg: 50%
- New-York: 55%

CONCEPTION: Pierre Brisson, 1997.

## 4.

### **Conséquences de l'infection au VIH chez les UDI**

Il y a deux conséquences épidémiologiques majeures de l'infection au VIH chez les UDI:

- \* la propagation plus large du virus dans le groupe des hétérosexuels, hommes et femmes
- \* l'augmentation des cas d'infection via le mode de transmission de mère à enfant

#### **PARCE QUE SUR LES QUELQUE 100 000 UDI CANADIENS:**

- \* 30% sont des femmes
- \* 40% ont des rapports sexuels avec des non-UDI
- \* plusieurs sont susceptibles de rapports sexuels non protégés pour se procurer de l'argent ou de la drogue (via la prostitution notamment)

# 5.

## État de la situation

On estime à quelque 100 000 le nombre d'UDI au Canada dont quelque 40 000 au Québec. Les drogues en cause sont la cocaïne et l'héroïne. Dans une moindre mesure, les stéroïdes, le PCP, les médicaments.

PROFIL	COCAÏNE	HÉROÏNE
Usagers	100 000 (Qc)	15 000 (Qc)
% d'UDI	10-25%	75%
Inject./jour	15-50	2-4
Contextes à risque	Piqueries	Criminalité
Sexe + touché	Hommes/ femmes	Hommes

Le groupe à risque le plus élevé de passer à l'usage de drogues par injection et de contracter le VIH sont les **jeunes de la rue** (hors du foyer familial pour raisons de violence, d'abus). On en dénombre quelque 150 000 au Canada, entre 30 000 et 40 000 au Québec, concentrés dans les villes de **Montréal et Québec**. On estime que **12%** des jeunes de la rue sont UDI et que la moitié partageraient des seringues (% probablement plus élevé à Toronto et Montréal — c/f enquête d'Élise Roy: **16%** porteurs de l'hépatite C, **7%**, de l'hépatite B et près de **2%**, du VIH; **36%** se sont déjà injecté dans leur vie dont **23%** au moins une fois dans les derniers 6 mois; **58%** de ce groupe ont déjà partagé une seringue. ).

CONCEPTION: Pierre Brisson, 1997.

6.

Tableau 2: Drogues utilisées par les UDI recrutés (N= 3 034)

Drogue <sup>1</sup>	n	%
Cocaïne	2 681	88,3
Héroïne	1 078	35,5
PCP	264	8,7
Cocaïne+héroïne ("speedball")	229	7,5
Morphine	76	2,5
Alcool	69	2,3
Dilaudid	49	1,6
Amphétamines	27	0,9
LSD	19	0,6
Stéroïdes	10	0,3

1: Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. 35,2% (1 068/3 034) des individus disent s'être injectés 2 drogues ou plus dans les 6 derniers mois.

***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT***

***3B***

JEU-QUESTIONNAIRE  
*Sexe, drogues et rock ' n roll*

**SIDA**

1. Que signifient les termes VIH et sida?

---

---

2. Quel est le délai reconnu pour savoir s'il y a infection au VIH après un contact «à risque»?

- \* 2 à 10 jours
- \* 3 mois à 6 mois
- \* 6 mois à un an
- \* 24 mois

---

3. De quel ordre est aujourd'hui le délai maximal pour qu'une infection au VIH en vienne à l'étape du sida?

- \* 2 ans
- \* 5 ans
- \* 12 ans
- \* 20 ans

---

4. Quels sont actuellement les deux voies de transmission du VIH les plus à risque, en Occident?

---

---

5. Quel est le groupe d'âge actuellement le plus affecté par le SIDA, au Québec?

- \* les 20-24 ans
- \* les 30-34 ans
- \* les 35-39 ans
- \* les 40-44 ans

---

## TOXICOMANIE

6. Quelle est actuellement la principale drogue illicite consommée au Canada?

- \* l'héroïne
  - \* la cocaïne
  - \* le cannabis
  - \* le PCP
- 

7. Quel type de drogues consomment principalement les jeunes (18-24 ans)?

- \* médicaments
  - \* alcool
  - \* drogues de rue
  - \* tabac.
- 

8. Quelle proportion des usagers de cocaïne utilise le mode de l'injection?

- \* 50 à 75%
  - \* 30 à 40%
  - \* 10 à 25%
  - \* Plus de 80%
- 

9. Qu'est-ce que le «crack»?

- \* Produit de synthèse imitant les effets de la cocaïne
  - \* Conversion de la cocaïne-base en cocaïne-sel
  - \* Conversion de la cocaïne-sel en cocaïne-base
  - \* Mélange de cocaïne et d'héroïne
- 
-

10. Quel est le nombre moyen d'injections quotidiennes auxquelles peuvent recourir un cocaïnomane et un héroïnomane?

- \* 3 et 10
- \* 50 et 3
- \* 20 et 5
- \* 30 et 15

11. Identifier trois facteurs de risque au passage à l'injection chez les usagers de drogues illicites?

---

---

---

---

---

## TOXICOMANIE/SIDA

12. De toutes les drogues consommées par injection, laquelle est le plus souvent associée au risque de transmission du VIH?

- \* les stéroïdes anabolisants
- \* l'héroïne
- \* le PCP
- \* la cocaïne

---

---

---

---

---

13. Énumérez quatre pratiques permettant de prévenir la transmission du VIH pour un UDI.

---

---

---

---

---

**14. Quelle est la proportion des personnes UDI parmi les cas actuels de SIDA, au Québec et dans la région de Montréal?**

- \* 1% et 10%
  - \* 5% et 18%
  - \* 10% et 20%
  - \* 20% et 25%
- 

**15. Quelle conséquence épidémiologique particulière a la propagation du VIH au sein de groupes de toxicomanes?**

---

---

**16. Lequel, parmi les comportements suivants, augmente le plus le risque de propagation du VIH chez les UDI?**

- \* L'itinérance
  - \* La prostitution
  - \* L'homosexualité
  - \* La polytoxicomanie
- 

**17. Pendant combien de temps est-il suggéré de laisser l'eau de javel pure dans une seringue pour qu'il y ait désinfection?**

- \* 1 seconde
  - \* 5 secondes
  - \* 30 secondes
  - \* 60 secondes
- 

**18. Quelle est, selon les plus récentes enquêtes, la proportion des UDI porteurs du VIH dans les centres de Montréal et de Québec?**

- \* 2%
  - \* 5%
  - \* 10%
  - \* 25%
-

19. Quel est le seuil de séroprévalence à partir duquel l'épidémie de VIH au sein d'une population toxicomane devient difficile à contrôler:

\* 2%

\* 5%

\* 10%

\* 20

---

*CONCEPTION: Pierre Brisson, 1994.*

*Certaines questions ont été inspirées ou tirées de Cloutier (1993) et CQCS (1991: 63-66) —*

*Voir: Documents consultés, à la fin du Guide du participant.*

## SOLUTIONNAIRE

1.

-VIH: virus de l'immunodéficience humaine;  
-sida: syndrome de l'immunodéficience acquise.  
(Cahier 2, p. 51-52)

2.

3 mois à 6 mois (les anticorps peuvent se développer aussitôt qu'entre 2 à 6 semaines).  
(Cahier 2, p. 54)

3.

12 ans.  
(Cahier 2, p. 54-55)

4.

Activité sexuelle et partage de seringues.

5.

30-34 ans. Près de la moitié des victimes ont entre 30 et 39 ans.  
(Cahier 2, p. 42)

6.

Le cannabis, la cocaïne, les hallucinogènes (PCP/LSD) et l'héroïne. Il y a inversion entre cocaïne et hallucinogènes dans le cas des jeunes de la rue (Cahier 2, p. 39).

7.

L'alcool.  
(Cahier 2, p. 39 et 47)

8.

10 à 25%. Soixante-quinze pourcent pour l'héroïne.  
(Cadre, p. 11 et 12)

9.

Conversion (ou reconversion si on veut être plus précis) de la cocaïne-base en cocaïne-sel.

10.

50 et 3.  
(Cadre, p. 11 et 12)

11.

Individu: recherche de sensations plus puissantes  
Milieu: pression de pairs consommateurs  
Environnement: disponibilité accrue de certaines substances (crack, héroïne).

12.

La cocaïne.  
(Cadre, p. 17)

13.

(En ordre hiérarchique, selon un modèle de réduction des méfaits)

1. Désinfection du matériel emprunté

2. Réduction du partage de matériel

3. Utilisation du condom

4. Abandon de la consommation (thérapie) ou de l'usage IV.  
(Cadre, p. 18-19)

14.

5 et 18%  
(Cadre, p. 14)

15.

Accroissement de la transmission hétérosexuelle et materno-foetale.  
(Cadre, p. 15)

16.

L'homosexualité (les homosexuels UDI étant le second groupe le plus à risque en importance après les homosexuels et avant les UDI).  
(Cadre, p. 14)

17.

60 secondes, soit deux fois 30 secondes précédé et suivi de 2 fois 30 secondes avec de l'eau.

18.

Montréal: 13 à 18%; Québec: 3,5%  
(Cadre, p. 15)

19.

10%.  
(Cadre, p. 15)

***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT***

**3C**

BRUNEAU, J. et COTÉ, P. (1995). Les utilisateurs de drogues injectables. In C. Olivier et R. Thomas (dir.): *Le SIDA: un nouveau défi médical* (chapitre 26: 1-33). Montréal, Association des médecins de langue française du Canada.

# LES UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES

*Julie Bruneau & Pierre Côté*

## INTRODUCTION

Le sida chez les toxicomanes par voie intraveineuse, aussi nommés utilisateurs de drogues injectables (UDI), apporte une double contrainte ou « double problématique », expression qui rime souvent avec « problème au carré » pour le médecin. La combinaison, abus de drogues et infection par le VIH, n'est pas toujours de tout repos dans un cabinet médical ou dans un centre de santé.

Bien souvent, la demande du patient est confuse, brouillée par la méfiance et par les préjugés véhiculés de part et d'autre. Sa demande est parfois complexe : alors qu'il consulte principalement pour traiter sa dépendance aux drogues, il s'inquiète aussi de sa santé et veut connaître son statut sérologique quant au VIH. Sa demande peut aussi être simple : ou bien il veut connaître son statut sérologique mais ne désire pas cesser sa consommation, ou encore il veut en finir avec sa dépendance et ignorer s'il a été exposé au VIH.

Il y a quelques années, les interventions des soignants auprès des UDI tournaient autour de certains pôles comme les services d'urgence, les unités spécialisées de désintoxication et de psychiatrie. Aujourd'hui, les personnes toxicomanes, infectées ou non par le VIH, sont monnaie courante dans nos clientèles régulières. Dans ce chapitre, nous retenons les éléments qui permettent aux professionnels de la santé d'amoindrir les difficultés rencontrées auprès de cette clientèle particulière.

## ▼▼▼ 1. ÉPIDÉMIOLOGIE

L'épidémiologie de l'infection par le VIH chez les UDI s'est profondément modifiée au cours des dernières années.

L'usage de drogues par injection est maintenant mondialement reconnu comme l'une des principales voies de transmission du VIH. D'abord considérées comme un phénomène des pays industrialisés, la toxicomanie et l'infection par le VIH se propagent maintenant dans les pays en voie de développement. Ainsi, dans la région de Chiang Mai (Thaïlande), la progression du phénomène fut très rapide, les taux de prévalence atteignant 50 % en une seule année. Même si nous ignorons la plupart des motifs de cette progression fulgurante, deux facteurs sont souvent retenus. Le premier tient à l'ignorance relative - parfois au déni - de la présence locale du danger. L'infection par le VIH s'est rapidement répandue chez les UDI avant même qu'ils ne perçoivent ou reconnaissent que le sida puisse être une menace réelle et présente dans leur milieu : ce caractère est commun à tous les lieux de progression rapide de l'infection chez les toxicomanes. Le second facteur tient aux coutumes d'échangisme déjà présente dans cette sous-population : partage de matériel d'injection non seulement entre amis et conjoints, mais aussi avec des tout-venant inconnus.

La prévalence de l'infection chez les UDI varie beaucoup d'un pays à l'autre, mais aussi d'une région à l'autre dans un même pays. En Italie par exemple, elle va de moins de 10 % dans le sud à plus de 60 % dans certaines villes du nord-est. Le même phénomène est observé aux États-Unis où la prévalence dans les grandes villes va de 0 % à plus de 50 %.

Au Canada et au Québec, les données sont apparemment rassurantes à ce sujet puisque le nombre de cas de sida lié à l'usage illégal de drogues demeure faible comparativement à d'autres pays. Au Québec, l'usage de drogues injectables est un facteur en cause (seul ou avec d'autres facteurs de risque) dans 6 % des cas de sida déclarés au 15 janvier 1994. Ce phénomène peut s'expliquer à la fois par la longue période d'incubation de la maladie et par l'introduction plus tardive du VIH chez les UDI au pays. Au Canada, depuis 1985, plusieurs études de prévalence ont été menées chez les UDI. À Toronto, des taux de prévalence de 1 et de 5,7 % ont été rapportés alors qu'à Winnipeg et à Vancouver les taux étaient respectivement de 2,3 et 3 %. À Montréal, la prévalence a varié de 4,8 % à près de 20 % selon les populations étudiées. Les méthodes de recrutement des sujets d'étude entraînent des variations dans les résultats.

La population des UDI est très hétérogène et se retrouve dans toutes les classes sociales. Elle est constituée d'individus et de sous-groupes qui, par ailleurs, partagent certaines caractéristiques sociodémographiques et

comportementales favorisant la transmission du VIH. À Montréal, le portrait-robot de l'UDI à risque élevé d'infection par le VIH est le suivant :

*un homme de 30 ans, polytoxicomane privilégiant la cocaïne; se considérant hétérosexuel mais pratiquant la prostitution auprès des hommes, il partage son matériel d'injection avec plusieurs personnes et il fréquente les piqueries. Son revenu officiel est faible et il a des antécédents judiciaires. Il vit isolé et a peu de support psychosocial. Il n'a pas entrepris de démarche thérapeutique de réadaptation mais fréquente les lieux favorisant l'utilisation de seringues et aiguilles stériles par des programmes de remplacement de seringues.*

## ▼▼▼ 2. FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES UDI

Plusieurs mécanismes importants de transmission du VIH sont présents chez les UDI. Outre le prêt, l'emprunt et l'échange de matériel d'injection contaminé, il faut compter aussi les rapports sexuels non protégés avec une ou des personnes séropositives. D'autres facteurs augmentent le risque d'infection : le taux d'infection prévalant dans le groupe d'appartenance, les effets des drogues consommées sur le comportement, les conditions de vie et l'état de santé mentale du toxicomane.

### ▼▼ 2.1 LA TRANSMISSION PAR LE PARTAGE DU MATÉRIEL D'INJECTION

La transmission du VIH chez les UDI est favorisée par le partage caractéristique du matériel d'injection. À Édimbourg, la dissémination rapide du VIH a coïncidé avec l'inaccessibilité des seringues stériles, la prévalence passant de 5 % en 1983 à 57 % en 1985. En Thaïlande, le séquençage des souches virales isolées chez les personnes séropositives a permis de déterminer que les UDI et les prostituées étaient respectivement infectés par deux souches virales différentes. L'observation que les modes de transmission avaient été différents, a mené à l'organisation des premiers programmes de promotion de l'utilisation de matériel stérile, notamment par le remplacement des seringues.

#### ▼ 2.1.1 LE MATÉRIEL D'INJECTION

Pour les non initiés et pour la majorité d'entre nous, l'image du partage entre deux UDI se décrirait de la manière suivante : une personne s'injecte par voie intraveineuse avec une seringue, passe la

seringue à une deuxième personne qui s'injecte à son tour la drogue. Cette simplification illustre bien le contact direct sang à sang mais elle fait abstraction de toute la réalité des gestes et du rituel qui accompagnent et conduisent à l'injection proprement dite. L'injection d'une drogue illégale comporte des étapes préalables :

1. la préparation de la drogue à injecter : généralement achetée sous forme solide ou poudreuse, la drogue est diluée dans l'eau ou dans une solution acide s'il s'agit d'héroïne brune. Cette opération se fait généralement dans une cuillère. Le mélange est ensuite aspiré dans la seringue, souvent à travers un tampon d'ouate servant de filtre contre les particules mal diluées;
2. les usagers peuvent se passer successivement la cuillère et le tampon ouaté risquant ainsi la contamination sanguine. Une autre technique, connue sous le nom de *frontloading*, consiste à aspirer dans une seule seringue la totalité du mélange, puis à le répartir également dans les seringues individuelles des UDI présents. Si la seringue-mère n'est pas stérile et contaminée, la distribution équivaut alors à une utilisation commune d'une même seringue entre plusieurs personnes;
3. le partage lui-même peut s'effectuer de plusieurs façons. La même seringue peut être utilisée par plusieurs personnes sans aucun lavage, ou, entre chaque personne, être rincée avec de l'eau, de l'alcool ou de l'eau de Javel. Le partage peut être accidentel lorsque, par exemple, un UDI pensant réutiliser sa propre seringue la confond avec celle d'un autre, ou encore réutilise la sienne dont quelqu'un d'autre a fait usage entre-temps à son insu. Moins fréquent est le *booting*, technique d'injection et de partage d'un mélange de drogue et de sang. Quelques personnes nous rapportent l'existence de la technique du *hit total*, qualificatif dont est affublé l'injection d'un mélange de drogue... et de sang provenant d'une personne connue pour être infectée par le VIH.
4. certains lieux ou circonstances favorisent le partage de matériel d'injection : l'initiation à la toxicomanie par voie intraveineuse, la rechute après une période d'abstinence, une situation de crise ou de manque, se trouver dans une piquerie. La *culture* du groupe a aussi son influence; certains groupes partagent plus souvent entre conjoints qu'entre amis, d'autres sont indifférents au partage avec des amis et des inconnus.

L'étude d'une cohorte, effectuée à Montréal, révèle que 99 % des toxicomanes interrogés ont rapporté avoir partagé leur seringue au moins une fois au cours des six mois précédant l'entrevue. Le manque de matériel stérile ou propre lorsque survient le besoin de consommer est le principal motif allégué par 75 % des personnes interrogées. En revanche, seulement 2 % des personnes signalent avoir habituellement de la difficulté à se procurer des seringues propres. Dans cette cohorte, les facteurs prédictifs indépendants favorisant l'infection par le VIH sont les suivants : le nombre de partenaires de partage, le nombre d'injections, l'usage de cocaïne et le partage avec une personne séropositive. La présence comme facteur indépendant de l'usage de cocaïne soulève la question de l'effet potentiellement immunosuppresseur de cette drogue, hypothèse actuellement non confirmée.

Il semble donc que, dans cette population d'UDI à Montréal, les facteurs liés au processus d'injection prédominent dans la transmission du VIH.

Par ailleurs, les études épidémiologiques nous indiquent qu'il est possible d'obtenir une diminution du partage du matériel d'injection et une augmentation des pratiques de désinfection efficace chez les toxicomanes.

## ▼▼ 2.2 LA TRANSMISSION PAR VOIE SEXUELLE

Le rapport sexuel non protégé demeure le premier facteur de risque d'infection par le VIH pour les consommateurs d'alcool et autres drogues tout comme dans la population générale. D'ailleurs, l'alcool et les drogues ont souvent été culturellement liés à la sexualité. L'expression *Sex Drug and Rock'n Roll* en témoigne et a été le leitmotif de toute une génération. Qu'en est-il réellement ?

### ▼ 2.2.1 L'ASSOCIATION RISQUÉE : CONSOMMATION ET RAPPORTS SEXUELS

Les études de cohorte faites principalement auprès des hommes gais et bisexuels ont bien démontré une association entre l'usage d'alcool et de drogues et la pratique d'activités sexuelles risquées, notamment les pénétrations anales non protégées. Ces études sont donc en mesure d'établir une association entre la consommation et le risque au moment de l'activité sexuelle. Il importe cependant de retenir que les conclusions de la plupart des autres études rapportant une association entre les rela-

tions anales non protégées et l'usage de drogues (incluant l'alcool) peuvent aussi relever du fait que l'usage de drogues fait augmenter la fréquence des rapports sexuels et le nombre de partenaires sexuels sans égard aux gestes sexuels spécifiques. Une enquête menée par Santé Québec auprès des jeunes de 15 à 29 ans indique qu'il existe un lien entre les expériences sexuelles, les comportements préventifs, les comportements sexuels risqués et la consommation d'alcool et de drogues. Les jeunes consommateurs d'alcool et de drogues recourent moins souvent au condom que les non-consommateurs, ils ont davantage de partenaires sexuels et ont des antécédents de MTS.

Il n'est pas possible de développer un algorithme simple de la relation entre la consommation de drogues et d'alcool et les comportements sexuels. Certains facteurs sont liés à l'effet pharmacologique de la substance, d'autres à la relation entre la personne et la substance et aux expériences de combinaison drogue-sexe, d'autres encore à l'importance relative d'une activité par rapport à l'autre et enfin à la combinaison de tous ces éléments avec le milieu.

### ▼ 2.2.2 FACTEURS LIÉS AUX EFFETS DES DROGUES

La majorité des drogues ont une action psychotrope - qu'elle soit sédatrice, stimulante, hallucinogène ou analgésique - et peuvent aussi être aphrodisiaques. Elles altèrent généralement le jugement et, en modifiant l'état de conscience, peuvent aussi stimuler la libido. Les effets pharmacologiques de chacune des substances ne sont évidemment pas dissociables du contexte de consommation, des individus et de leurs valeurs. Les quelques exemples qui suivent n'ont en effet qu'un rôle indicatif.

À petites doses, l'alcool et les sédatifs ont un effet relaxant souvent utilisé pour lever les inhibitions à portée sexuelle. À forte dose, ces mêmes substances entraînent une diminution du pouvoir érectile de l'homme.

La consommation occasionnelle de cocaïne et de stimulants est classiquement associée à une augmentation de la libido, à une augmentation de la durée d'érection et à une difficulté d'éjaculation chez l'homme. La consommation chronique, surtout par voie intraveineuse ou inhalation (*freebase*), s'accompagne souvent d'une baisse de la libido.

Les opiacés peuvent augmenter la libido, surtout chez les expérimentateurs et les nouveaux consommateurs; mais ils ont

aussi la réputation de la diminuer considérablement. La consommation d'héroïne provoque souvent chez la femme de l'aménorrhée.

Les hallucinogènes, y compris le cannabis, ont peu d'effet sur la libido et sur la performance sexuelle. Cependant, ils assèchent les muqueuses et augmenteraient ainsi le risque de transmission virale s'il y avait lésions muqueuses lors des activités sexuelles.

### ▼ 2.2.3 FACTEURS LIÉS À LA PERSONNE

Avoir des relations sexuelles sous l'effet d'une drogue peut augmenter le plaisir chez certains consommateurs et jouer un rôle dans la transgression de l'ordre établi. Sous l'effet des drogues, les règles du jeu sexuel, les interdits, l'attrait du danger et la pensée rationnelle peuvent se modifier: «je suis intoxiqué, ce n'est pas de ma faute...». Certaines drogues possèdent des réputations ou sont associées à des activités sexuelles spécifiques: l'application locale de cocaïne sur les muqueuses génitales, surtout masculines, augmenterait la sensation de plaisir et la durée du rapport; les nitrites (*poppers*) ont été considérés comme favorisant la pénétration anale passive non protégée chez les hommes homosexuels.

Pour certains, la drogue est synonyme de meilleure performance sexuelle. Pour d'autres, la drogue prend toute la place et la sexualité devient totalement accessoire, sinon carrément inintéressante.

L'usage du condom est une pratique difficile à implanter chez les toxicomanes, comme dans la population générale. Toutes les études démontrent que le condom est, dans un ordre décroissant, plus ou moins utilisé selon qu'il s'agisse d'un partenaire-client, d'un partenaire occasionnel ou d'un partenaire stable. Les femmes toxicomanes ont, plus souvent que les hommes, des partenaires eux-mêmes toxicomanes.

### ▼ 2.2.4 LE MILIEU ET L'ENVIRONNEMENT

La consommation de drogues commande l'apport de revenus quotidiens substantiels donc de vivre en marge de la société en ayant recours à des activités criminelles, illégales. La prostitution est une autre activité très fréquente. De plus, les toxicomanes vivent dans des conditions et situations difficiles: itinérance, isolement et pauvreté. Les problèmes de santé mentale abondent; ils précèdent ou accompagnent la toxicomanie.

À Montréal, dans l'étude de la cohorte mentionnée, la prostitution est associée à une prévalence plus élevée d'infection par le VIH. Cependant, celle-là n'est pas un prédicteur indépendant de la transmission du virus. En général, les femmes prostituées ont plus fidèlement adopté des comportements sécuritaires avec leurs clients que les hommes prostitués. Cependant, les comportements sexuels des prostituées demeurent inchangés et risqués avec leur partenaire dit stable.

L'UDI ne s'adonne souvent à la prostitution. Un rapport sexuel pour pouvoir se procurer de la drogue n'est habituellement pas perçu comme une activité prostitutionnelle. Cette perception est particulièrement fréquente chez les consommateurs de cocaïne par injection et de crack. La majorité des hommes prostitués et UDI s'identifient comme hétérosexuels, les rapports homosexuels étant perçus comme une affaire strictement commerciale. Ces prostitués ont, pour un grand nombre, des partenaires sexuelles féminines régulières avec lesquelles il n'utilisent pas le condom.

Il semble que le mauvais état de santé puisse favoriser les comportements risqués. Ainsi, les UDI souffrant de déficience intellectuelle méconnaissent le danger et les schizophrènes présentent une désorganisation telle qu'elle empêche l'adoption de comportements sécuritaires. De telles personnes peuvent aussi faire l'objet d'exploitation. Enfin, certains comportements risqués peuvent parfois équivaloir à des attitudes quasi suicidaires.

### ▼▼▼ 3. LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET LEUR EFFICACITÉ

Les programmes de traitement de la toxicomanie participent à la prévention de l'infection par le VIH en permettant à certains UDI de devenir abstinentes. Cependant, outre le fait que les taux de succès de la majorité des programmes soient en deçà de 30 % la première année et que ces programmes ne soient pas toujours facilement accessibles, une grande proportion des UDI à risque d'infection ne sont pas intéressés à cesser totalement leur consommation et à s'inscrire à ces programmes.

Les premiers programmes de prévention de l'infection par le VIH chez les toxicomanes ont été élaborés par des groupes de personnes elles-mêmes toxicomanes, non pas dans un but d'abstinence, mais dans celui de réduire les méfaits de l'usage des drogues. Selon le contexte d'application - santé publique, justice, politique sociale - le sens des

mots « réduction des méfaits » varie. Prenons, par exemple, celui donné par le groupe de travail de San Francisco :

« La réduction des méfaits est un ensemble de stratégies et de tactiques qui encouragent les usagers de drogues à diminuer les méfaits de leur consommation, à la fois sur eux-mêmes et sur la communauté. En leur donnant accès à des outils de changement, nous reconnaissons la compétence de leurs efforts pour se protéger et protéger leurs communautés ».

Des UDI ont réduit leur risque d'être infecté par le VIH à l'aide d'une gamme de programmes de prévention : programmes d'information et d'éducation, échange de seringues stériles, accès à la vente libre des seringues neuves, dépistage sérologique de l'infection, programmes communautaires, distribution et promotion des condoms et de la désinfection à l'eau de Javel.

Il semble que les programmes de prévention donnent certains résultats. Il n'est cependant pas possible de déterminer l'efficacité relative de ces programmes dont les différences sont importantes. De grandes variations marquent le recrutement des UDI, les méthodes de collecte d'informations et d'analyses. Certaines conclusions peuvent cependant être tirées de la littérature actuelle :

En résumé, les études qui ont évalué les programmes d'intervention ont montré les éléments suivants :

- une diminution du partage du matériel d'injection ;
- une augmentation du nombre d'UDI qui affirment désinfecter efficacement leur matériel ;
- une augmentation de la demande pour désintoxication et réadaptation ;
- une utilisation accrue du condom même si les comportements sexuels semblent plus difficiles à modifier que les pratiques d'injection ;
- il n'y a pas un seul programme de prévention qui soit efficace pour tous les UDI ;
- les programmes de prévention doivent fournir non seulement de l'information mais aussi des moyens pour promouvoir des changements de comportement incluant : traitement de la toxicomanie, matériel pour injection sécuritaire et disponibilité de ce matériel lorsque l'usager en a besoin.

## Qu'en est-il au Québec ?

Depuis 1989, plusieurs régions du Québec ont mis au point des interventions destinées à la prévention de l'infection par le VIH auprès des toxicomanes. Initialement, ces interventions visaient à pallier au manque d'accessibilité du matériel d'injection. En avril 1994, il y avait 166 centres se désignant officiellement comme rendant accessibles les seringues aux UDI du Québec. L'échange de seringues est fait dans des centres spécialisés, comme *Cactus* à Montréal et *Point de repères* à Québec, aussi par des intervenants du milieu et dans certains centres du réseau de la santé du Québec (CLSC, centres de réadaptation). À ces projets s'ajoutent d'autres programmes de prévention : vente et récupération de seringues dans les pharmacies, formation pour les intervenants en toxicomanie, équipe multidisciplinaire pour le suivi en externe des toxicomanes séropositifs. Les programmes de maintien à la méthadone sont aussi connus pour diminuer l'incidence du VIH chez leurs participants. L'accessibilité à ces programmes est cependant très limitée au Québec. Seul le CRAN (Centre de recherches et d'aide pour les narcomanes) à Montréal offre un programme structuré mais sa liste d'attente est très longue, de l'ordre de nombreux mois voire d'années.

Plus largement, l'accès libre et gratuit aux soins de santé ainsi qu'à des services de désintoxication et de réadaptation pourrait être un atout majeur dans la prévention de l'infection par le VIH et la réduction des méfaits des drogues chez les toxicomanes.

### ▼▼▼ 4. DÉPISTAGE DU VIH CHEZ L'USAGER DE DROGUES INJECTABLES

Lorsqu'ils prennent en charge un usager de drogues injectables, le médecin et l'intervenant peuvent avoir à demander une épreuve sérologique de détection de l'infection par le VIH. Les motifs pour ce faire varient d'un individu à l'autre.

Certains toxicomanes peuvent demander le test parce qu'ils sont inquiets quant à leurs comportements antérieurs ou parce qu'ils se croient à risque d'être infectés. D'autres entreprennent une démarche de désintoxication ou de réadaptation et consultent alors pour dresser un bilan de santé y compris la sérologie anti-VIH. Ayant négligé leur santé, ils ont désormais l'intention de se prendre en main. La démarche est en soi habituellement très positive, voire même souhaitable, si tel est leur véritable désir.

Il ne faut cependant pas confondre la demande avec une simple démarche de complaisance pour *bien faire* ou *parce qu'il le faut*. Tout toxicomane peut subir le test de dépistage et les entrevues de *counselling* pré-test et post-test ne sont pas différentes de celles des autres personnes non toxicomanes. Certaines caractéristiques sont propres aux toxicomanes et tiennent de la double réalité de la drogue et de l'infection. Alors que certains toxicomanes ont tendance à minimiser les risques auxquels ils ont été exposés, d'autres les exagèrent, tout en se croyant invincibles.

### ▼▼ 4.1 PRÉCAUTIONS

Avant de procéder à l'examen sérologique du toxicomane, il importe d'abord d'en bien saisir les motifs y compris les faux motifs de complaisance du *bien faire* et du *parce qu'il le faut*, ou encore celui de la pression d'un tiers. Il y a lieu ensuite d'explorer les réactions probables et possibles du sujet devant un résultat positif et un résultat négatif, à partir de l'expérience clinique que nul ne demeure impassible devant le test et son résultat. Certaines personnes réagiront très mal à un résultat positif, continueront ou même accentueront leur consommation de drogues et leurs pratiques risquées. En général et à moyen terme, l'annonce d'un résultat positif modifie favorablement les comportements. Un résultat négatif peut rassurer la personne, lui donner un sentiment de confiance, mais par contre, elle peut se croire alors « immunisée » et encouragée à ne pas modifier ses pratiques.

La consultation pour un test sérologique est souvent une première démarche voilée d'un toxicomane désirant une désintoxication. Cette volonté de prise en charge doit être reçue et encouragée par le médecin ou l'intervenant. Le *counselling* est alors primordial et doit apporter des explications claires, simples et précises. Attentif à la demande, le médecin ou l'intervenant dirigera le toxicomane, au besoin, vers une ressource spécialisée.

Toutes les femmes toxicomanes doivent être informées des risques de transmission mère-enfant et, en cas de séropositivité, de certaines mesures de prophylaxie notamment la prise de zidovudine (AZT) afin de réduire le risque de transmission verticale. Les femmes toxicomanes présentent souvent de l'aménorrhée et certaines d'entre elles, enceintes, n'ont pas de suivi obstétrical parce qu'elles nient leur grossesse.

**DEUX RÈGLES D'OR :**

- On évite de procéder à un test de dépistage lorsque le patient est ivre ou en état d'intoxication aiguë.
- De plus, on doit s'assurer dans la mesure du possible, de pouvoir retracer le patient pour lui communiquer son résultat et éviter toute confusion lors d'une consultation ultérieure.

**▼▼▼ 5. LE VIH CHEZ LE TOXICOMANE.****▼▼ 5.1 ÉVOLUTION ET MORBIDITÉ DE L'INFECTION PAR LE VIH CHEZ LES UDI.**

Depuis quelques années, plusieurs études ont tenté de démontrer les caractéristiques spécifiques de la progression de l'infection par le VIH chez les UDI en les comparant avec celles des autres populations non toxicomanes.

Les premiers résultats publiés semblaient indiquer que l'évolution vers la maladie était plus rapide chez l'UDI infecté. Des études subséquentes ont toutefois établi que la durée de l'évolution vers le sida chez l'UDI était comparable à celle des autres sous-populations. Cependant, il semble que la mortalité chez les UDI séropositifs soit comparative-ment plus forte, mortalité attribuable notamment aux infections bactériennes intercurrentes, aux intoxications aiguës volontaires ou accidentelles, aux traumatismes et aux actes de violence. Le décès peut alors survenir avant même que ne soit posé le diagnostic de sida. Notons que l'incidence de suicide réussi chez les toxicomanes séropositifs n'est pas plus élevée que chez les toxicomanes séronégatifs. La durée d'hospitalisation des sidéens UDI est plus longue (42 %) que celle des sidéens homosexuels non UDI.

Ces études sur l'évolution de l'infection par le VIH chez les UDI doivent être interprétées prudemment. La durée de l'observation d'une importante cohorte de toxicomanes est souvent limitée et les escapades des patients suivis sont fréquentes, ce qui impose un biais significatif à l'échantillonnage.

Les cofacteurs potentiels influençant une éventuelle différence de progression vers la maladie sont sujets à de grandes controverses. Comme pour d'autres sous-populations, le seul cofacteur facilement admis est l'âge de la contamination. Les sujets infectés plus jeunes évo-

luent moins rapidement vers le sida. Le diagnostic plus tardif, l'inaccessibilité relative aux soins et la consommation concomitante de drogues n'ont pas encore été documentés comme des cofacteurs pouvant réellement induire une immunodépression plus rapide.

**▼▼ 5.2 CONDITIONS MÉDICALES SPÉCIFIQUES DU TOXICOMANE SÉROPOSITIF**

Depuis le début de l'épidémie, il a clairement été établi que la maladie opportuniste inaugurale du sida variait notamment avec les caractéristiques de la sous-population touchée et la région géographique. Par exemple, le sarcome de Kaposi est fréquent chez les homosexuels mais extrêmement rare chez les toxicomanes hétérosexuels et chez les hémophiles infectés. La pneumonie à *Pneumocystis carinii* est plus fréquente en Europe et en Amérique du Nord et rare en Afrique. La tuberculose est devenue un problème majeur parmi les UDI aux États-Unis, mais tel n'est pas le cas au Québec. Les infections bactériennes des voies respiratoires inférieures sont fréquentes et plus précoces durant l'installation du déficit immunitaire chez les toxicomanes.

**▼ 5.2.1 LES INFECTIONS****5.2.1.1 PNEUMONIES BACTÉRIENNES**

La pneumonie bactérienne septicémique est plus fréquente chez l'UDI séropositif. À San Francisco, on a rapporté une incidence annuelle de 3,5 %. Chez ces patients, la gravité de la pneumonie est plus importante et les septicémies sont plus fréquentes. Selon les nouveaux critères des CDC, (*Centers for Disease Control and Prevention*) les épisodes d'infections pulmonaires récidivantes sont maintenant reconnus comme critères diagnostiques du sida avéré.

Les pneumonies bactériennes sont principalement causées par *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*. La vaccination anti-pneumococcique et anti-*Haemophilus* des UDI séropositifs amène une protection comparable à celle obtenue chez des personnes non infectées.

**5.2.1.2 L'ENDOCARDITE BACTÉRIENNE**

L'endocardite bactérienne du cœur droit est une complication fréquente chez les UDI. Chez les séropositifs, le mode de présentation clinique est similaire à celle des UDI séronégatifs et 75 % de ces endocardites sont causées par *Staphylococcus aureus*. Dans 43 % des cas, la

valvule tricuspide est atteinte. Les endocardites bactériennes, survenant chez les UDI de la catégorie C des *catégories cliniques* de 1993 des CDC, ont un pronostic plus sombre, la survie attendue chute de 60 % à 90 %.

### 5.2.1.3 LES HÉPATITES

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est fréquente chez les UDI et elle représente 21 % des hépatites B aiguës signalées au Québec. À Montréal, plus de 50 % des UDI possèdent un marqueur de l'infection par ce virus. Le tableau clinique de l'hépatite B ne semble pas différent chez une personne infectée par le VIH. Cependant, certains porteurs asymptomatiques d'HbsAg peuvent présenter une réactivation de la réplication virale au cours de l'immunodépression avec réapparition d'HbeAg, accompagnée de l'augmentation des transaminases hépatiques de 2 à 10 fois leur valeur normale. Par ailleurs, la persistance de l'antigène de surface (HbsAg) est plus longue et le titre en est plus élevé.

Le virus delta (VHD), covirus de celui de l'hépatite B, se rencontre rarement chez les UDI au Québec. Le cas échéant, l'infection ne s'exprime pas différemment sauf pour l'antigénémie qui est prolongée.

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est extrêmement fréquente chez l'UDI. À Montréal, des données de 1990 rapportent une prévalence de 50 % de portage. La fluctuation des transaminases, y compris la normalisation, est une des caractéristiques de l'hépatite C. Au moins 50 % des patients qui ont une hépatite C progressent vers la chronicité, 20 % de ces hépatites chroniques évoluent vers la cirrhose et 5 à 20 % de ces cirrhoses vers l'insuffisance hépatique ou l'hépatome. On sait peu de choses sur l'évolution de l'hépatite C chez les UDI séropositifs. Il semble par ailleurs que l'hépatite C réponde au traitement par l'interféron alpha tant chez les personnes séropositives que chez les séronégatives.

Des hépatites A ont été signalées chez les UDI. Cette infection est surtout secondaire d'un voyage et origine d'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Chez les toxicomanes, le virus peut aussi être transmis lors d'injection de drogues contaminées, de rapport sexuel oro-anal ou par l'ingestion d'aliments contaminés par manque d'hygiène.

### 5.2.1.4 LA TUBERCULOSE

À l'échelle mondiale, l'infection par le VIH favorise aussi l'infection tuberculeuse et vice versa. Les UDI, les démunis et les malnutris sont du

nombre. L'incidence de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH augmente en fonction de leur statut socioéconomique et de leur promiscuité avec les défavorisés. La prévalence de la tuberculose chez les UDI aux États-Unis est de l'ordre de 10 %. Les données statistiques pour le Québec et le Canada semblent différentes.

L'examen et la prise en charge d'un toxicomane séropositif comporte une épreuve de Mantoux à la tuberculine (*voir chapitre sur les manifestations pulmonaires*), le recueil des antécédents et des contacts tuberculeux. Une intradermoréaction non significative chez un immunodéprimé ne permet pas d'éliminer la tuberculose car la relation entre le décompte des CD4 et la réponse immunitaire à l'épreuve tuberculique est alors équivoque. L'anergie est en effet relative à l'immunodéficience. Chez les toxicomanes séropositifs, la tuberculose se rencontre plus souvent sous forme extrapulmonaire: adénite, mycobactériémie et méningite. Des souches de *Mycobacterium tuberculosis* antibiorésistantes ont été signalées à New-York et en Floride.

### 5.2.1.5 LES MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Les antécédents de MTS sont fréquents chez les toxicomanes. À Montréal, 49 % des toxicomanes interrogés dans une étude de cohorte ont rapporté des antécédents de syphilis, gonorrhée, chlamydie, herpès, condylomatose et chancrelle. Les ulcérations génitales caractérisent certaines de ces maladies et pourraient ainsi faciliter la transmission du VIH.

### ▼ 5.2.2 LA THROMBOCYTOPÉNIE

La thrombocytopénie s'observe fréquemment au cours de l'infection par le VIH et sa découverte est souvent fortuite. Elle est signalée dans toutes les populations atteintes avec ou sans immunodépression notable. Elle apparaît cependant plus facilement chez les toxicomanes infectés.

La thrombocytopénie du toxicomane a été décrite depuis déjà fort longtemps. Parmi les hypothèses émises à son sujet, mentionnons l'action de l'héroïne et de la cocaïne elles-mêmes, un de leurs métabolites ou un agent de coupage. Il s'agirait d'une réaction auto-immune dirigée contre les plaquettes. Un retour aux valeurs normales est observé durant les périodes d'abstinence. Par ailleurs, la thrombocytopénie accompagnant l'infection par le VIH chez le non-toxicomane serait provoquée

par un mécanisme différent, soit l'action antiplaquettaire directe du rétrovirus sur la moelle osseuse.

La thrombocytopénie est en général asymptomatique même si elle accuse des variations importantes depuis des chutes brutales jusqu'à des valeurs normales. La zidovudine est utilisée avec une assez bonne efficacité, les corticoïdes sont intéressants mais leurs effets sont inconstants. La splénectomie, les immunoglobulines et les échanges plasmatiques donnent des résultats variables.

### ▼ 5.2.3. LES TUMEURS ET LES NÉOPLASIES

Certaines néoplasies semblent se présenter différemment chez les toxicomanes infectés par le VIH par comparaison à d'autres catégories de patients. Plusieurs cas de tumeurs solides ont été rapportés sans rapport d'affinité avec la présence du VIH. Les organes les plus touchés sont les poumons, l'oropharynx et le larynx. Le grand tabagisme et la forte consommation alcoolique du toxicomane pourraient jouer un rôle dans le développement des cancers pulmonaires rapidement évolutifs observés.

Le sarcome de Kaposi est sans doute la tumeur la plus fréquente des hommes homosexuels et bisexuels atteints du sida; il est exceptionnel chez l'UDI hétérosexuel.

Les femmes toxicomanes sont plus à risque de contracter certaines maladies transmissibles sexuellement. Il existe un rapport significatif entre la présence du VIH, le virus du papillome humain (VPH), la dysplasie cervicale et le cancer du col utérin.

### ▼▼ 5.3 CONDITIONS MÉDICALES - INTERACTIONS VIH ET DROGUES

Lorsqu'on compare le spectre des maladies associées à l'infection par le VIH chez les UDI et chez les hommes homosexuels, on note que la fréquence des maladies opportunistes diffère d'un groupe à l'autre, comme l'illustre le *tableau 1*.

Il peut être difficile de déterminer l'origine et l'étiologie d'une complication présentée par un toxicomane séropositif. Les effets secondaires peuvent être spécifiques au produit consommé, au mode d'injection intraveineuse, au VIH ou à une combinaison de ces facteurs. Le tout peut porter à confusion dans le diagnostic, ce à quoi peut pallier le *tableau 2*.

**TABEAU 1**

### MANIFESTATIONS ASSOCIÉES AU SIDA CHEZ LES UDI ET CHEZ LES HOMMES HOMOSEXUELS

UDI	HOMMES HOMOSEXUELS
Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>	Sarcome de Kaposi
Candidose œsophagienne	Rétinite / infection à cytomégalo virus
Tuberculose extra-pulmonaire	Cryptosporidiose
Pneumonie bactérienne	Lymphome

*Selon Greenberg Thomas et coll. AIDS, 6:849-859, 1992*

### ▼▼ 5.4 BILAN INITIAL

En général, ce sont divers autres problèmes de santé qui amènent l'UDI en consultation. Parce que l'organisation du réseau de santé n'est pas en adéquation avec les habitudes du toxicomane, retard ou absence aux rendez-vous, refus des soins et du suivi proposés peuvent rendre le professionnel de la santé réticent à prendre en charge ce type particulier de patient. Le médecin a alors tendance à ne s'occuper que du problème immédiat sans proposer davantage.

Une approche plus globale, basée sur le traitement précoce, le dépistage et la prévention pourrait être bénéfique au toxicomane, séropositif ou séronégatif, car ses consultations sont fréquentes auprès des diverses composantes du réseau de soins. Le *tableau 3* trace un portrait des composantes du bilan de santé chez les UDI séropositifs.

### ▼▼ 5.5 LES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Lors du traitement médicamenteux d'un toxicomane, le clinicien doit tenir compte des interactions possibles entre divers produits. Ces interactions sont notamment fréquentes chez le patient sous méthadone.

#### ▼ 5.5.1 MÉTHADONE - RIFAMPINE

La rifampine (Rifadin<sup>md</sup>), antibiotique antituberculeux, active l'élimination de la méthadone et réduit ainsi sa concentration plasmatique. Quelques jours après le début du traitement à la rifampine, le toxicomane sous méthadone présentera des symptômes de sevrage. L'augmentation de la dose quotidienne de méthadone dès la première prise de rifampine prévient cet incident. L'ajustement de la méthadone se fait par paliers progressifs de la posologie quotidienne (ou aux deux jours) de 10 mg

TABLEAU 2

SYMPTÔMES LIÉS À LA SUBSTANCE CONSOMMÉE, À LA VOIE INTRAVEINEUSE ET AU VIH			
SYMPTÔMES	LIÉS À LA SUBSTANCE	LIÉS À L'USAGE DE DROGUES IV	LIÉS AU VIH
Toux, dyspnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>forte dose d'amphétamines</li> <li>forte dose de cocaïne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>insuffisance cardiaque secondaire à la cocaïne</li> <li>oedème pulmonaire secondaire aux opiacés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>embolie pulmonaire septique</li> <li>endocardite</li> <li>pneumonie bactérienne</li> <li>pneumonie à <i>P. carinii</i></li> </ul>
Fièvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>forte dose de cocaïne</li> <li>sevrage d'opiacés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pneumonie</li> <li>endocardite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>problème infectieux</li> </ul>
Abcès	<ul style="list-style-type: none"> <li>nil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>injection intraveineuse ratée: irritation chimique (surtout les barbituriques)</li> <li>infection à <i>S. aureus</i> secondaire à contamination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>susceptibilité augmentée à l'infection bactérienne</li> </ul>
Perte de poids	<ul style="list-style-type: none"> <li>usage régulier de cocaïne ou d'amphétamines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>lié à l'usage de drogues IV</li> <li>mauvaise alimentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>stade avancé de la maladie</li> </ul>
Diarrhée	<ul style="list-style-type: none"> <li>sevrage d'opiacés</li> <li>forte dose d'amphétamines ou de cocaïne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>nil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>entérite à <i>Cryptosporidium</i>, <i>Isospora belli</i>, cytomégalovirus</li> </ul>
Diaphorèse	<ul style="list-style-type: none"> <li>sevrage d'opiacés</li> <li>intoxication aiguë à la cocaïne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pneumonie</li> <li>endocardite</li> <li>mauvaise injection</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>stade avancé de la maladie</li> </ul>
Perte de vision	<ul style="list-style-type: none"> <li>nil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>endocardite</li> <li>ophtalmie</li> <li>aspergillose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>rétinite (plus souvent à CMV)</li> </ul>
Délire, confusion, coma	<ul style="list-style-type: none"> <li>sevrage d'alcool, sédatifs et barbituriques</li> <li>intoxication aiguë à une ou plusieurs substances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pneumonie</li> <li>endocardite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>méningite</li> <li>toxoplasmose</li> <li>encéphalopathie</li> <li>neurosidia</li> </ul>
Hallucination, paranoïa	<ul style="list-style-type: none"> <li>forte dose d'amphétamines, de cocaïne, PCP, MDMA ou cannabis</li> <li><i>delirium tremens</i> (alcool)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>nil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>toxoplasmose</li> <li>encéphalopathie</li> </ul>

TABLEAU 3

BILAN CHEZ LES UDI SÉROPOSITIFS	
<b>1. HISTOIRE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>antécédents médicaux</li> <li>de la vaccination</li> <li>de la toxicomanie</li> <li>médication concomitante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>évaluation psychologique</li> <li>évaluation de la situation sociale</li> <li>évaluation des facteurs de risque</li> </ul>
<b>2. COUNSELLING</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>diète</li> <li>activités physiques</li> <li>MTS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>planning familial</li> <li>usage de substances psychotropes</li> <li>risques liés au VIH et aux hépatites</li> </ul>
<b>3. EXAMENS PHYSIQUE ET DE LABORATOIRE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>complications des injections</li> <li>complication de l'usage des drogues</li> <li>évaluation de la fonction hépatique</li> <li>dépistage: cancer du col et coloscopie aux 6 mois</li> <li>MTS incluant syphilis</li> <li>tuberculose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>évaluation de la fonction rénale</li> <li>FSC</li> <li>sérologies hépatites A, B, C et D</li> <li>sérologies de base: CMV, EBV, toxoplasmose, cryptocoque</li> <li>bilan immunitaire (décompte des CD4)</li> </ul>
<b>4. CONDUITE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>immunisations: hépatite B, influenza, diphtérie et tétanos, <i>Haemophilus influenzae B</i>, <i>S. pneumoniae</i>, pneumocoque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>chimio prophylaxies (si indiquées): tuberculose, <i>Pneumocystis carinii</i>, <i>Mycobacterium avium</i>, <i>Candida albicans</i></li> </ul>

chacun. Le suivi médical doit être méticuleux en surveillant l'hypersédation. Il faut ainsi parfois augmenter de 50 % la dose quotidienne de méthadone pour un toxicomane sous rifampine.

À l'inverse, lors de la cessation de la rifampine, il faut réduire progressivement la méthadone sous suivi médical rigoureux. En général, la nouvelle dose quotidienne de méthadone nécessaire à la stabilisation du toxicomane est supérieure à celle antérieurement utilisée.

▼ 5.5.2 MÉTHADONE - PHÉNYTOÏNE

La phénytoïne (Dilantin<sup>md</sup>), médicament anticonvulsivant, active aussi l'élimination de la méthadone. Le mécanisme serait le même que pour la rifampine et l'ajustement posologique suit le même mode.

D'autres médicaments auraient également une interaction pharmacologique avec la méthadone. Les opiacés, les dépresseurs du système nerveux central, les antidépresseurs tricycliques, la désipramine, certains anxiolytiques (phénobarbital, benzodiazépine), sont de ceux-là. Les implications cliniques de ces observations sont cependant peu connues.

▼▼▼ 6. LE SUIVI MÉDICAL DU TOXICOMANE

▼▼ 6.1 ÉVALUATION ET DIAGNOSTIC DE LA DÉPENDANCE

Cette section rappelle brièvement les éléments de diagnostic et les principes de traitement de la dépendance (ou assuétude) aux substances psychotropes.

L'anamnèse de la toxicomanie doit être recueillie par le médecin selon une méthode simple. Chaque médecin doit considérer que ces éléments font partie intégrante de toute histoire de cas et le *tableau 4* sert de guide. Il s'inspire d'une application pratique des critères diagnostiques de dépendance selon le DSM-III. Libre à chacun de le personnaliser et de mieux l'adapter à sa pratique.

TABLEAU 4

DIAGNOSTIC ET ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE
<b>QUESTIONNAIRE</b>
<b>POUR CHACUNE DES SUBSTANCES CONSOMMÉES :</b>
• durée de la consommation ;
• quantité de chacune des substances ;
• rythme de consommation ;
• voie d'administration ;
• les sevrages antérieurs : symptômes, complications ;
• les états d'intoxication : évaluation de la tolérance ;
• intoxications pathologiques
<b>LES PÉRIODES D'ABSTINENCE :</b>
• durée ;
• symptômes associés à la période de sevrage
<b>LA PLACE OCCUPÉE PAR LA CONSOMMATION DANS LA VIE DE LA PERSONNE :</b>
• conséquences sociales et judiciaires ;
• besoins physiques et psychologiques ;
• pertes associées

Quelques trucs supplémentaires

- Demander systématiquement à tous les patients s'ils consomment chacune des grandes classes de substances psychotropes : alcool, opiacés, stimulants (cocaïne et amphétamines), anxiolytiques et autres sédatifs hypnotiques, marijuana, haschich et hallucinogènes.
- Même si certaines terminologies « de rue » ne vous sont pas familières, vous pouvez évaluer la quantité en demandant le coût de la consommation quotidienne.
- Les symptômes de sevrage et les complications tendent à se ressembler chez une même personne d'un sevrage à l'autre. Pour plusieurs, l'histoire des sevrages antérieurs nous permet d'évaluer le type d'assistance médicale requise lors du prochain arrêt.
- L'histoire complète de consommation peut se faire en plusieurs étapes. Lorsque la relation de confiance sera établie, elle peut aussi se modifier. Au fil du temps, d'autres sources d'information (par exemple l'entourage) peuvent aussi venir s'ajouter.

▼▼ 6.2 TRAITEMENT DES INTOXICATIONS ET DES SEVRAGES

Les tableaux 5, 6, 7, 8, donnent un aperçu des symptômes d'intoxication et de sevrage des principales substances utilisées par les UDI. D'autres substances peuvent être consommées en association avec celles-là : par exemple les hallucinogènes, le PCP, les antihistaminiques et autres médicaments en vente libre, les solvants. Un bon questionnaire et la lecture des renseignements apparaissant aux tableaux mentionnés permettront de traiter adéquatement la majorité des problèmes relatifs à l'utilisation de drogues chez les UDI.

▼ 6.2.1 SÉDATIFS - HYPNOTIQUES, ANXIOLYTIQUES

Les manifestations de l'intoxication et du sevrage ressemblent à celles de l'alcool. Toutefois, le risque d'épisode comitial ou de convulsion est plus grand, particulièrement avec les substances à courte demi-vie. Les symptômes de sevrage peuvent apparaître plus tardivement toujours en rapport avec la grande variabilité des demi-vies des divers produits appartenant à ce groupe. La prise en charge du sevrage et son traitement peuvent se faire en utilisant des doses décroissantes sur des périodes pouvant aller de 2 semaines à quelques mois selon les produits consommés et associés, mais sans excéder une diminution quotidienne de 10 % de la dose initiale.

TABLAU 5

**HÉROÏNE**

**FAMILLE**

**Opiacés:**

- opiacés naturels: morphine, opium, codéine
- opiacés semi-synthétiques: héroïne, hydromorphone (Dilaudid), oxycodone (Percodan),
- narcotiques synthétiques: propoxyphène (Darvon), mépéridine (Démérol), méthadone, etc

**CINÉTIQUE DE L'HÉROÏNE**

- demi-vie: quelques minutes avant d'être transformée en morphine dont la demi-vie est de 3 hres
- métabolisme: foie
- excrétion: métabolites dans l'urine et la bile détectables durant 48 heures

**EFFETS PHARMACOLOGIQUES**

- analgésie
- somnolence
- à forte dose: dépression du SNC et cardiaque

**EFFETS DÉCRITS CHEZ LES HÉROÏNOMANES PAR VOIE INTRAVEINEUSE**

*juste après l'injection:*

- sensation brutale de plaisir de type orgasmique
- sensation de chaleur
- euphorie

*par la suite:*

- prurit, nausées, vomissements, rétention urinaire, constipation
- myosis, bradycardie, hypotension
- sensation de bien-être, de rêverie et de détachement

**TOLÉRANCE ET DÉPENDANCE**

- tolérance: rapide et croisée
- dépendance: croisée et fonction de la chronicité de l'usage, dose, voie d'administration, santé générale

**SYMPTÔMES DE SEVRAGE**

ne met pas la vie de l'individu en danger, contrairement à la croyance populaire

- début de 7 à 16 heures après la dernière dose
- maximum: du 3<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> jour
- durée: de 8 à 10 jours
- symptômes: anxiété, bâillements, rhinorrhée, sueurs, larmolement, puis mydriase, douleurs musculaires, crampes abdominales, diarrhée, anorexie, secousses musculaires, insomnie, rarement hypertension artérielle, tachycardie, hyperthermie.

**TRAITEMENT MÉDICAL**

**Sevrage:**

- substitution avec doses décroissantes de narcotiques (méthadone),
- traitement symptomatique (clonidine, benzodiazépines, antispasmodiques).
- Traitement de maintien avec substitution à la méthadone (long terme),
- traitement de soutien postsevrage avec des antagonistes (Naltrexone).

TABLAU 6

**COCAÏNE**

**FAMILLE ET CINÉTIQUE**

- Alcaloïdes naturels
- Demi-vie: 45 à 90 minutes
- Métabolisme: foie
- Excrétion: urines, détectable pendant 35 à 48 heures

**EFFETS PHARMACOLOGIQUES**

- Stimulant central
- Propriétés sympathomimétiques

*Effets à court terme à petites doses:*

- dilatation pupillaire, réflexes augmentés, euphorie, sensation de bien-être
- diminution de la fatigue physique et mentale
- inappétence et hypersomnie
- sensation de maîtrise de l'environnement
- vasoconstriction, tachycardie, hypertension
- polypnée

*À fortes doses:*

- mêmes effets qu'à petites doses, plus:
- pâleur, céphalée, sueurs froides, pouls rapide et filant
- hyperthermie
- nausées, vomissements
- agitation
- idées/délires paranoïdes
- hallucinations tactiles, visuelles et auditives
- confusion
- psychose (surtout paranoïde)
- hypertension artérielle, arythmie cardiaque
- douleur thoracique
- convulsions
- coma

*Effets à long terme:*

- agitation, nervosité, excitabilité, irritabilité
- épuisement physique et mental
- perte de poids
- pensées paranoïdes, dysphorie
- atteinte de la mémoire
- confusion et hallucination pouvant suivre des périodes prolongées d'insomnie

**EFFETS DÉCRITS PAR L'UDI**

*En général:*

- sensation d'augmentation violente de l'énergie
- euphorie
- stimulation verbale, motrice, sexuelle

*Suite à une chute brutale des taux plasmatiques:*

- anxiété
- dysphorie
- malaise

TABLEAU 6 (suite)

<b>COCAÏNE</b>	
<b>TOLÉRANCE ET ASSUËTUDE</b>	
La tolérance peut être inversée (augmentation de la sensibilité avec l'usage chronique) effets convulsifs et anesthésiants.	
La dépendance physique semble se produire bien que certains mettent ce sevrage en doute.	
<b>SYMPTÔMES DE SEVRAGE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Épuisement physique et mental</li> <li>• Sommeil prolongé mais agité, suivi de période d'insomnie</li> <li>• État de manque omniprésent</li> <li>• Dépression</li> </ul>	
<b>TRAITEMENT MÉDICAL</b>	
<i>Intoxication aiguë :</i>	
Signes vitaux : monitoring cardiaque, soluté	
Diazépam IV contre agitation et pour prévenir convulsions	
Propranolol IV contre tachycardie et hypertension. Aussi, nifédipine SL ou labétalol IV si HTA	
Lidocalne IV si arythmie ventriculaire	
Halopéridol IV si hallucinations ou psychose	
Bicarbonate de sodium IV pour alcalinisation des urines	
<i>Sevrage :</i>	
Il n'y a pas de traitement spécifique	
Traitement symptomatique : Benzodiazépines pour sevrage aigu (deux premières semaines)	
<i>Autres médicaments :</i>	
Antidépresseurs : peuvent être utiles, seuls les tricycliques ont été étudiés suffisamment, ne les prescrire qu'aux patients qui ont un support suffisant de leur entourage et qui peuvent être compliants.	
Bromocriptine : aiderait à diminuer le «manque», selon certaines études, mais encore peu de résultats vraiment concluants	

▼▼▼ 7. QUE FAIRE AVEC CES PATIENTS DANS NOS SERVICES ?

▼▼ 7.1 APPROCHE DE LA TOXICOMANIE

Le médecin joue un rôle primordial auprès des toxicomanes surtout ceux qui ne fréquentent pas les centres spécialisés de traitement. Nous avons vu comment il peut aider le toxicomane à améliorer son état de

TABLEAU 7

<b>ALCOOL</b>	
<b>MANIFESTATIONS DE L'UTILISATION EN PHASE AIGUË :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• grande variabilité individuelle;</li> <li>• bien-être;</li> <li>• euphorie;</li> <li>• désinhibition;</li> <li>• labilité émotionnelle;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• irritabilité;</li> <li>• dépression;</li> <li>• diminution de l'attention;</li> <li>• diminution du jugement</li> </ul>
<b>SIGNES PHYSIQUES :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• haleine éthylique;</li> <li>• stasie;</li> <li>• hyporéflexie;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dysarthrie;</li> <li>• somnolence;</li> <li>• coma</li> </ul>
<b>TRAITEMENT :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• support, temps;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas d'antidote</li> </ul>
<b>MANIFESTATIONS DE SEVRAGE :</b>	
<i>Stade I :</i> apparaît habituellement dans les premières heures suivant l'arrêt de la consommation (+ ou - 6 heures)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• agitation psychomotrice;</li> <li>• anxiété;</li> <li>• anorexie;</li> <li>• insomnie, cauchemars;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tachycardie;</li> <li>• hypertension;</li> <li>• diaphorèse;</li> <li>• hyperreflexie;</li> <li>• crampes abdominales</li> </ul>
<i>Stade II :</i> < 24 heures suivant l'arrêt de consommation : manifestations du Stade I, plus hallucinations :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• visuelles;</li> <li>• auditives;</li> <li>• tactiles;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• olfactives;</li> <li>• les hallucinations surviennent dans un sensorium clair</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Stade III :</i> 30 heures après l'arrêt des manifestations du stade II + convulsions : elles sont généralisées</li> <li>• <i>Stade IV :</i> DELIRIUM TREMENS</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• survient 48 à 96 heures suivant l'arrêt de consommation;</li> <li>• stade II + confusion, désorientation, HTA, tachycardie, température;</li> <li>• URGENCE : peut être fatal si non traité</li> </ul>	

**TABEAU 7 (suite)**

ALCOOL	
<b>TRAITEMENT:</b>	
<p><b>Stade I et II:</b> Benzodiazépines à longue demi-vie (diazépam) pendant 3 à 10 jours à doses décroissantes, selon sévérité des symptômes; très souvent, aucune médication n'est nécessaire. Si atteinte des fonctions hépatiques: utiliser lorazépam ou oxazépam.</p> <p><b>Technique alternative</b> (surtout en hospitalisation courte ou urgence): dose d'attaque: diazépam 20 mg aux heures X 3 heures ou jusqu'à somnolence. Aucun médicament par la suite, la demi-vie du diazépam est longue.</p> <p><b>Stade III:</b> Prévention des convulsions: benzodiazépines, phénytoïne non efficace</p> <p><b>Traitement postconvulsion:</b> idem stades I et II</p> <p><b>Stade IV:</b> Benzodiazépines à fortes doses</p> <p>Surveillance étroite: signes vitaux, hydratation, fonctions respiratoires, cardiaques et rénales. Environnement paisible mais pas d'isolement.</p> <p>Si agitation très grande: halopéridol 5 mg pour quelques doses avec antiparkinsonien, mais <b>APRÈS</b> benzodiazépines</p>	

santé et à prévenir certaines infections. Cependant, les comportements erratiques et souvent autodestructeurs qui émaillent la vie des toxicomanes rendent le suivi clinique difficile et peu gratifiant pour le soignant.

Manquements aux rendez-vous, déménagements fréquents, état d'intoxication lors des rencontres, infidélité aux traitements - surtout chez les non sevrés -, voilà ce qui attend le professionnel traitant un toxicomane sur une base ambulatoire.

Le toxicomane hospitalisé, séropositif ou non, transgresse souvent les lois et règlements, ce à quoi les équipes soignantes sont souvent mal préparées. Il est intolérant à la douleur, utilise le « chantage de la souffrance » et réclame un soulagement total et immédiat. L'équipe soignante peut souffrir de divisions internes par suite de manipulation, de séduction et de frustration dont elle est victime de la part des toxicomanes, habiles à utiliser ces stratagèmes. Après une période de bienveillance, l'équipe se sentira envahie, submergée et peu à peu découragée: le risque à craindre est alors celui de rejeter en bloc tous les toxicomanes.

Le suivi clinique des toxicomanes peut ressembler à une véritable lutte à finir en pleine anarchie totale. Mais, certains principes simples et utilisés systématiquement peuvent rendre cette partie de la pratique médicale non seulement intéressante mais aussi gratifiante.

**TABEAU 8**

CANNABIS	
<b>SUBSTANCES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• marijuana: produite à partir de feuilles, fleurs et grains de cannabis, séchées et hachées;</li> <li>• haschisch: produit à partir de la résine de feuilles et graines de cannabis;</li> <li>• huile de haschisch: extrait huileux du haschisch ou de la marijuana;</li> <li>• THC (tétrahydrocannabinol): ingrédient actif du cannabis</li> </ul>	
<b>MODES D'ADMINISTRATION:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ingestion;</li> <li>• inhalation</li> </ul>	
<b>MANIFESTATIONS CLINIQUES AIGÜES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• euphorie;</li> <li>• diminution du jugement;</li> <li>• anxiété;</li> <li>• psychose</li> <li>• ralentissement psychomoteur;</li> </ul>	
<b>SIGNES PHYSIQUES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• tachycardie;</li> <li>• irritation et injection des conjonctives</li> </ul>	
<b>TABEAU CHRONIQUE:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• syndrome d'« amotivation »: passivité, perte d'énergie et de désir de travailler, irritabilité, baisse de concentration et d'aptitude d'apprentissage, apparence négligée, vie organisée autour de la recherche et de la consommation de cannabis</li> </ul>	
<b>MANIFESTATIONS DE SEVRAGE:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• apparence négligée possible, vie organisée autour de la recherche et de la consommation de cannabis;</li> <li>• anxiété chronique;</li> <li>• dépression</li> </ul>	
<b>TRAITEMENT:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• manifestations aiguës: aucune médication;</li> <li>• sevrage: aucune médication spécifique</li> </ul> <p>Les benzodiazépines peuvent parfois être utilisées pour de courtes périodes et de façon contrôlée.</p>	

**Principes généraux**

- Toujours bien clarifier la demande du patient: qu'est-ce que cette personne attend de nous ou de nos services?
- À partir de la demande du patient, délimiter les responsabilités réciproques du système de santé et celles du patient.

- Établir les limites de la relation thérapeutique : qu'est-ce que vous pouvez lui offrir, et quelles sont vos champs de compétence face à sa demande ?
- À l'intérieur de cette relation thérapeutique :
  - les règles doivent être explicitées dès le départ ;
  - toutes les personnes impliquées de près ou de loin dans les soins doivent assurer la cohérence des interventions, telles que définies au départ ;
  - les sanctions doivent être connues d'avance et appliquées systématiquement et uniformément s'il y a transgression des règles ;
  - en tout temps le ton doit rester calme et professionnel. Le patient doit comprendre que s'il enfreint les règles, les sanctions seront appliquées comme conséquence de ses propres actes et non pas en « réaction émotive » à ses actes, ou comme un rejet et une injustice.

Les tableaux 9 et 10 illustrent deux exemples pratiques utilisant les principes simples ci-haut mentionnés. Enfin, ces règles ne fonctionnent que dans la mesure où tout le personnel s'y prête. Il est quasi impossible de bien encadrer un toxicomane lorsqu'il sent qu'il y a des failles dans la structure ou entre les individus.

Les sanctions doivent être présentées au patient sur un ton calme et professionnel en faisant ressortir que celles-ci sont la conséquence de son comportement et non une décision arbitraire du clinicien.

La cohérence est primordiale et inclut autant les renforcements et encouragements suite à des comportements adéquats que les sanctions nécessaires aux comportements inacceptables.

▼▼ 7.2 LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Traiter la douleur aiguë ou chronique chez un toxicomane est un défi de taille pour le clinicien. Le médecin hésite à prescrire des agents narcotiques et parfois le toxicomane hésite à les demander ou à les prendre, craignant l'abus de consommation. En général, la souffrance des patients présentant une douleur aiguë, toxicomanes ou non, est sous-estimée et inadéquatement traitée.

Il importe d'identifier l'origine de la douleur avant de prescrire un analgésique. Le médicament choisi par le médecin vise à rendre le patient confortable en minimisant le plus possible les effets secondaires.

TABLEAU 9

PATIENT UDI INFECTÉ PAR LE VIH - SUIVI EN CABINET
<p><b>CLARIFICATION DE LA DEMANDE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi médical pour son infection par le VIH</li> <li>• Position par rapport à sa consommation (veut cesser, modérer ou continuer sa consommation)</li> </ul>
<p><b>ÉTABLISSEMENT DES LIMITES DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE</b></p> <p>Le médecin s'engage à suivre ce patient dans les limites de son champ de compétence à savoir le suivi de son état de santé général. Il a un rôle dans l'information des conséquences de la toxicomanie sur sa santé et dans le support à la motivation. Le médecin doit aborder son rôle dans la prescription de médicaments analgésiques et sédatifs, notamment à long terme, ainsi que son rôle éventuel dans le traitement lorsque le patient décidera de cesser sa consommation.</p> <p>Il peut décider qu'advenant le cas où le patient décide de cesser sa consommation, par exemple, il le référera pour son sevrage et ne lui prescrira aucun médicament à cet effet. De même, pour les analgésiques requis lors de douleurs chroniques éventuelles liées à l'infection par le VIH, le médecin peut convenir avec le patient qu'il ne lui prescrira de narcotiques à long terme que s'il est évalué et suivi conjointement par un spécialiste du traitement de la douleur et de la toxicomanie.</p> <p>(Ce ne sont que des exemples qui doivent être adaptés selon le profil de pratique et les ressources disponibles, mais ces sujets doivent être abordés.)</p> <p>Il peut aussi convenir avec le patient qu'il lui offrira un soutien de désintoxication en établissant dès le départ le type d'intervention, les limites et les conditions d'application de cette intervention.</p> <p>Le patient doit évidemment être partenaire dans l'établissement de cette relation thérapeutique.</p>
<p><b>RÈGLES AU DÉPART</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient devra se présenter dans un état propice à une entrevue médicale.</li> <li>• Aucune violence physique ou verbale ne sera tolérée, et ce, à l'endroit de toutes les personnes présentes au cabinet.</li> <li>• Aucune consommation ou vente dans les locaux du cabinet.</li> <li>• Les modalités de rendez-vous seront discutées de façon à ce que le suivi soit possible (par exemple: en après-midi de préférence). Lorsque les modalités seront fixées, le patient devra s'y conformer.</li> </ul>
<p><b>CONSÉQUENCES DU BRIS DE CONTRAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque le patient manquera ses rendez-vous et ne suivra pas le traitement prescrit, les objectifs et les modalités du suivi seront révisés. Un échéancier pour améliorer la situation sera aussi fixé. L'impossibilité (malgré le réarrangement du plan de traitement) de suivre le traitement pourra éventuellement amener une suspension temporaire de celui-ci.</li> <li>• Toute violence entraînera une expulsion immédiate et, selon la gravité, une plainte pourra être portée auprès des autorités.</li> <li>• À la suite d'une expulsion pour troubles de comportement, la demande de réintégration fera l'objet d'une discussion de tous les membres du personnel du cabinet médical.</li> </ul>

TABLEAU 10

**PATIENT UDI, INFECTÉ PAR LE VIH, ADMIS À L'URGENCE POUR UNE CONDITION MÉDICALE AIGUË NÉCESSITANT UNE HOSPITALISATION**
**CLARIFICATION DE LA DEMANDE :**

- demande urgente : patient malade ;
- peur de mourir, mais aussi peur panique de « tomber » en sevrage ;
- peur de souffrir ;
- position par rapport à sa consommation (veut cesser, modérer ou continuer sa consommation)

**ÉTABLISSEMENT DES LIMITES DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE :**

Dans un premier temps : traiter la condition urgente :

infection aiguë = antibiothérapie ;

toxicomanie : rendre le patient confortable et éviter les réactions de sevrage ;

lui permettre ainsi de recevoir son antibiothérapie ;

ex : narcotiques pour éviter symptômes de sevrage chez les héroïnomanes, doses régulières, pas de médicament au besoin ;

Après stabilisation initiale :

- évaluation de la motivation à changer son mode de vie ;

Si désir de changement :

- aide médicale à la désintoxication ;
- le médecin, entouré d'autres professionnels de la santé, aidera le patient à identifier ses besoins en matière de réadaptation et à le référer au besoin ;
- le patient sera responsable de ses comportements tout au long de son séjour hospitalier, il devra être apte à recevoir les soins et à ne pas nuire aux traitements ;
- le patient sera responsable de sa réadaptation et de son abstinence ;

**RÈGLES AU DÉPART :**

- aucune violence physique ou verbale ne sera tolérée, et ce, à l'endroit de toute personne en contact avec le patient lors de son séjour ;
- aucun commerce de drogue à l'intérieur de l'hôpital ;
- les médicaments sont donnés à heure fixe et toute tentative d'intimidation ou d'extorsion amènent des sanctions.

Si le patient veut cesser de consommer quelques mesures peuvent aussi être prises d'emblée avec son accord :

- tests aléatoires de dépistage ;
- contrôle des visiteurs ;
- contrôle des sorties de l'étage.

Si le patient ne veut pas cesser de consommer, il peut tout de même être entendu que, durant l'hospitalisation, on lui offrira une médication de support et qu'aucune autre substance ne devra être consommée.

TABLEAU 10 (suite)

**PATIENT UDI, INFECTÉ PAR LE VIH, ADMIS À L'URGENCE POUR UNE CONDITION MÉDICALE AIGUË, NÉCESSITANT UNE HOSPITALISATION**
**CONSÉQUENCES DU BRIS DE CONTRAT :**

- les options incluent l'obligation de demeurer à l'étage ou dans sa chambre, l'interdiction de recevoir des visiteurs, le contrôle des arrivages extérieurs ;
- si le patient refuse de coopérer après que les limites aient été déterminées et comprises, ou si le patient enfreint de façon répétée les règles minimales, un congé précipité peut quelquefois être envisagé, LORSQUE MÉDICALEMENT POSSIBLE.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent soulager le patient. Le médecin ne doit pas hésiter à prescrire des narcotiques s'ils s'avèrent nécessaires. Un suivi médical rigoureux est alors essentiel. Pour être adéquatement soulagé, un narcomane nécessitera des doses plus fortes et plus fréquentes d'analgésiques, en raison de sa plus grande tolérance aux narcotiques. L'association d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et de narcotiques donne souvent des résultats fort satisfaisants. Cette association permet de faire appel à des quantités moindres de narcotiques et d'en diminuer les effets secondaires.

Les substances opiacées agonistes-antagonistes comme la pentazocine (Talwin<sup>md</sup>) ne devraient pas être utilisées en association avec la méthadone. Elles peuvent donner rapidement des symptômes de sevrage.

Au début d'un traitement analgésique chez un toxicomane, le médecin doit lui expliquer clairement le plan de traitement envisagé et les motifs du choix dans l'ordonnance de certains types d'analgésiques plutôt que d'autres. Il doit également expliquer tout ajustement de ce plan de traitement. La confiance établie envers le médecin demeure toujours la clé du succès.

Le soulagement de la douleur chronique est encore plus complexe. L'origine de cette douleur est souvent plus difficile à identifier. Le médecin ne doit pas hésiter à demander l'opinion de spécialistes du traitement de la douleur.

Le rôle des thérapies alternatives peut être important. L'acupuncture, certaines techniques de relaxation ou de visualisation se montrent souvent très utiles.

### ▼▼▼ 8. INTERACTIONS AVEC LES ORGANISMES DE RÉFÉRENCE POUR LE TRAITEMENT DES TOXICOMANIES

Autant la toxicomanie est un phénomène relativement nouveau pour les spécialistes du sida, autant le VIH l'est pour les spécialistes de la toxicomanie. Il faut souligner qu'au cours des dernières années, les personnes ressources en toxicomanie ont fait face à l'arrivée du VIH et que beaucoup d'intervenants ont développé un intérêt et une compétence dans ce domaine. Des sessions de formation sont maintenant disponibles, pour ceux qui le désirent, à la grandeur du Québec.

Les traitements de réadaptation, bien que très variés, présentent des caractéristiques communes. Pour s'en sortir, le toxicomane doit d'abord accepter de se prendre en main, pour ensuite entreprendre un processus de changement visant à vivre de façon satisfaisante sans drogue et à augmenter son estime de lui. Ces caractéristiques méritent d'être soulignées dans une perspective de continuité de service y compris les difficultés d'intégration des personnes séropositives.

Le toxicomane séropositif se heurte à une dure réalité dont le résultat lui échappe et ne se contrôle plus. Le réveil du désir de vivre se bute à la perception d'une mort plus ou moins prochaine, à l'incertitude de l'avenir.

Pourquoi souffrir pour s'en sortir, si c'est pour en mourir de toute façon?

Dans le traitement de la toxicomanie, l'intervenant et le médecin ont toujours eu comme mission d'aider le toxicomane à s'en sortir, à refaire sa vie quel qu'en soit la durée. Le toxicomane impatient, habitué à agir en fonction de satisfactions immédiates, doit prendre conscience qu'il est nécessaire d'affronter la réalité et d'investir dans l'établissement de nouvelles bases pour améliorer, à moyen terme, la qualité de sa vie.

L'installation de l'infection par le VIH dans la population toxicomane met en cause la mission même du soignant. Son patient mourra-t-il dans un an, dans dix ans? Doit-il l'aider à cesser sa consommation quand il connaît les difficultés que cela comporte? On peut en effet envisager d'accompagner les patients jusqu'à la fin en étant moins exigeant à leur égard.

Certains intervenants peuvent être réticents à parler des risques et des moyens de protection par l'utilisation de matériel stérile ou désinfecté. Ils perçoivent souvent ces interventions durant la réadaptation

comme des doubles messages auxquels ils ne croient pas vraiment dans la démarche de leur patient.

Le succès du traitement du toxicomane est, en général, mesuré par l'abstinence et la réinsertion sociale. De plus en plus, on devra considérer que l'arrêt de l'injection intraveineuse par crainte d'infections ou du sida est, d'une certaine manière, le signe qu'un toxicomane est en train de se soigner, même si son assuétude ou dépendance à la drogue demeure.

### CONCLUSION

Ces dernières années, le nombre de toxicomanes infectés par le VIH a beaucoup augmenté. Cette double problématique transforme les pratiques des médecins et des intervenants en toxicomanie. De plus en plus de toxicomanes consultent pour des problèmes de santé ou sont hospitalisés. Le suivi de l'UDI infecté par le VIH représente désormais un défi de taille.

La combinaison drogue-VIH oblige les intervenants de divers domaines au dialogue et à l'interdisciplinarité dans la prise en charge de ces patients. La collaboration est donc essentielle. Hélas! un professionnel peut facilement focaliser sur un problème relevant de sa compétence et négliger les autres. Lorsqu'un toxicomane séropositif consulte, un soignant compétent en sida doit pouvoir aborder le sujet de la toxicomanie et un soignant compétent en désintoxication ne doit pas se désintéresser de l'infection par le VIH. Sauf exception, le soignant ne cherche pas à traiter d'emblée les deux problèmes, mais il a l'obligation d'en prendre connaissance et conscience. Il a, phénomène nouveau, l'obligation de collaborer à l'action interdisciplinaire.

Connaissance, respect, estime et formation réciproques des équipes sont nécessaires à la mise en oeuvre d'une collaboration efficace. Il ne doit pas y avoir de confusion de rôles lorsque le patient parle de sa toxicomanie au médecin-sidénologue et de sa séropositivité à l'intervenant en toxicomanie.

## Les jeunes de la rue

Les jeunes de la rue sont aussi de grands usagers de la drogue. Les jeunes de la rue ont parfois quitté la maison familiale de leur propre volonté ("runaways") et parfois en sont renvoyés ("throwaways"). Ils sont définis par deux facteurs: leur âge et leur absence de la maison familiale sans le permis d'un parent pendant 24 heures ou plus (Radford et al., 1989). Les jeunes renvoyés ont été rejetés directement par leurs parents (Radford et al., 1989). Il n'y a pas d'estimations valables du nombre des jeunes de la rue à travers le Canada puisque leur mode de vie est transitoire (Zdanowicz et al., 1993). Autant que 150 000 jeunes de la rue parcourent les villes canadiennes chaque année (Covenant House, 1988). Plusieurs études montrent que les adolescents

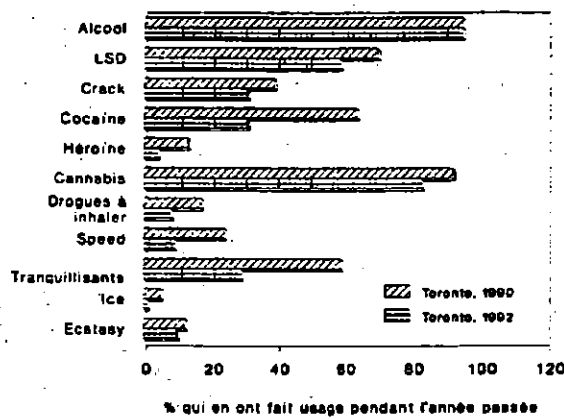


Figure 5.3 Diminutions de l'usage de la drogue parmi la jeunesse torontoise de la rue, 1990, 1992

canadiens s'échappent à la rue pour éviter l'abus physique, émotionnel et sexuel ou la négligence à la maison (Radford et al., 1989; Smart et al., 1992; Anderson, 1992). Le mode de vie des jeunes de la rue comprend plusieurs comportements très risqués (Radford et al., 1989; Smart et al., 1992; Anderson, 1992). L'infection du virus VIH est un risque particulièrement grave parmi les jeunes de la rue à cause de l'usage de la drogue et l'échange des seringues, les pratiques sexuelles dangereuses et le manque d'argent et de possibilité de maintenir une hygiène adéquate.

Les études montrent que les styles d'utiliser les substances parmi les jeunes de la rue à travers le Canada varient de ville en ville. D'après l'étude nationale de Radford et al. (1989), deux tiers (2/3) de tous les jeunes de la rue consommaient la drogue et/ou l'alcool chaque semaine ou tous les jours. Très peu ne faisaient usage d'aucune substance. Les substances les plus populaires sont l'alcool, le cannabis, le LSD, et la cocaïne (Radford et al., 1989; Smart et al., 1990; 1992;

Anderson, 1992). Bien que l'usage de la drogue illicite soit très commun parmi cette population, il y a des signes d'une diminution d'usage général en ce moment.

**ALCOOL:** La majorité des jeunes de la rue font usage de l'alcool. Le Tableau 5.5 montre que, en 1989, environ 88 % de l'échantillon national des jeunes de la rue (Radford et al., 1989) consommaient l'alcool mais 12 % s'en abstenaient; 9 % en buvaient tous les jours. En 1992, à peu près la même proportion des jeunes de la rue d'Halifax a consommé l'alcool pendant l'année passée, mais une plus petite proportion l'a consommé tous les jours (5 %). La proportion des jeunes qui ont consommé l'alcool est plus élevée à Toronto où environ 95 % l'ont bu pendant l'année passée et 6 %, tous les jours (Figure 5.2).

**CANNABIS:** En 1989, l'étude nationale des jeunes de la rue a montré que 71 % des sondés ont consommé le cannabis pendant l'année précédente (Tableau 5.6) et 24 % l'ont consommé presque tous les jours (Radford et al., 1989) (Tableau 5.7). Parmi les jeunes de la rue de Toronto et d'Halifax, on a trouvé aussi des taux élevés d'usage du cannabis (Anderson et al., 1992; Smart et al., 1992). La proportion d'usagers quotidiens de cannabis (15 %) n'a pas changé à Toronto entre 1990 et 1992.

**COCAÏNE ET CRACK:** Environ 31 % des jeunes de la rue du Canada ont fait usage de la cocaïne pendant l'année passée; 4 % la consommaient tous les jours (Radford et al., 1989). Les taux d'usage de la cocaïne sont plus bas (19 %) parmi la jeunesse de la rue d'Halifax (Anderson et al., 1992).

**LSD ET AUTRES HALLUCINOGENES:** En 1989, 44 % des jeunes canadiens de la rue ont utilisé le LSD pendant l'année passée, et 4 % le consommaient tous les jours. Cinquante-neuf pour cent (59 %) du groupe torontois ont fait usage du LSD pendant l'année précédente. La proportion qui en faisait usage tous les

jours était de 1 %. "Ice" et "Ecstasy" sont d'autres drogues utilisées actuellement dans les rues de Toronto, Halifax et autres grandes villes à travers le pays.

Parmi la jeunesse canadienne de la rue, l'âge à partir duquel on commence à consommer la drogue varie d'après le type de drogue en question. En moyenne, les jeunes de la rue ont commencé à faire usage du cannabis à 13 ans et du LSD à 15 ans. Ils ont consommé la plupart d'autres drogues pour la première fois à l'âge de 16 ans, mais le premier usage du crack et de l'héroïne a eu lieu à l'âge de 18 ans.

**USAGE DIMINUANT DE LA DROGUE:** Les études à Toronto (Smart et al., 1992) montrent des signes d'une diminution de niveaux d'usage de la drogue de la part de la jeunesse de la rue. La Figure 5.3 montre que, de 1990 à 1992, il y a eu des baisses d'usage de cannabis (de 92 % à 83 %), de LSD (de 70 % à 59 %), de cocaïne (de 64 % à 31 %), de tranquillisants (de 59 % à 29 %), d'amphétamines ("speed") (de 24 % à 9 %), d'héroïne (de 13 % à 4 %) et de méthamphétamine cristallisée ("ice") (de 5 % à 1 %). En général, en même temps le nombre de drogues utilisées par ce groupe a aussi diminué entre 1990 et 1992. La proportion des individus utilisant cinq drogues ou plus a diminué (de 38 % à 22 %), et la proportion n'utilisant qu'une ou deux substances a augmenté (de 15 % à 36 %).

**USAGE DE LA DROGUE INJECTÉE:** L'usage de la drogue par injection et l'utilisation mutuelle des seringues non stérilisées rendent la jeunesse de la rue très disposée à contracter le virus VIH. En 1989, 12 % de l'échantillon national des jeunes de la rue ont injecté des drogues telles que talwin, ritalin, speed, la cocaïne, et l'héroïne; de ce pourcentage, presque la moitié a partagé des seringues (Radford et al., 1989). À Toronto, 28 % ont injecté de la drogue à un moment donné de leur vie, et 4 % ont partagé des seringues

pendant l'année passée  
(Smart et al., 1992).

**PROBLÈMES ASSOCIÉS À  
L'USAGE DES SUBSTANCES:**  
L'étude de 1992 à Toronto  
a examiné les problèmes  
rencontrés par la jeunesse  
de la rue (Tableau 5.8).  
Environ la moitié des  
sondés ont ressenti des  
"flashbacks" (retour des  
effets hallucinogènes) ou  
pertes de connaissance, et  
un quart n'a pas pu cesser  
leur usage quand ils le  
voulaient. Environ 40 %  
se souciaient de leur usage

de la drogue, et 35 % voulaient diminuer cet usage. En 1992, plus de jeunes de la rue qu'en 1990 étaient arrêtés pour les délits liés à la drogue (de 26 % à 34 %), rencontraient les problèmes médicaux (de 19 % à 22 %), cherchaient l'assistance (de 21 % à 30 %) et recevaient les soins médicaux (de 13 % à 21 %) (Smart et al., 1992).

L'échantillon de Toronto a rapporté plus d'activités illégales que celui d'Halifax (Smart et al., 1992; Anderson, 1992). Environ 27 % du groupe de Toronto et 15 % du groupe d'Halifax ont commis le délit d'entrée par effraction (Tableau 5.9). A peu près 43 % de la jeunesse de Toronto ont vendu la drogue, par comparaison avec 16 % de la jeunesse d'Halifax; 23 % de Toronto et 14 % d'Halifax ont volé ou volé avec violence. Environ 10 % des échantillons de Toronto et d'Halifax étaient des prostitué(e)s.

L'usage de la drogue pour ce groupe fournit un moyen de s'en tirer d'une vie familiale violente et des épreuves qui se produisent tous les jours dans la rue, particulièrement aux cas des prostitué(e)s ou revendeurs/revendeuses de la drogue.

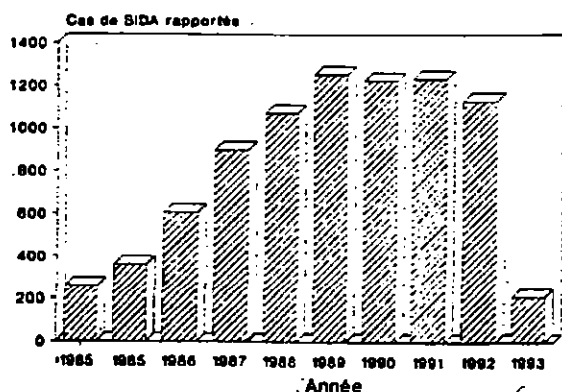


Figure 5.4 Nombre de cas rapportés avec le SIDA, Canada, 1977 à 1993

## SIDA et usagers de la drogue par injection

Il n'y a pas beaucoup d'usagers de la drogue qui l'injectent, mais ceux qui le font courent un grand risque de rencontrer les problèmes liés au SIDA et à l'hépatite. En 1991, on a estimé que 100 000 usagers de la drogue par injection étaient en danger de contracter l'infection VIH par moyenne de partage des seringues (ARF, 1991). L'infection du virus VIH, la cause du SIDA, a propagé vite parmi les usagers de la drogue par injection dans plusieurs villes en Amérique du Nord et en Europe. Il faut environ 10 ans pour que l'infection VIH devienne le SIDA; on estime qu'il y a à peu près 50 à 80 fois plus de cas positifs du VIH que du SIDA à présent. En 1993, on a estimé qu'environ 5,6 % des usagers de la drogue par injection à Toronto (Millson, 1993), 3 % à Vancouver (Rekart, 1993) et 10 % à Montréal sont positifs pour le VIH (Hankin, 1993). Ces proportions sont plus grandes parmi les usagers de la drogue par injection en prison ou dans les programmes d'échange de seringues. Les usagers de la drogue injectée propagent l'infection VIH très rapidement à cause de leurs comportements risqués comme le partage des seringues et l'activité sexuelle dangereuse. De tels comportements augmentent de plus le risque de transmission également parmi les usagers et les non usagers de la drogue (MTWDUA, 1991). Les usagers de la drogue par injection sont surtout responsables de la propagation du VIH parmi la population générale; le virus infecte leurs partenaires sexuels qui ne font pas usage de la drogue et leurs enfants.

En somme, on a estimé que 30 000 Canadiens sont atteints du virus VIH et environ 8 232 ont contracté le SIDA depuis 1977 (Tableau 5.11). De ces cas, 5 520 sont morts (Health and Welfare, 1993). Entre 1985 et 1991, le nombre des cas de SIDA a augmenté de manière dramatique (Figure 5.4). Le nombre de nouveaux cas a augmenté entre 1987 et 1988 et reste

important (de 890 en 1978 à 1 221 en 1991). Le nombre de morts liées au SIDA a atteint un point culminant en 1992 de 1 013 cas.

La majorité des cas de SIDA a lieu parmi les personnes âgées de 20 à 49 ans; la plus grande proportion a de 30 à 39 ans (44 %), de 40 à 49 ans (25,6 %) et de 20 à 29 ans (19,0 %) (Tableau 5.12). Les morts causées par le SIDA touchent les mêmes groupes d'âge. Quant aux régions, 40 % des cas du SIDA ont lieu en Ontario, 30 % au Québec, 18 % en Colombie-Britannique et 6,4 % en Alberta. La mortalité due au SIDA est semblable du point de vue de distribution géographique. La grande majorité des morts dues au SIDA ont lieu en Ontario (n=2 656) et au Québec (n=1 401).

Selon les normes internationales, les cas de SIDA attribuables à l'usage de la drogue par injection sont relativement peu nombreux au Canada (Smart, 1991), probablement à cause du taux bas d'usage de la drogue par injection et du partage des seringues. Les drogues préférées telles que le cannabis et la cocaïne sont administrées par autres voies (Smart, 1992; Erickson, 1987). Les drogues injectables comme l'héroïne et la cocaïne sont rarement consommées même par les grands usagers. Toutefois, le risque de propagation du VIH par l'usage de la drogue injectée reste significatif au Canada.

Il est vrai que la majorité des cas de SIDA proviennent de l'activité homosexuelle ou bisexuelle. Les usagers de la drogue par injection représentent 1 % de tous les hommes infectés et 7 % de toutes les femmes infectées au Canada (Tableau 5.10). Dès juin 1993, 185 cas de SIDA (141 hommes, 44 femmes) ont été contractés par suite d'injection de la drogue. Encore 293 cas (tous des hommes) ont été contractés par l'expérience homosexuelle ou bisexuelle et l'injection de la drogue. Un total de 495 morts causées par SIDA a été directement attribué à l'usage de la drogue par injection.

En 1993, on a estimé qu'environ 5,6 % des usagers de la drogue par injection à Toronto (Millson, 1993), 3 % à Vancouver (Rekart, 1993) et 10 % à Montréal sont positifs pour le VIH (Hankins, 1993). Ces proportions sont plus grandes parmi les usagers de la drogue par injection en prison ou dans les programmes d'échange de seringues.

Les comportements très risqués des jeunes de la rue et des prostitué(e)s menacent sérieusement de faire propager le SIDA dans la population générale. Par exemple, environ 12 % de la jeunesse de la rue sondée par Radford et al. (1989) ont fait usage de la drogue par injection. Presque la moitié ont partagé leurs seringues avec d'autres usagers. Les jeunes de la rue qui sont aussi des prostitué(e)s sont très en danger. Radford et al. (1989) ont trouvé que 28 % des prostitués et 48 % des prostituées qui habitent la rue font usage de la drogue intraveineuse. D'ailleurs, 7 % de ces prostitués et 48 % de ces prostituées qui font usage de la drogue par injection partagent aussi leurs seringues. Cependant, on pense qu'en général le taux d'infection par SIDA parmi les prostitué(e)s est très bas, de 1 ou 2 % (Rekart, 1993).

## Syndrome d'alcoolisme foetal

Les femmes qui boivent de l'alcool pendant la grossesse courent le risque de donner naissance à des bébés avec le somme d'anomalies connu sous le nom du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF). Ce syndrome est défini par les déficiences de développement, les anomalies du système nerveux central, et un visage caractéristique (U.S. Department of Health and Human Services, 1991). S'il y a quelques unes de ces anomalies mais pas toutes, et qu'elles soient possiblement causées par l'usage prénatal de l'alcool, alors on utilise le terme effets d'alcoolisme foetal (EAF). SAF et EAF sont des désordres qui durent toute la vie (Ashley, 1993).

Le fait de SAF et EAF dépend de plusieurs facteurs, y compris la quantité d'alcool consommé, la fréquence et la sorte d'occasions où l'alcool est bu, et la concordance du développement du fœtus. Par exemple, l'habitude de faire la bringue est souvent associée au SAF. D'autres facteurs importants comprennent le statut alimentaire, l'âge, le poids, le nombre d'enfants, le tabagisme et l'usage de la drogue chez la mère. Il y a aussi les facteurs métaboliques et physiologiques à considérer. Il se peut que certains groupes ou sous-groupes raciaux soient plus accessibles aux effets nocifs de l'alcool à cause des différences de la façon dans laquelle l'alcool est transformé par le métabolisme (May, 1991; Ashley, 1993).

Bien qu'il y ait très peu d'études au sujet du SAF chez les communautés autochtones, on sait quand même que sa fréquence dans certaines de ces communautés est beaucoup

plus grande que dans d'autres parties du Canada. Il est intéressant de noter que Robinson et al. ont constaté un taux de 190 cas de SAF/EAF sur 1 000 enfants. Deux tiers des enfants touchés étaient arriérés. Dans une autre étude sur SAF dans les communautés autochtones, Wong a estimé que SAF a eu lieu dans environ 4,7 sur 1 000 naissances des bébés autochtones par comparaison avec 0,25 sur 1 000 naissances dans la population générale (y compris les Autochtones) (Abel and Sokol, 1991). Toutefois, il n'est pas certain que ces estimations représentent bien les autres communautés autochtones.

Il n'y a pas de données nationales sur le taux de SAF et EAF au Canada. On a estimé qu'entre un et trois cas de SAF a lieu sur toutes les 3 000 naissances dans les pays occidentaux. La fréquence de EAF est probablement beaucoup plus grande (Chambre des communs, 1992). Les déficiences mentales et les problèmes de comportement, y compris les difficultés à lire, à faire attention, à se rappeler et à résoudre les problèmes, sont parmi les aspects les plus malheureux de SAF et EAF. L'exposition prénatale à l'alcool est une des causes bien connues de la déficience mentale aux pays occidentaux (Chambre des communs, 1992).

---

## Les stéroïdes

---

Les stéroïdes comprennent un groupe de drogues qui sont une version du hormone masculin, la testostérone, fabriquée chimiquement. Des athlètes emploient ces drogues dans le but de développer le corps pour améliorer leur performance sportive; d'autres en consomment parce qu'ils se croient plus beaux avec des muscles bien formés (ARF, 1991). Ces drogues sont aussi utilisées pour augmenter la masse musculaire par les personnes ayant des emplois où la grande taille contribue à la performance du travail (Clark, 1990). On s'intéresse beaucoup à ces drogues depuis la "Commission of Inquiry into the Use of

### PROFIL DE L'USAGER DES STÉROÏDES

#### Démographique

- Probablement...
- âgé de 14 ans ou plus
- du sexe masculin

#### Croyances

- Probablement...
- est d'accord que les stéroïdes anabolisants amélioreront la performance/l'apparence
- croit que c'est une décision personnelle d'en utiliser
- Probablement pas...
- croit que les stéroïdes anabolisants lui fera du mal
- croit que l'usage des stéroïdes anabolisants c'est tricher

#### Encouragement

- Probablement...
- connaît quelqu'un qui utilise les stéroïdes anabolisants
- a reçu de l'encouragement d'en faire usage

#### Activité physique

- Probablement...
- participe au club de sport ou de formation physique régulièrement
- fait partie d'une équipe, surtout provinciale

Source: Canadian Centre for Drug Free Sport, 1993

Figure 5.5 Profil des jeunes consommateurs des stéroïdes

Drugs and Banned Practices Intended to Increase Athletic Performance," connue généralement sous le nom "l'Enquête Dubin."

L'utilisation des stéroïdes et certaines autres drogues pour améliorer la performance sportive contrevient aux valeurs traditionnelles du sport et du fair-play (CCLAT, 1990). On s'inquiète aussi des effets nocifs de ces drogues. Malheureusement on n'a pas beaucoup de renseignements sur l'usage et l'abus de ces drogues ni sur les problèmes qu'elles peuvent causer.

**PRÉDOMINANCE:** Dans une étude récente menée par Price Waterhouse and Associates pour le Centre canadien sur le dopage sportif (CCDS), on a estimé que plus de 30 000 hommes canadiens entre l'âge de 16 et 18 ans font usage des stéroïdes anabolisants. Environ 265 000 jeunes entre l'âge de 11 et 18 ans utilisent les analgésiques dans le but d'améliorer leur performance et 94 000 utilisent les stimulants dans le même but. Les résultats des enquêtes montrent qu'un sur cinq étudiants dit qu'il connaît quelqu'un qui se sert des stéroïdes anabolisants. Les mêmes études montrent aussi qu'autant que 800 000 jeunes Canadiens se servent de la caféine dans le but de réussir au sport (CCDS, 1993).

**MODÈLE D'USAGE:** En 1993, on a estimé que 2,8 % de tous les jeunes entre l'âge de 11 ans et 18 ans ont utilisé les stéroïdes anabolisants pendant l'année passée (Tableau 5.14) dans le but d'améliorer leur performance sportive ou de changer leur apparence (CCDS, 1993). Environ 4 % des hommes disent qu'ils ont consommé les stéroïdes anabolisants, alors que seulement 1,5 % des femmes disent la même chose. L'usage des stéroïdes a augmenté de 2,5 % parmi les garçons âgés de 11 ans à 7 % parmi les étudiants de 18 ans et plus. Les filles de 14 ans en ont fait usage le plus, mais celles âgées de 18 ans et plus ont rapporté qu'elles en consommaient de plus en plus aussi.

Les hommes ont utilisé les stéroïdes anabolisants pour améliorer leur performance sportive (59,7 %),

pour changer leur apparence (49,5 %), et pour devenir plus forts (45 %). Pour les femmes, ces pourcentages étaient de 38,9 %, 42 % et 20,7 %, respectivement. Quant aux régions, la proportion des usagers des stéroïdes était la plus grande en Colombie-Britannique et la plus petite au Québec (Tableau 5.15). Améliorer la performance sportive était le but principal de l'usage de ces substances dans toutes les régions du pays, sauf le Québec. Au Québec, les usagers des stéroïdes voulaient changer leur apparence.

On a construit un profil des jeunes usagers des stéroïdes basé sur la National Survey of Drugs and Sport (CCDS, 1993). Ce profil (Figure 5.5) montre que les usagers des stéroïdes sont probablement âgés de 14 ans ou plus, des hommes, et de l'opinion que les stéroïdes anabolisants amélioreront leur performance ou leur apparence. Ils pensent pour la plupart qu'il s'agit d'une décision personnelle que de faire usage de ces substances. Les usagers ont tendance à croire que les stéroïdes ne les feront aucun mal et que les utiliser n'est pas tricher. Les usagers ont tendance aussi à participer aux programmes de formation et à faire partie d'une équipe en compétition provinciale. Ils connaissent probablement quelqu'un qui utilise les stéroïdes anabolisants et quelqu'un leur a suggéré d'entamer l'usage.

**MORBIDITÉ:** Les effets sur la santé de l'usage des stéroïdes à long terme ne sont pas complètement connus, mais il y a des indicateurs du mal physique et mental qui en résulte (ARF, 1991; Clark, 1990). Les études montrent que les stéroïdes anabolisants influent sur les niveaux du cholestérol dans le sang d'une façon défavorable et peuvent contribuer à l'hypertension. Une variété des désordres du foie est aussi liée à cet usage, y compris l'inflammation du foie et les tumeurs bénignes et malignes. La tumeur Wilm et la leucémie sont deux cancers aussi associés à l'usage des stéroïdes. Les maux de tête, les saignements de nez, les maux d'estomac, l'acné, la rétention des liquides, et

l'étrécissement des muscles (p.ex., les tendons) sont aussi associés à l'usage des stéroïdes. Du point de vue du comportement, l'usager des stéroïdes devient agressif, nerveux, impatient et paranoïde. Les changements d'humeur sont aussi communs.

L'usage à long terme crée des changements physiques pour les femmes et les hommes (ARF, 1991). Les femmes et les filles qui font usage des stéroïdes deviennent souvent plus masculines et peuvent perdre la capacité d'avoir des enfants. Les hommes et les garçons qui en font usage peuvent développer des seins et devenir sexuellement impuissants.

**TABLEAU 5.5**Fréquence d'usage d'alcool parmi les jeunes de la rue, 1989,  
1990 et 1992

	CANADA RADFORD ET AL. 1989 (N=712)	TORONTO SMART ET AL. 1990 (N=145)	1992 (N=217)	HALIFAX ANDERSON 1992 (N=201)
Never/Jamais	12 %	5 %	5 %	11 %
< 1 month/1 fois par mois	19	23	22	11
Once a month/Une fois par mois	10	3	4	11
2-3 times per month/2-3 fois par mois	14	16	19	20
Once a week/Une fois par semaine	14	13	9	8
2-3 times per week/2-3 fois par semaine	22	24	22	25
4-6 times per week/4-6 fois par semaine	n.a.	10	13	9
Every day/Tous les jours	9	6	6	5

Source: Radford, J.L., King, A.J. and Warren, W.K., *Street Youth and AIDS* (Ottawa: Health and Welfare Canada, 1989); Smart, R.G., Adlaf, E.M., Porterfield, K.M. and Canale, M.D., *Drugs, Youth and the Street* (Toronto: Addiction Research Foundation, 1990); Smart, R.G., Adlaf, E.M., Wash, G.W. and Zdanowicz, Y.M., *Drifting and Doing: Changes in Drug Use Among Toronto Street Youth* (Toronto: Addiction Research Foundation, 1990-1992); Anderson, J., *A Study of "Out-of-the-Mainstream" Youth in Halifax, Nova Scotia* (Ottawa: Health and Welfare Canada, Health Promotion Directorate, 1992).

**TABLEAU 5.6**

Drogues consommées par les jeunes de la rue pendant l'année  
passée, 1989, 1990 et 1992

	CANADA	TORONTO		HALIFAX
	RADFORD ET AL. 1989 (N=712)	SMART ET AL. 1990 (N=145)	1992 (N=217)	ANDERSON 1992 (N=201)
Acid/LSD	44%	70%	59%	41%
Crack/Crack	n.a.	39	31	12
Cocaine/Cocaine	31	64	31	18
Heroin/Heroin	4	13	4	n.a.
Cannabis/Cannabis	71	92	83	66
Solvents/Drogues à inhaler	8	17	8	15
Speed/Speed	13	24	9	18
Tranquilizers/Tranquillisants	9	6	6	5
Ice/Ice	n.a.	5	1	4
Ecstasy/Ecstasy	n.a.	12	10	n.a.

Source: Radford, J.L., King, A.J. and Warren, W.K., *Street Youth and AIDS* (Ottawa: Health and Welfare Canada, 1989); Smart, R.G., Adlaf, E.M., Porterfield, K.M. and Canale, M.D., *Drugs, Youth and the Street* (Toronto: Addiction Research Foundation, 1990); Smart, R.G., Adlaf, E.M., Wash, G.W. and Zdanowicz, Y.M., *Drifting and Doing: Changes in Drug Use Among Toronto Street Youth* (Toronto: Addiction Research Foundation, 1990-1992); Anderson, J., *A Study of "Out-of-the-Mainstream" Youth in Halifax, Nova Scotia* (Ottawa: Health and Welfare Canada, Health Promotion Directorate, 1992).

**TABLEAU 5.11**

Fréquences des facteurs de risque dans le temps, selon sexe,  
Canada, 1977 à juin 1993

RISK FACTORS/FACTEURS DE RISQUE	YEAR OF DIAGNOSIS/ANNÉE DE DIAGNOSTIC									
	<1985	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
<b>PEDIATRIC CASES/ENFANTS:</b>										
Perinatal transmission/ Transmission périnatale	12	10	3	6	6	8	4	6	6	1
Recipient of blood/ Récipient de sang	1	2	4	-	1	-	1	1	-	1
Recipient of blood products/ Récipient de produits du sang	-	-	-	1	-	3	2	-	1	-
No identified risk/Aucun facteur identifié	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>2</b>
<b>ADULTS/ADULTES:</b>										
Homosexual or bisexual activity/Activité homosexuelle ou bisexuelle	161	273	482	725	867	979	944	916	854	167
Injection drug use/Toxicomanie (drogues i.v.)	2	2	1	13	14	27	27	48	42	9
Both of the above/Les deux qui précèdent	11	10	22	28	32	44	50	41	46	9
Recipient of blood/Récipient de sang	3	11	20	26	35	26	16	14	6	1
Recipient of blood products/Récipient de produits du sang	2	9	10	13	26	29	30	26	16	3
<b>HETEROSEXUAL ACTIVITY/ACTIVITÉ HÉTÉROSEXUELLE:</b>										
Origin in Pattern-II country <sup>1</sup> /Origine d'un pays de Modèle II <sup>1</sup>	46	24	28	30	33	36	36	35	28	4
Sexual contact with person at risk <sup>2</sup> /Contact sexuel avec une personne à risque <sup>2</sup>	10	10	16	30	42	57	43	68	60	10
Occupational exposure <sup>3</sup> /Exposition professionnelle <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
No identified risk factors/Aucun facteur identifié	10	9	19	25	13	43	68	73	66	7
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>348</b>	<b>598</b>	<b>890</b>	<b>1,062</b>	<b>1,241</b>	<b>1,215</b>	<b>1,221</b>	<b>1,118</b>	<b>210</b>

**TABLEAU 5.13**

Nombre d'instances<sup>1</sup> d'infections parmi les cas avec SIDA,  
Canada, 1977 à juin 1993

ALL DISEASE OCCURENCES/ TOUTES INSTANCES D'INFECTIONS	NUMBER OF CASES/ NOMBRE DE CAS			NUMBER OF KNOWN DEATHS/ NOMBRE DE DÉCÈS CONNUS		
	MALE/ MASCULIN	FEMALE FÉMININ	TOTAL	MALE/ MASCULIN	FEMALE FÉMININ	TOTAL
<b>Pediatric Cases/Enfants:</b>						
PCP/PPC			27			19
LIP/PLI			13			5
CMV/CMV			19			16
Other/Autres			71			47
<b>Total<sup>1</sup></b>			<b>130</b>			<b>87</b>
<b>Adult Cases/Adultes:</b>						
KS without PCP/ SK sans PPC	1,718	14	1,732	1,207	9	1,216
PCP without KS/ PPC sans SK	4,308	220	4,528	2,989	150	3,139
Other OI/Autre IO	4,293	319	4,612	3,189	225	3,414
Other malignancies/Autres affections malignes	357	15	372	292	11	303
HIV wasting syndrome/Syndrome d'émaciation à VIH	734	43	777	573	29	602
HIV encephalopathy/Encéphalopathie à VIH	407	27	434	348	23	371
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>11,817</b>	<b>638</b>	<b>12,455</b>	<b>8,598</b>	<b>447</b>	<b>9,045</b>

<sup>1</sup> Since some cases report more than 1 disease, the total number of diseases is greater than the total number of cases./Puisqu'il y a parfois plus d'une infection par cas, le total d'infections est nécessairement plus élevé que le total de cas.

Source: Health and Welfare Canada, *Quarterly Surveillance Update: AIDS in Canada* (Ottawa: Health and Welfare Canada, HIV/AIDS Division, July, 1993).  
Santé et Bien-être Social Canada, *Mise à Jour de Surveillance: Le SIDA au Canada* (Ottawa: Santé et Bien-être Social Canada, Division de VIH/SIDA, Juillet 1993).

**CQCS (1994). *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH. Cadre de référence pour la prévention.* Québec, Gouvernement du Québec, MSSS: 9-19.**

***Document distribué aux participants***

## Texte 2.1.A

# Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) \*

B. Lapointe, M.D.

## 1. LE VIRUS

Un virus est une particule beaucoup plus petite que tout organisme vivant (animaux, plantes, parasites, etc.). Il ne peut être détecté qu'à l'aide d'un microscope électronique. Le VIH\*\*, par exemple, a une dimension inférieure à 1/1000 de mm.

Un virus est une particule infectieuse élémentaire formée d'un noyau génétique entouré d'une couche protectrice que l'on appelle enveloppe. Un virus possède le matériel génétique nécessaire à sa reproduction, mais ne dispose pas des mécanismes qui lui permettent de se multiplier. Pour se reproduire, il doit d'abord envahir une cellule d'un autre organisme. Une fois infectée, cette dernière constitue l'appareil reproducteur du virus et en permet la multiplication.

Les virus affectent notre société de plusieurs façons. Ils sont responsables d'un grand nombre de maladies :

- chez les plantes, ils sont souvent responsables de la destruction de récoltes;
- chez les animaux, ils peuvent infecter les bêtes d'élevage, par exemple, et celles-ci doivent alors être éliminées;
- chez les humains, ils sont la cause d'infections non létales, comme :
  - le rhume,
  - la grippe (influenza),
  - la varicelle.

Les virus sont aussi la cause d'infections chroniques; comme l'herpès génital, ou d'infections beaucoup plus graves qui peuvent entraîner la mort telles :

- l'hépatite,
- la poliomyélite,
- le sida.

De nombreux résultats de recherche indiquent en outre que les virus sont à l'origine de plusieurs maladies dégénératives et de certains cancers.

## 2. L'IMMUNODÉFICIENCE

Le système de défenses naturelles que possède l'organisme est connu sous le nom de système immunitaire. Il repose sur l'activité de cellules très spécialisées qui circulent dans tous les vaisseaux sanguins et dans le système lymphatique. Certaines de ces cellules, comme les macrophages, par exemple, avalent littéralement de grosses particules infectieuses ou étrangères et les détruisent. Certaines autres sont mobilisées par des mécanismes très complexes lors du déclenchement d'une infection et libèrent des molécules qui, une fois fixées sur l'agent envahisseur, l'éliminent en le faisant éclater. Enfin, d'autres cellules se fixent aux corps étrangers, percent leur membrane protectrice et leur injectent des molécules qui provoquent leur mort. Il s'agit donc d'un système extrêmement complexe.

Si l'attaque d'un virus est telle que le système s'effondre, l'organisme ne peut plus se défendre. On parle alors d'immunodéficience. A cause des protéines de son enveloppe, le VIH possède la propriété de se fixer à certaines cellules clés du système immunitaire, de les envahir et de les détruire en les utilisant pour sa reproduction. Les cellules qui sont vulnérables à l'infection par le VIH sont les lymphocytes T4. La destruction graduelle de ces cellules essentielles au bon fonctionnement du système de défense humain provoque un état d'immunodéficience.

Il existe d'autres états d'immunodéficience qui résultent de certaines maladies ou qui sont causés

\* Pour des renseignements supplémentaires sur le VIH, voir C. Olivier et R. Thomas, *Le sida : un nouveau défi médical*, Sainte-Anne-de-Bellevue, Association des médecins de langue française du Canada, 1989, p. 38-49.

\*\* Voir le croquis du VIH dans L. Montagnier, *Sida, les faits, l'espoir*, Éd. québécoise, Paris, RGP FIIS, 1989, p. 6.

par des médicaments ou par une exposition à des radiations nocives. Dans les deux derniers cas, on parlera d'*immunosuppression* (afin d'éviter le rejet d'un organe greffé, par exemple, on peut provoquer le mauvais fonctionnement du système de défenses naturelles du patient).

à-dire qu'elle ne fait pas mention du nom de la personne atteinte et ne permet donc pas à un tiers d'identifier celle-ci.

### 3. LE SIDA

Le mot «sida» est un acronyme de syndrome d'immunodéficience acquise.

Syndrome: ensemble de signes ou de symptômes constituant un diagnostic clinique.

Immuno: qui est lié au système immunitaire.

Déficience: mauvais fonctionnement.

Acquise: indique que cet état d'effondrement des défenses naturelles est acquis, et donc secondaire à un événement qui est ici l'agression par le VIH.

Le sida est la forme la plus avancée de l'infection par le VIH. On estime présentement qu'au moins 50 % des personnes qui sont infectées par le VIH atteindront ce stade de la maladie dans les dix ans qui suivent le début de l'infection.

Le sida a été défini dès 1982 par le Center for Disease Control (Atlanta, États-Unis). Cette opération a permis de classer les informations cliniques et épidémiologiques et de formuler des hypothèses sur la cause de cette nouvelle maladie et sur ses modes de transmission. En 1983-1984, l'agent causal, le VIH, était isolé et identifié.

En 1987, la définition a été modifiée légèrement afin de tenir compte d'autres signes ou symptômes. Elle est actuellement utilisée à des fins de recherche clinique et de surveillance de la progression de l'infection par l'ensemble des pays membres de l'Organisation mondiale de la santé. Il s'agit d'une définition relativement complexe et son utilité clinique est beaucoup moindre qu'au début des années 1980.

Aux fins de contrôle et de surveillance de l'épidémie, il est important que les cas de sida soient déclarés aux autorités de santé publique. Au Québec, cette déclaration est faite par le médecin traitant au chef du département de santé communautaire de sa région (voir figure 3). Elle est non nominative, c'est-

Figure 3 :

Formule de déclaration du sida

**Gouvernement du Québec  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux**

**DÉCLARATION DU SYNDROME  
D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)**

**MANIFESTATIONS CLINIQUES:**

Date du début de la maladie: \_\_\_\_\_

Sarcome de Kaposi

Lymphome cérébral

Infections opportunistes:

- Pneumonie à Pneumocystis carinii
- Candidose de l'œsophage
- Autres infections opportunistes (préciser) \_\_\_\_\_

**RÉSULTATS DES ÉPREUVES SÉROLOGIQUES anti-VIH**

Test	Date	Résultat
ELISA	_____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg
Western blot	_____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg
RPA	_____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg
IFA	_____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg
Autre (préciser)	_____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg

La déclaration de l'existence d'un syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est obligatoire pour tout médecin.

**À DÉCLARER PAR LA PRÉSENTE FORMULE AU CHEF DU D.S.C. DU TERRITOIRE DANS LES 48 HEURES**

AD-757 (rev. 11/85)

Numéro du malade: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe:  M  F Localité: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Nom du médecin en lettres moulées: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Municipalité: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_ N° téléphone: \_\_\_\_\_ M.D.

Texte 2.2.A

# L'histoire naturelle de l'infection par le VIH\*

B. Lapointe, M.D.

## 1. L'INFECTION AIGUË PAR LE VIH (RÉTROVIROSE)

Une fois dans le flot sanguin, le VIH s'attache à des cellules (les lymphocytes T4) qui possèdent un récepteur CD4. Pour que le virus s'installe, il faut que son contenu génétique, inscrit dans des brins d'ARN (acide ribonucléique), soit transcrit en ADN (acide désoxyribonucléique), seul capable de pénétrer le noyau des cellules.

Quand le contenu génétique du virus est intégré dans l'ADN de la cellule, le virus peut demeurer latent pendant de nombreuses années. On parle alors de *période d'incubation*. Pendant cette période, le VIH n'en continue pas moins de se servir des lymphocytes pour se multiplier: ceux-ci éclatent sous la pression des millions de nouveaux virus qui sont produits tandis que ces derniers sont relâchés dans le flot sanguin où ils peuvent infecter d'autres cellules à récepteur CD4.

Outre les lymphocytes T4, on trouve des cellules susceptibles d'être infectées dans la plupart des tissus du corps humain. C'est-à-dire dans:

le cerveau;	macrophages, cellules gliales;
les ganglions,	
le thymus,	lymphocytes T;
le sang,	
la moelle osseuse;	
le colon,	
le duodénum,	cellules chromaffines;
le rectum;	
la peau,	
les muqueuses;	cellules de Langherans;
le sperme,	
les sécrétions vaginales.	lymphocytes.

Dans les deux à huit semaines qui suivent la pénétration du VIH dans l'organisme, on assiste à ce que l'on appelle l'*infection aiguë* par le VIH. Dans la plupart des cas (80 %), cette infection passe inaperçue. Dans les 20 % qui restent, le corps réagit à l'exposition au VIH et la réaction prend la forme d'un léger épisode viral. On parle alors de syndrome de type mononucléosique. Quelques rares réactions sont de l'ordre de l'encéphalite, de la méningite ou de la myélopathie aiguë.

Ces réactions cessent généralement d'elles-mêmes dans les deux semaines qui suivent et les symptômes disparaissent. Cette disparition correspond à un déploiement des défenses naturelles de l'organisme qui sont mobilisées afin de faire face à l'infection. A cette étape, il est habituellement impossible de distinguer entre l'infection aiguë par le VIH et d'autres syndromes viraux.

Pendant que les défenses naturelles se déplient, la concentration du VIH dans le sang chute rapidement et celle des anticorps du virus (anti-VIH) augmente. Cependant, ces anticorps sont seulement un signe du passage du VIH dans l'organisme; ils ne protègent pas contre le VIH. Et même si la concentration de ce dernier baisse, la personne n'en demeure pas moins *porteuse* du VIH: elle peut transmettre le virus à d'autres par son sang ou par ses sécrétions génitales.

Dans la grande majorité des cas, il faut entre 3 semaines et 6 mois avant que les anticorps anti-VIH ne soient décelables par les épreuves sérologiques de laboratoire. Il existe donc une période minimale de trois semaines pendant laquelle le virus est présent dans l'organisme sans que l'épreuve sérologique (test anti-VIH) ne puisse détecter les anticorps. C'est la période dite de l'*éclipse sérologique*, pendant laquelle la personne demeure infectée et peut transmettre le VIH.

## 2. L'INFECTION ASYMPTOMATIQUE CHRONIQUE PAR LE VIH

L'infection asymptomatique chronique par le VIH correspond à une période d'inactivité pour le virus installé dans les cellules. Cette phase, appelée

Pour des renseignements supplémentaires sur l'histoire naturelle de l'infection par le VIH, voir C. Olivier et R. Thomas, *Le sida: un nouveau défi médical*, Sainte-Anne-de-Bellevue, Association des médecins de langue française du Canada, 1989, p. 38-49.

*période de latence* varie de quelques mois à plusieurs années (7 à 10 ans ou plus).

Les individus qui passent par cette phase de l'infection sont souvent qualifiés de «porteurs sains» mais il serait plus juste de parler de «porteurs asymptomatiques». Ils continuent d'être infectés par le VIH et peuvent donc le transmettre. Un nombre indéterminé d'entre eux présentera ultérieurement une infection symptomatique chronique. Aujourd'hui, on sait que de 35 % à 50 % des personnes qui ont une infection asymptomatique chronique évoluent vers le sida après dix ans.

### 3. L'INFECTION SYMPTOMATIQUE CHRONIQUE PAR LE VIH

Après une période de latence plus ou moins longue, le virus s'active à nouveau. Il commence à se répliquer et à infecter un nombre de plus en plus important de lymphocytes T4, ainsi que certaines autres cellules.

Plusieurs facteurs pourraient être responsables de cette réactivation du virus. Le stress physique, ou peut-être même le stress psychologique, peuvent entrer en cause :

- Stress physique :
  - contaminations et infections répétées par le VIH ;
  - infection par un autre virus ou par une bactérie (comme la syphilis, par exemple);
  - grossesse;
  - fatigue;
  - malnutrition;
  - abus d'alcool ou de drogues;
  - facteurs internes au génome viral;
  - effet du temps.
- Stress psychologique :
  - divorce, séparation, décès, etc.

L'infection symptomatique chronique peut se présenter sous trois formes :

- a) La lymphadénopathie généralisée persistante, identifiée par la présence chronique, observée pendant plus de 3 mois, de :
  - la fatigue, la fièvre;

- l'augmentation des ganglions extra-inguinaux;
- la splénomégalie (augmentation du volume de la rate);
- la diarrhée;
- la perte de poids;
- les sueurs nocturnes.

b) L'immunodéficience avec signes mucocutanés identifiée par :

- des atteintes fongiques (ex. : candidose buccale);
- l'impétigo ou la folliculite persistante;
- l'herpès simple, le zona;
- des condylomes;
- la dermatite séborrhéique;
- diverses affections buccales, dont la leucoplasie chevelue de la langue.

c) L'immunodéficience sub-clinique avec lymphocytes T4 diminués est quant à elle généralement peu symptomatique, mais les évaluations immunitaires sont fortement perturbées (diminution chronique des lymphocytes T4).

Les trois formes de l'infection symptomatique chronique portaient autrefois l'appellation de parasida. Les études actuelles indiquent que 66 % des patients qui sont atteints de ces infections développent le sida au cours des trois années qui suivent.

### 4. LE SIDA

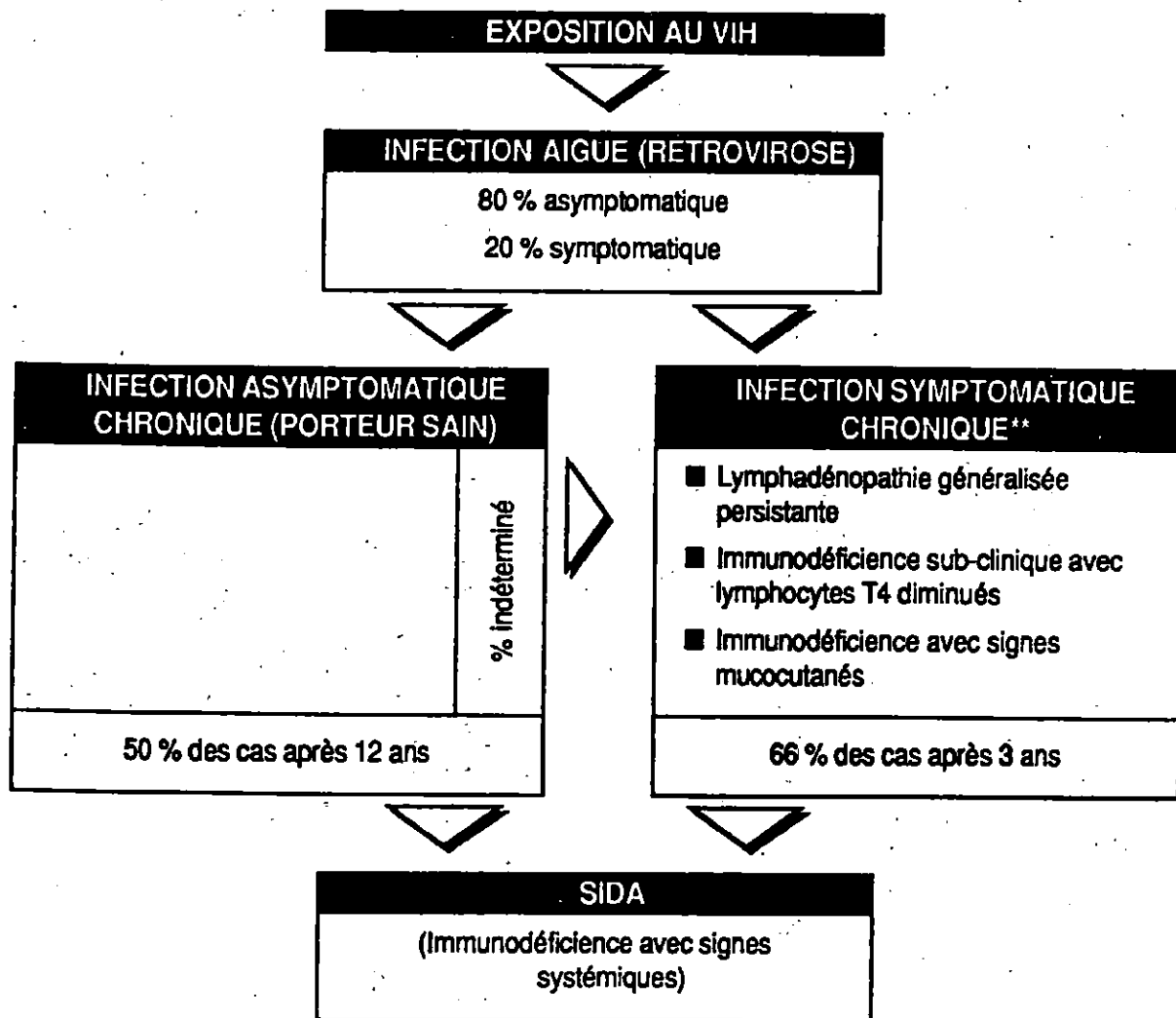
Comme il est mentionné plus haut, le sida est la forme la plus avancée de l'infection par le VIH. Il se caractérise par :

- a) une diminution du nombre de lymphocytes T4 avec la présence d'anticorps anti-VIH;
- b) la présence :
  - d'une infection opportuniste,
  - de signes d'infection généralisée,
  - d'un cancer.

Malgré tous les efforts consacrés à la recherche, le sida est fatal. L'espérance de vie moyenne est actuellement de 24 mois à partir du moment où la maladie se déclare.

Figure 4 :

*Histoire naturelle de l'infection par le VIH\**



MODULE N

\* Tiré de C. Olivier et R. Thomas, *op. cit.*, p. 91.

\*\* NOTE : ARC (Aids Related Complex), *para-sida*, *pré-sida* sont des termes moins utilisés maintenant. On utilise le terme d'*infection symptomatique chronique* pour décrire les patients infectés par le virus qui ont des symptômes et des signes qui ne sont pas reliés aux infections opportunistes et aux cancers retrouvés chez les sidéens.

Texte 2.4.A

# Historique de l'épidémie de l'infection par le VIH

B. Lapointe, M.D.

## ÉTÉ 1981

Ce n'est qu'en juin 1981 que les autorités épidémiologiques furent alertées par cinq cas de pneumonie de type *Pneumocystis Carinii*<sup>1</sup> diagnostiqués au cours des mois précédents chez de jeunes homosexuels présentant tous un état d'immunodéficience inexplicable.

À peu près au même moment, 26 cas de sarcome de Kaposi furent détectés chez de jeunes homosexuels de Californie et de New York, lesquels présentaient tous un état d'immunodéficience.

Le terme GRID, acronyme de Gay Related Immune Deficiency, fait son apparition.

## 1982

Définition du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) par le Center for Disease Control (CDC).

Des études cliniques effectuées auprès de jeunes homosexuels américains révèlent que, malgré l'absence de symptômes, plusieurs d'entre eux présentent un état d'immunodéficience. Il en découle que la possibilité de transmission est très importante et que le nouveau syndrome est peut-être épidémique.

On signale les premiers cas de sida chez des transfusés et des receveurs de produits sanguins.

Le sida est transmissible par le sang.

Des études effectuées auprès des 40 premières personnes ayant montré des signes du sida démontrent que 20 % d'entre elles avaient déjà été partenaires sexuels.

Le sida est aussi transmissible *sexuellement*.

## 1983

Premiers cas de sida signalés en Afrique et en Haïti (on dénombre un homme atteint pour une femme atteinte).

Preuve de la transmission *hétérosexuelle* du sida.

Dès 1983, il est donc connu que l'agent responsable du sida se transmet par :

- voie sexuelle,
- voie sanguine.

## 1983-84

L'agent responsable du sida, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), est isolé et identifié par les équipes des professeurs Montagnier (France) et Gallo (États-Unis). Le VIH est connu à cette époque sous les acronymes de LAV et de HTLV-III.

## 1984-85

Développement des premiers tests de laboratoire permettant de détecter dans le sérum des anticorps qui signalent l'infection par le virus.

## JUILLET 1985

La protection des immunoglobines et des dérivés sanguins est assurée au Québec par le traitement à la chaleur ou à l'alcool.

## NOVEMBRE 1985

Protection des banques de sang et des produits sanguins de la Croix-Rouge par le criblage systématique du sang destiné à la transfusion et à la fabrication de produits sanguins.

<sup>1</sup> Forme extrêmement rare de pneumonie causée par un protozoaire. Seulement deux cas avaient été signalés aux États-Unis entre novembre 1967 et décembre 1979.

1985

Premiers cas signalés en Asie du Sud-Est.

1986

Identification d'un second virus, le VIH-2, en Afrique occidentale (seulement 5 cas signalés au Canada selon les données de janvier 1990).

1987

Au Canada, début des essais cliniques de l'AZT, agent anti-viral qui permet de ralentir la progression de l'infection.

1989

La V<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida se tient à Montréal en juin.

1990

En septembre 1990, l'OMS dénombrait 278 038 cas de sida signalés dans le monde.

En octobre 1990, on comptait 4 427 cas au Canada.

En septembre 1990, 1 451 cas avaient été signalés au Québec.

Le nombre de cas de sida continue d'augmenter ...

Texte 2.5.A

# Les modes de transmission du VIH

B. Lapointe, M.D.

Pour bien comprendre les modes de transmission de micro-organismes pathogènes pour l'être humain, il importe d'identifier les éléments en cause dans la transmission de tout microbe. Il suffit ensuite d'arrimer ces éléments aux modes de transmission d'un micro-organisme pathogène particulier pour saisir comment ce dernier procède pour se propager d'un individu à un autre.

## LES ÉLÉMENTS ESSENTIELS POUR LA TRANSMISSION DE MICROBES

Trois éléments doivent être présents pour qu'une transmission de microbes ait lieu :

- des microbes,
- un receveur,
- une rencontre entre les deux premiers éléments.

Pour infecter un organisme, les microbes doivent être vivants et circuler dans un véhicule (ex. : sang). Leur présence, quant à elle, peut être connue, présumée ou potentielle.

Le receveur est un organisme vivant, comme l'être humain, par exemple. Celui-ci dispose de barrières protectrices naturelles qui le protègent contre les microbes. Pour que ceux-ci franchissent ces barrières et attaquent l'organisme, il faut qu'ils puissent s'introduire par des portes d'entrée. On parlera donc de receveur avec une porte d'entrée.

C'est par la rencontre entre les microbes et le receveur que la possibilité d'une attaque, le risque de contamination et, éventuellement, le risque d'infection existent.

## LA TRANSMISSION DU VIH

Pour qu'un microbe comme le VIH puisse se transmettre d'un individu à un autre, il faut donc qu'il y ait :

- des VIH vivants dans un véhicule;
- un être humain avec une porte d'entrée;
- une rencontre significative entre eux.

Les VIH vivants sont présents chez l'être humain infecté par le VIH. Les VIH-1 et VIH-2 sont multiples et sont tous un peu différents les uns des autres (leur différence équivaut à environ 30 % de leur code génétique). Ils sont reconnus pour leur fragilité, car ils ne survivent pas à l'air libre ou à l'extérieur du corps humain. Ils sont, de plus, très sensibles à la chaleur.

Ces virus possèdent une affinité avec certaines cellules humaines, en particulier avec les lymphocytes (l'une des formes de globules blancs) et avec les cellules cérébrales. Certains liquides humains contiennent un plus grand nombre de lymphocytes que d'autres. Lorsqu'une personne est infectée, on trouvera donc davantage de virus dans ces liquides que dans les autres. Les liquides qui contiennent suffisamment de VIH pour provoquer l'infection sont appelés *liquides organiques infectieux*. Les liquides organiques que les autorités scientifiques reconnaissent comme étant infectieux en ce qui a trait au VIH sont :

- le sang et tous les autres liquides visiblement teintés de sang,
- le sperme,
- les sécrétions vaginales,
- le lait maternel,
- le liquide céphalo-rachidien,
- le liquide pleural,
- le liquide péricardique,
- le liquide péritonéal,
- le liquide synovial,
- le liquide amniotique.

Le sang, le sperme et les sécrétions vaginales sont les liquides que l'être humain est le plus susceptible

de rencontrer, le contact avec les autres liquides étant moins fréquent, à l'exception, pour les enfants, du lait maternel. Les professionnels de la santé, pour leur part, en plus d'être exposés à ces mêmes liquides, pourront, en raison de la nature de leur travail, entrer en contact avec les autres liquides ou solides qui risquent de contenir le virus.

Bien que l'on retrouve des particules virales dans d'autres liquides organiques (salive, larmes, sécrétions nasales, crachat, sueur, urine, vomissure), aucun d'entre eux, du moins s'il n'est pas visiblement teinté de sang, ne contient la quantité suffisante de virus pour permettre l'infection. Il existe donc un *seuil infectieux* qui correspond, entre autres, à la quantité minimale de virus devant s'introduire dans l'organisme pour que l'équilibre de celui-ci soit compromis.

Conséquemment, on peut affirmer que les VIH ne se transmettent que par le biais des liquides organiques susceptibles de les contenir et seulement s'ils s'y trouvent en quantité suffisante. *Le VIH ne peut donc pas se transmettre lors de contacts physiques sociaux usuels ni par les objets de la vie courante.* De même, certains liquides sont exempts de ce virus parce qu'ils ont subi des traitements au cours de leur fabrication. Ils s'agit des préparations d'immunoglobulines humaines et du vaccin anti-hépatite B autrefois préparé à partir de «pools» sanguins humains. Par ailleurs aucune étude n'a réussi à prouver la présence du VIH chez les insectes hématophages.

Comme il n'existe aucun test capable de conclure instantanément et avec certitude à la présence ou à l'absence du VIH dans un liquide ou des tissus organiques humains, il convient de *considérer tout liquide ou tissu biologique de nature humaine comme étant potentiellement infecté par le VIH.*

Le VIH ne se livre à aucune sélection avant de s'attaquer à une personne. Il ne discrimine ni en fonction de la race, ni par rapport au sexe, à l'âge, au travail ou à quelqu'autre caractéristique. Ce sont *tous les êtres humains* qui sont susceptibles d'être touchés par le virus.

Pour atteindre les cellules qu'il pourra infecter, le VIH s'introduit dans l'organisme par une porte d'entrée. Normalement, la peau et les muqueuses agissent comme membranes protectrices étanches

et hydrofuges. Une peau et des muqueuses intactes forment une barrière efficace entre les cellules sanguines d'un individu receveur et les liquides infectieux venant de l'extérieur. Mais des lésions peuvent exister sur la peau ou sur une muqueuse (une plaie suintante, une éraflure, une lésion génitale, etc.) et le virus peut alors s'infiltrer par cette porte d'entrée et se mêler au flot sanguin.

La rencontre de l'être humain avec le VIH est définie par quatre modes de transmission. Il s'agit de la transmission :

- par l'activité sexuelle;
- par le partage de seringues ou d'aiguilles;
- par la transfusion de produits sanguins ou la transplantation d'organes;
- de la mère à son enfant.

#### LA TRANSMISSION SEXUELLE

Les muqueuses génitales sont particulièrement fragiles et les lésions ou inflammations qui s'y trouvent ne peuvent, le plus souvent, être décelées à l'œil nu. La pénétration vaginale ou anale cause un frottement qui peut être à l'origine de lésions microscopiques qui servent alors de portes d'entrée au VIH et rendent possible la contamination. C'est par les pénétrations anales ou vaginales, qu'elles soient homosexuelles ou hétérosexuelles, que le VIH peut être transmis : s'il est présent dans la sperme ou dans les sécrétions vaginales, le VIH peut ainsi rejoindre le flot sanguin et les lymphocytes du receveur.

Au regard de la transmission sexuelle, il faut considérer que :

- toutes les pratiques sexuelles qui favorisent les lésions ou les irritations sont susceptibles d'augmenter le risque de transmission;
- la muqueuse rectale étant plus fragile que la muqueuse vaginale, les relations anales seraient plus infectantes parce que plus traumatisantes;
- le risque d'infection existe à chaque pénétration non protégée; une seule pénétration suffit pour que la contamination ait lieu et elle peut survenir même à l'occasion de la première pénétration;

- les contacts oraux-génitaux peuvent théoriquement transmettre le VIH s'il y a des lésions dans la bouche, mais en pratique, il existe très peu de cas documentés d'une telle transmission;
- toute pénétration anale ou vaginale non protégée expose la personne aux caractéristiques sérologiques (donc à la présence potentielle du VIH) de tous les partenaires antérieurs de son présent partenaire et vice-versa.

### LE PARTAGE DE SERINGUES OU D'AIGUILLES

Si elles sont échangées ou partagées, les seringues et aiguilles contaminées peuvent transmettre le virus. Ces risques concernent, entre autres, les personnes qui se «piquent» et les athlètes qui s'injectent des stéroïdes. La cuillère et les objets qui servent à préparer la drogue peuvent également être contaminés, de même que l'eau qui sert à rincer les seringues et qui est souvent utilisée par la suite pour diluer la drogue.

En ce qui a trait aux aiguilles d'acupuncture, de tatouage ou de percage d'oreilles, aux lames de rasoir, aux ciseaux de coiffeur, aux pinces pour les soins corporels, etc., il existe un risque *théorique* qu'ils transmettent le VIH, mais dans la pratique, aucun cas n'a été signalé jusqu'ici.

### LA TRANSMISSION DE PRODUITS SANGUINS ET LA TRANSPLANTATION D'ORGANES

Ce mode de transmission comprend tous les organes prélevés sur une personne dans le but de servir à d'autres individus. Il s'agit donc du sang et de ses dérivés, du sperme et de tous les organes solides pouvant faire l'objet d'une transplantation (rein, foie, cœur, poumon, cornée, moelle osseuse, etc.).

Pour ce qui est du sang et de ses dérivés, la possibilité de transmission est aujourd'hui exceptionnelle. Depuis novembre 1985, en effet, tous les échantillons de sang sont soumis à un criblage obligatoire. Toutefois, le risque ne peut être écarté totalement, car le sang d'un donneur récemment

infecté peut conduire à un résultat de séronégativité si la période d'éclipse sérologique n'est pas terminée. C'est pourquoi il est important de «s'exclure soi-même d'une situation de don de tissu ou d'organe lorsqu'on se juge être ou avoir été exposé à l'infection»<sup>1</sup>

Certains hémophiles (malades présentant des troubles de coagulation sanguine qui les rendent sujets aux hémorragies) ont dû être traités par des injections fréquentes de produits sanguins. Avant 1985, ces produits pouvaient être contaminés et transmettre le VIH. Depuis cette date, le criblage systématique et l'introduction de nouvelles méthodes de préparation des produits sanguins (en particulier le chauffage) permettent d'éliminer le VIH.

Depuis à peu près la même époque, le don d'autres organes doit également s'accompagner d'un criblage sur le sang du donneur. Il arrive toutefois que ces conditions idéales ne puissent être rencontrées totalement. Des mesures préventives s'appliquent alors<sup>2</sup>.

### LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À SON ENFANT

Le VIH peut être transmis à travers le placenta pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement. Quand la mère est porteuse du virus, le fœtus a environ 30 % de chances d'être infecté. Après la naissance, l'allaitement constituerait aussi une source potentielle de contamination. Pour le moment, au Canada, il est recommandé aux mères infectées par le VIH de ne pas allaiter leurs enfants.

### LA TRANSMISSION DE LA PEUR

Devant les conséquences biologiques du sida et de l'infection chronique par le VIH et devant l'impact global que l'infection a sur la personne qui la subit, un autre type de «microbe», de nature psychologique celui-là, est apparu: le microbe de la peur. Peur d'être infecté, peur d'avoir le sida, peur de souffrir, peur de mourir, peur de recevoir un autre virus, peur de transmettre le VIH, peur de vivre ici

1 J. Robert, «Prévention de l'infection par VIH», in L. Montagnier, W. Rozenbaum et J.-C. Gluckman, *Sida et infection par VIH*, Paris, Flammarion, 1989, p. 504.

2 Ces mesures font l'objet de précisions dans les textes 2.7.A et 2.7.B.

# L E S   A S P E C T S   B I O M É D I C A U X

---

et maintenant, peur de tout et de rien. Ce microbe psychologique contamine bien souvent les perceptions et infecte l'action, empêchant les gens de vivre en étant sereinement centrés sur l'essentiel, sur l'être humain. Il en va de ce microbe comme pour les autres, il faut en prévenir la transmission...

MODULE N

*Texte 2.8.A*

# *Le changement de comportement dans la prévention du sida*

*D. Longpré, M.D., J. Otis, M.Sc., et R. Thomas, M.D.*

On a longtemps cru qu'il suffisait d'accroître les connaissances des gens pour qu'ils changent leur comportement. Il n'est pas étonnant que tant de campagnes ou de programmes préventifs élaborés sur cette base se soient révélés inefficaces. Ce n'est que récemment que de multiples études ont démontré que le comportement en matière de santé est un phénomène complexe qui est fonction de l'influence de plusieurs facteurs individuels, environnementaux et sociaux (figure 5). Aussi, les interventions visant la modification d'un comportement doivent-elles inclure des stratégies touchant les facteurs qui prédisposent à l'action, qui la facilitent ou qui la renforcent.

## 1. LES FACTEURS QUI PRÉDISPOSENT À L'ACTION

Les facteurs qui prédisposent l'individu à l'action sont liés à ses caractéristiques personnelles (âge, sexe, statut socio-économique, etc.), à la perception qu'il a de sa vulnérabilité devant les problèmes de santé, à ses connaissances, à ses croyances, à ses attitudes et à ses valeurs à l'égard du comportement qui devrait faire l'objet d'une modification. Ces facteurs comprennent aussi les obstacles psychologiques ou physiques et les pressions sociales positives ou négatives que la personne perçoit devant l'adoption et le maintien d'un comportement.

## 2. LES FACTEURS QUI FACILITENT L'ACTION

Les facteurs qui facilitent l'action aident l'individu à donner suite à sa décision de modifier son comportement. Ces facteurs sont extérieurs à la personne et sont de deux ordres. Ils correspondent :

- à l'ensemble des techniques nécessaires à l'adoption pleinement réussie du comportement;
- à l'ensemble des conditions que le milieu réunit (accessibilité réelle aux services, disponibilité du produit, etc.) pour permettre au comportement de se concrétiser.

## 3. LES FACTEURS QUI RENFORCENT L'ACTION

Les facteurs qui renforcent l'action concernent surtout l'environnement social. Ils encouragent ou découragent le comportement et contribuent à sa persistance ou à sa disparition. Les amis, la famille, les professionnels de la santé font partie de ces facteurs.

À l'exclusion des caractéristiques sociodémographiques, presque tous ces facteurs peuvent être modifiés par des moyens de communication, de formation ou d'organisation. Une analyse visant à identifier l'importance relative de chaque facteur qui influence un comportement préventif doit cependant précéder l'intervention destinée à changer un comportement «à risque».

Dans le cas de la prévention du sida et de la promotion de l'utilisation du condom auprès des adolescents (figure 6), on comprend maintenant qu'il ne suffit pas de présenter des conférences sur le sida et de recommander à ces jeunes l'emploi du condom pour qu'ils l'utilisent. Les études ont en effet démontré que plusieurs autres aspects doivent être considérés. Parmi ceux-ci, il y a les attitudes (aspect agréable ou désagréable), les croyances individuelles (avantages et désavantages), la perception des barrières psychologiques et physiques reliées à l'utilisation du condom ainsi que les pressions sociales qui s'exercent sur les adolescents.

Voilà pourquoi il importe d'induire une attitude positive à l'égard du condom, de minimiser les inconvénients associés à son utilisation, de démontrer comment le mettre, d'enseigner comment convaincre son partenaire de l'utiliser et d'augmenter son accessibilité.

Plusieurs théories ont été élaborées pour identifier les facteurs psychosociaux qui influencent les changements de comportement, mais aucun modèle théorique n'est parfait. Les tableaux suivants,

Figure 5

*Facteurs favorisant un changement de comportement* (adapté du modèle T.R.E.C.E.D.E. de Green)

MODULE N

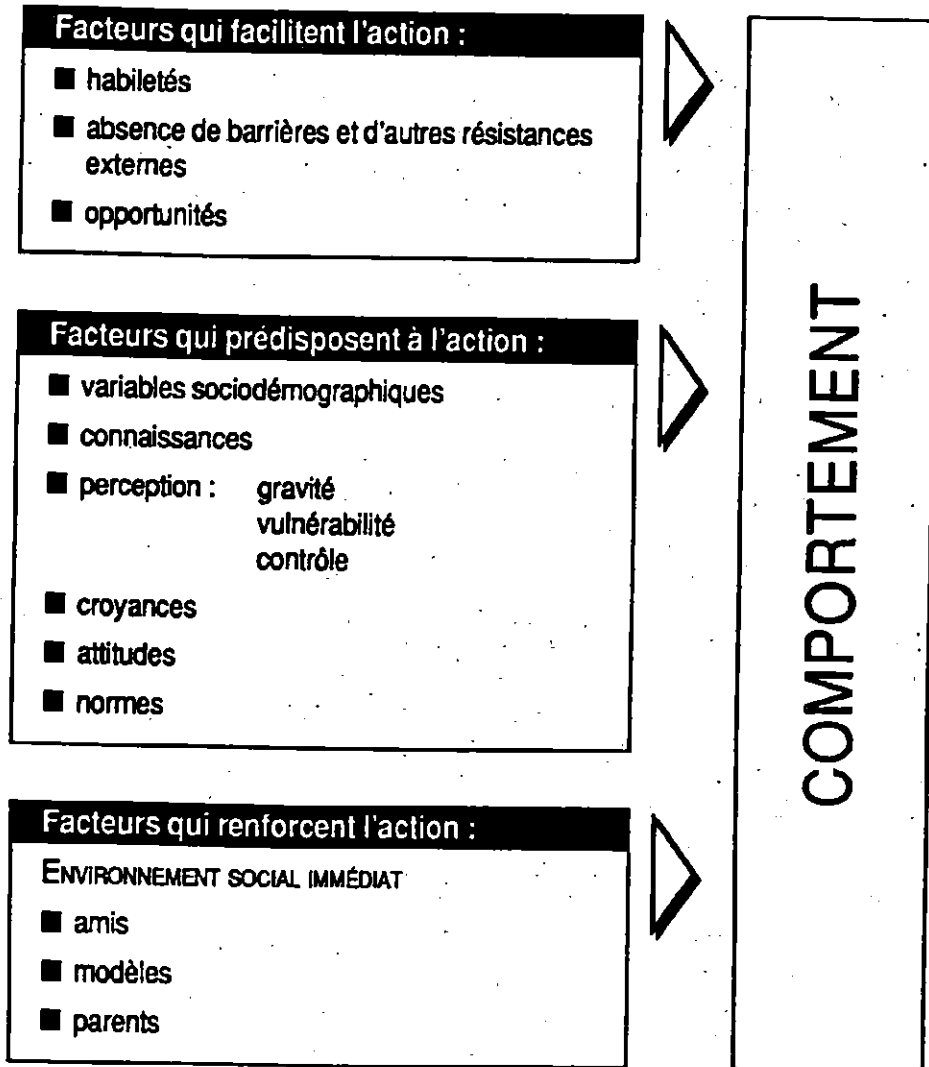
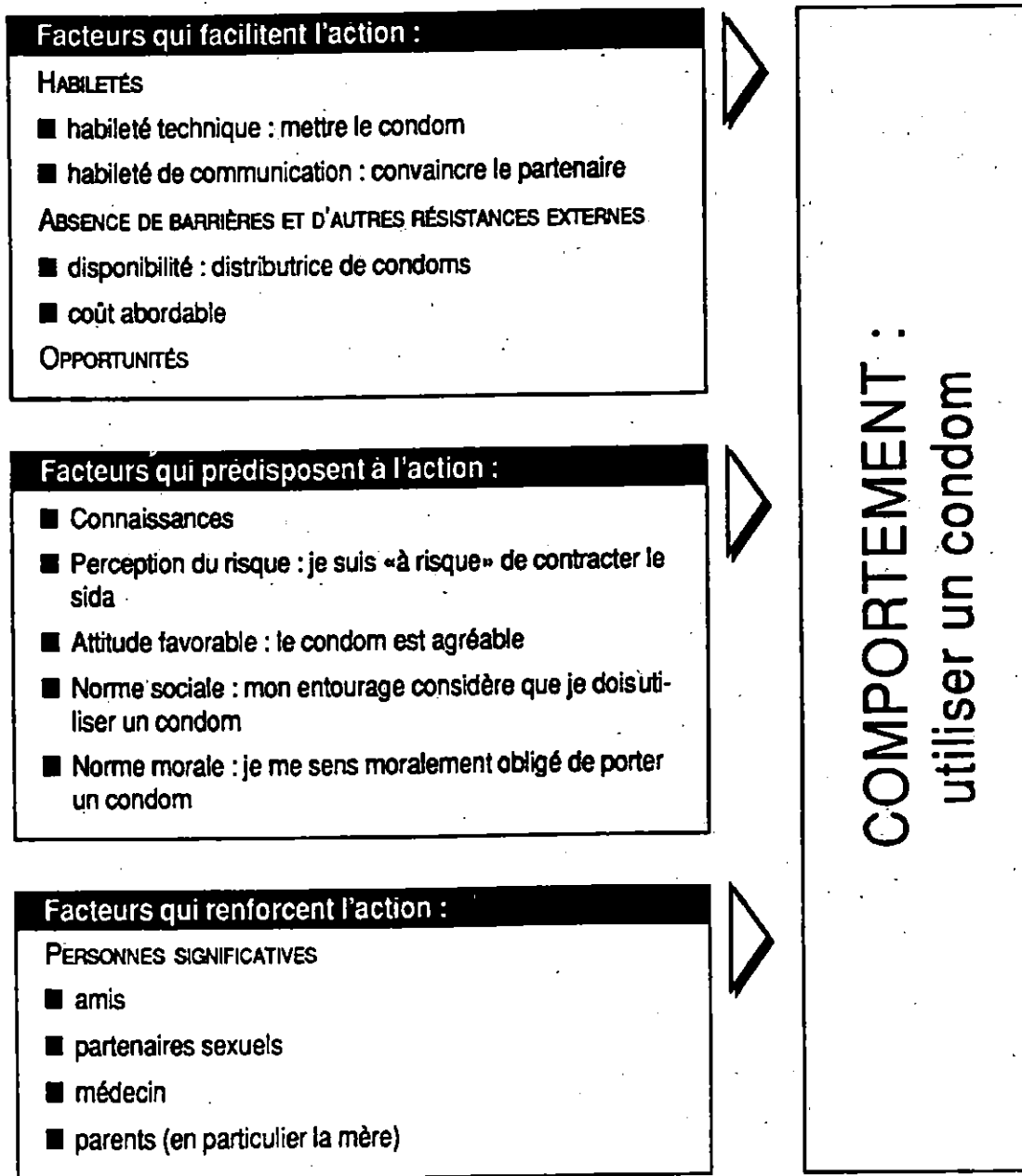


Figure 6

## Facteurs favorisant un changement de comportement par rapport au condom

(adapté du modèle T.R.E.C.E.D.E. de Green).



adaptés de Green<sup>1</sup>, peuvent aider à faire comprendre que changer des comportements, principalement ceux liés à la sexualité et à la drogue, n'est pas toujours facile, mais que si les difficultés de cette tâche sont connues, les efforts de prévention seront d'autant plus efficaces.

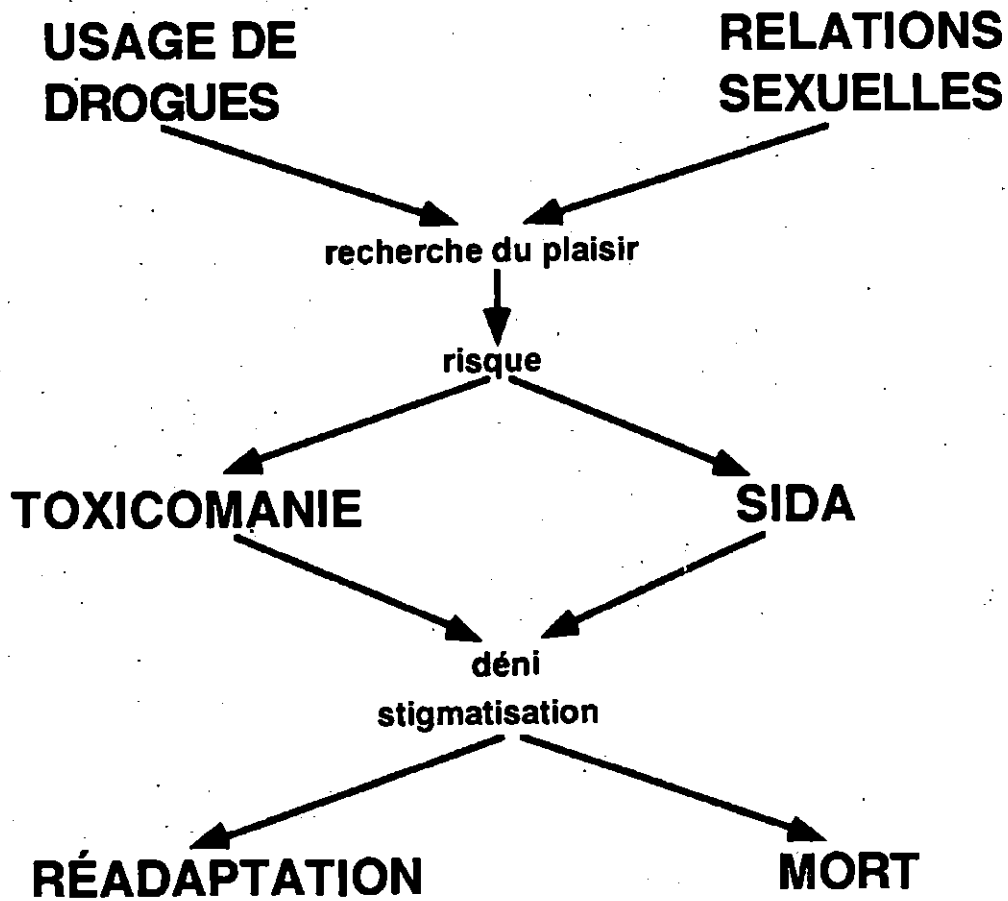
#### BIBLIOGRAPHIE

GODIN, G., «Les fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé», *Santé Société*, Cahier 2 de la collection Promotion de la santé, (s.d.), p. 3-25.

1 L. W. Green, «Social Diagnosis: Assessing Quality of Life Concerns» in *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*, Mayfield Publishing Company, 1980, p. 78-83.

# ***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT*** **4**

# RELATION ENTRE DROGUE/SEXUALITÉ et TOXICOMANIE/SIDA



CONCEPTION: Pierre Brisson, 1995.

***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT***

***4B***

## **EXERCICE 1**

### **CLARIFICATION DES CROYANCES ET VALEURS CONCERNANT L'USAGE DE DROGUES ET LES RELATIONS SEXUELLES**

**Classer les situations suivantes en fonction du niveau d'inquiétude qu'elles vous feraient vivre si elles se présentaient dans votre vie:**

**Votre fils/votre fille de 18 ans...**

- 1. ... fréquente un groupe d'ami(e)s dans lequel il y a des UDI**
- 2. ... prend de la cocaïne à l'occasion**
- 3. ... a des relations sexuelles non protégées à l'occasion**
- 4. ... prend régulièrement de l'alcool et conduit une automobile**

**EXERCICE 2**  
**CLARIFICATION DES CROYANCES ET VALEURS CONCERNANT**  
**LA TOXICOMANIE ET LE SIDA**

**TOXICOMANIE**

**I**

Les drogues ont été et sont encore un moteur de l'évolution des sociétés humaines	5
	4
	3
	2
Les drogues sont un mal nécessaire dont on pourrait se passer dans une société idéale	1

**II**

La toxicomanie est causée par la difficulté d'être et de vivre qu'éprouvent certaines personnes	5
	4
	3
	2
La toxicomanie est causée par l'emprise qu'exercent certaines substances sur l'organisme	1

**III**

L'usage de drogues est une question de responsabilité individuelle qui ne saurait être criminalisé	5
	4
	3
	2
L'usage de drogues est une question de moralité publique que l'on peut choisir de criminaliser	1

# SIDA

## I

- Le SIDA est un symptôme du déclin des mœurs et des valeurs que connaît notre siècle 5  
4  
3  
2  
Le SIDA est un accident de la nature qui aurait pu survenir à n'importe quelle époque 1

## II

- La personne séropositive est coupable d'avoir pris plus de risques que la moyenne 5  
4  
3  
2  
La personne séropositive est victime d'avoir été moins chanceuse que la moyenne 1

## III

- Les sociétés occidentales ont fait ce qu'elles ont pu pour lutter contre le SIDA 5  
4  
3  
2  
Les sociétés occidentales n'ont pas fait ce qu'elles auraient pu pour lutter contre le SIDA 1

***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT***

**5A**



*Conception: Pierre Brisson, 1995*

***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT***

***5B***

## **Documents vidéo**

### **Extrait 1**

Émission *Envoyé spécial* (TV5, 1994)

*Les expériences allemande, néerlandaise et suisse.*

### **Extrait 2**

Émission *Enjeux* (SRC, 1993)

*Les expériences néerlandaise et britannique.*

**Total: environ 22 minutes**

***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT***

**6A**

# ÉMERGENCE DE L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

- OU et QUAND** → Dans certains pays d'Europe comme la Hollande et l'Angleterre, au début des années 1980; en Amérique du Nord, vers la fin des années 1980 (San Francisco, Toronto).
- POURQUOI** → Réduire la principale conséquence néfaste découlant de l'usage de drogues illicites: l'infection au VIH chez les usagers de drogues par injection (rencontre des problématiques de la toxicomanie et du sida). Réduire l'ensemble des méfaits de l'usage en contexte prohibitionniste: hépatites, overdoses, infections, pratiques criminelles, marginalisation
- COMMENT** → Sites d'échange de seringues, distribution de seringues neuves, de condoms et de kits de désinfection, prescription ou distribution de méthadone, prescription d'héroïne et de stimulants majeurs, counseling, éducation.
- RETOMBÉES** → Stabilisation et baisse du taux d'infection au VIH et du taux de criminalité dans les communautés d'UDI de villes comme Glasgow, Liverpool, Amsterdam, San Francisco.

# PRINCIPES D'UNE APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

HUMANISME

+

PRAGMATISME



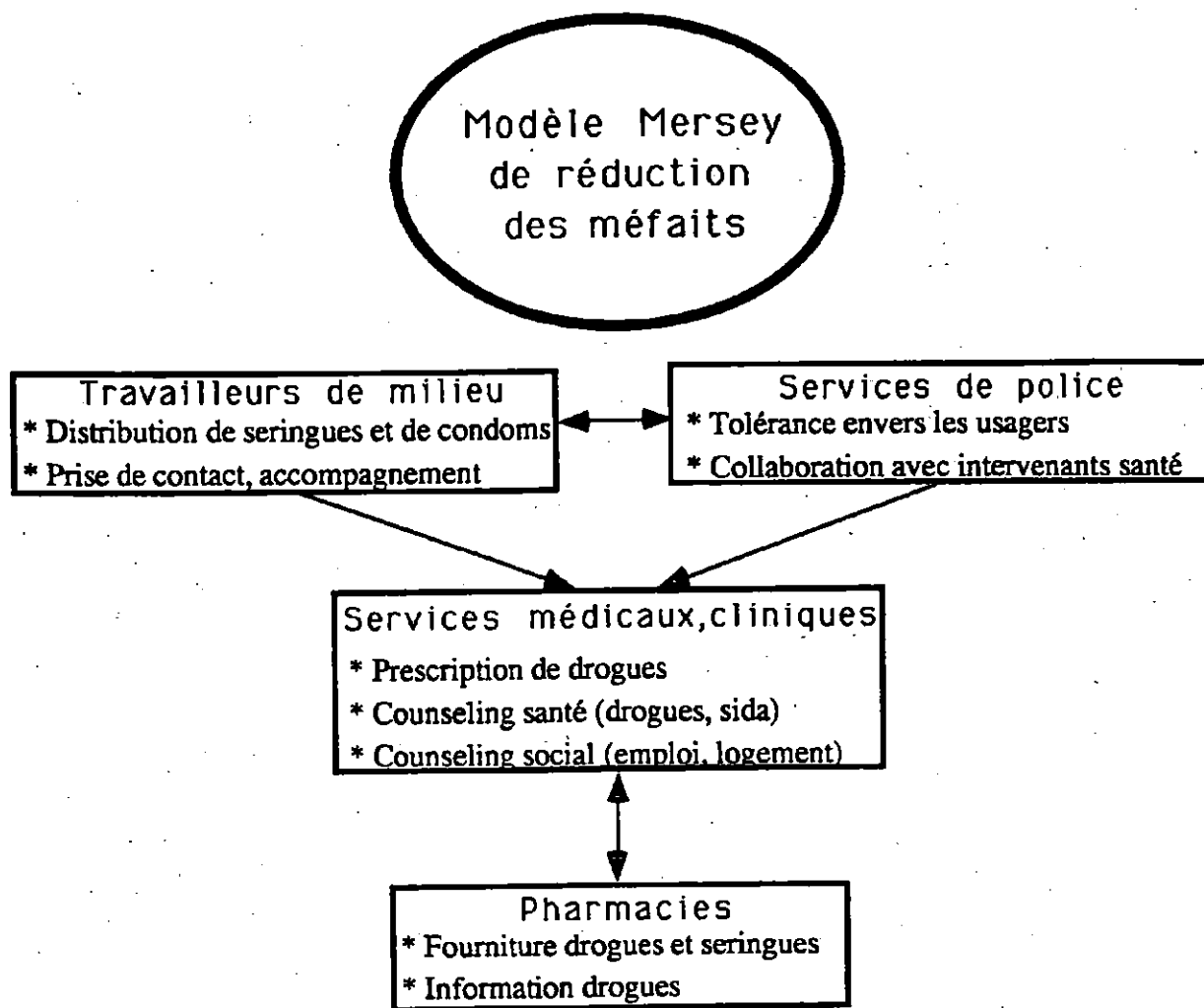
tolérance plutôt que  
tolérance zéro:  
aide, écoute, défense  
des usagers en difficulté,  
plutôt que jugement  
ou moralisme

hiérarchie d'objectifs  
réalisables  
partant des plus urgents  
plutôt qu'idéalisme  
de l'abstinence ou  
de la non consommation

prendre  
les usagers  
de drogues  
là où ils  
en sont

accepter  
que les drogues  
et leurs usages  
sont là  
pour rester

# COMPOSANTES D'UN MODELE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS



- \* **Nécessité du travail de rue ou de milieu (outreach)**
- \* **Nécessité d'une collaboration entre les divers intervenants en santé et avec les intervenants en sécurité publique (action concertée et continuité des services)**
- \* **Nécessité de prendre en compte l'ensemble des méfaits liés au contexte prohibitionniste d'usage: VIH, criminalité, marginalisation, etc. (approche globale)**

# IMPLICATIONS D'UNE APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

## PRÉVENTION PRIMAIRE

‡ JUST SAY NO/  
ÉLIMINATION DES  
RISQUES  
= ÉDUCATION À LA  
CONSOMMATION/  
GESTION DES RISQUES

## PRÉVENTION SECONDAIRE

‡ ARRET DE CONSOM-  
MATION  
= RÉDUCTION DE LA CON-  
SOMMATION/  
CONSOMMATION SÉCU-  
RITAIRE

## PRÉVENTION TERTIAIRE

‡ ABSTINENCE  
= ABSTINENCE, CON-  
SOMMATION CONTRO-  
LÉE, CONSOMMA-  
TION SUBSTITUTIVE

‡ MORALE = SANTÉ PUBLIQUE

‡ IDÉAL = MOINDRE MAL

## RÉDUCTION DES MÉFAITS

*Prendre les gens là où ils en sont*

- \* Tolérance
- \* Considérer l'être humain  
en face de soi
- \* Jouer sur les ressemblances
- \* Créer des liens de confiance
- \* Pragmatisme
- \* Amoindrir et gérer les risques
- \* Redonner du pouvoir

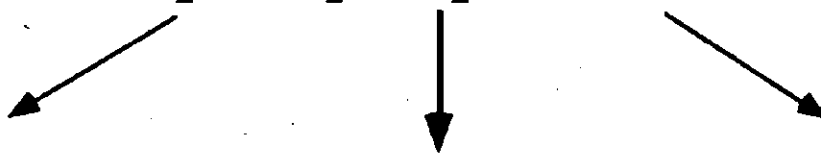
## PROMOTION DE LA SANTÉ COLLECTIVE

*Changer les choses là où ça compte*

- \* Engagement
- \* Considérer le potentiel de développement  
humain autour de soi
- \* Réduire les inégalités
- \* Créer des liens de solidarité
- \* Volonté de changement
- \* Construire des forces
- \* Rendre capable d'exercer son pouvoir

*Conception de Pierre BRISSON pour:  
Enseignement à distance, Université de Montréal, et  
Centre québécois de coordination sur le sida, MSSS  
1995, 1996*

# APPLICATIONS DU MODELE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS des pratiques préventives



## PRIMAIRE

- \* Lutte aux trafiquants de drogues.  
**GRC**
- \* Tests sur la qualité des drogues de rue.  
*Amsterdam*
- \* Lobbies pour la dépénalisation de la consommation ou la légalisation de certaines ou de toutes les drogues de rue.  
**Coalition canadienne pour une politique sur les drogues, MAGE**
- \* Information sur l'usage sécuritaire des drogues.  
**Toronto Ravers Information Project (TRIP), Dépliants sur les équivalences de consommation**

## SECONDAIRE

- \* Information sur usage sécuritaire + nettoyage des seringues.  
**Dépliants de santé publique, FIT**
- \* Approvisionnement en seringues propres.  
**C.L.S.C., CACTUS, Point de repère**
- \* Prescription de drogues (méthadone, patch de nicotine).  
**C.R.A.N., Hôpital St-Luc, médecins (héroïne, amphétamines, etc.)**  
*Mersey, Zurich*
- \* Groupes de défense des usagers.  
**Citizens On Drugs (Toronto)**
- \* Programmes de boire modéré.  
**A.R.F., Fondation Jean-Guy Roy, Regroupement Domrémy**
- \* Mise au point de matériel de consommation sécuritaire pour consommateurs à haut risque (ex: bocks en plastique, embouts de pipe à crack).  
*Irlande, USA*
- \* Service de raccompagnement.  
**Nez Rouge**
- \* Formation des serveurs à l'intervention précoce.  
**Ligue de sécurité du Québec**
- \* Salles sanitaires polyservices  
*Maison East Side, Frankfort*

## TERTIAIRE

- \* Approvisionnement en alcool de grands buveurs ou d'alcooliques marginalisés  
**Régie des alcools de l'Alberta**
- \* Programmes de traitement visant l'arrêt ou la gestion de la consommation  
**Regroupement Domrémy**
- \* Hébergement tolérant la consommation  
**Chez ma cousine Evelyn inc.**

Conception de Pierre BRISSON pour:

Enseignement à distance, Université de Montréal, et Centre québécois de coordination sur le sida, MSSS

1995, 1996

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT**

**6B**

## LA RÉDUCTION DES MÉFAITS : considérations historiques et critiques

On parle beaucoup de réduction des méfaits et de multiples façons. Dans le contexte de l'intervention précoce auprès des usagers de drogues par injection (UDI) aussi bien que dans celui de la réadaptation des toxicomanes ou de la répression des trafiquants. Concernant les méfaits liés à l'usage des drogues de rue mais également à la consommation de l'alcool et du tabac. Chez les tenants de la légalisation des drogues tout comme chez les policiers réclamant plus de moyens pour réduire l'offre criminelle; dans le discours d'agences, d'organismes, de comités tels le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, le *Genex* québécois de coordination sur le sida, le Comité québécois permanent de lutte à la drogue et dans les revendications de travailleurs de rue engagés dans l'action communautaire et sociale; à propos d'innovations aussi diverses que la diffusion de bocks en plastique dans les pubs irlandais (réduction des blessures lors de bagarres) et de tests de contrôle de qualité dans les raves néerlandais (réduction des mauvais voyages à l'Ecstasy), jusqu'à la récupération d'initiatives commerciales ou communautaires telles Nicorette et Opération Nez Rouge. Qu'est-ce donc que cette approche pour rallier tant de voix? Perçue chez plusieurs comme critique des avenues traditionnelles d'intervention tendant à criminaliser ou médicaliser les problèmes de drogue, la réduction des méfaits se présente par ailleurs comme «voie du milieu», celle du pragmatisme, renvoyant dos à dos les idéalismes de la tolérance zéro et de l'abstinence à tout prix. Approche radicale, approche raisonnable? Approche officielle, approche militante? Approche que l'on ne peut véritablement comprendre qu'en la situant dans le continuum historique de l'intervention en toxicomanie.

### Un changement général de cap

Les années 1980 auront été celles du constat de l'échec des mesures répressives antidrogue qui ont culminé avec l'ère Reagan; ainsi, l'augmentation constante des fonds fédéraux américains alloués à la Guerre à la Drogue n'aura pu freiner la croissance des problèmes de santé liés à la drogue sur le territoire américain, qu'il s'agisse d'admissions en urgence et surtout de l'infection au VIH (Horgan, 1993). Dans la même veine, on ne se gêne maintenant plus pour questionner la pertinence de l'entreprise de prévention fondée sur la propagande dissuasive de type *Just Say No* et les programmes d'éducation à faire le «bon choix» antidrogue lorsque l'on constate, dans la présente décennie, un taux cinq fois plus élevé de jeunes usagers de cannabis aux États-Unis qu'en Hollande, là où la simple possession de cannabis est pourtant dépénalisée depuis des années (Riley, 1994a). L'évaluation des modes de traitement de la toxicomanie en vigueur depuis une quinzaine d'années aura, de son côté, conduit à mettre en question l'efficacité des approches monolithiques préconisant pour tous la même médecine, en vase clos à long terme et axée sur l'abstinence: on croit, dorénavant, qu'il faut varier les techniques

et services en fonction des caractéristiques et besoins des toxicomanes si bien que la durée du traitement ou l'objectif d'abstinence ne sont plus les conditions sine qua non du succès (Lamarche et Landry, 1994). Conclusion: côté répression, prévention ou réadaptation, l'épreuve du réel aura peu à peu conduit une masse critique d'intervenants à réévaluer les approches autoritaires, paternalistes ou dogmatiques pour revenir à une mesure plus juste de l'être humain qui risque, qui chute ou qui coule car, d'évidence, c'est en lui que réside le pouvoir de se conduire, de se ressaisir, de se guérir, bref de se gouverner.

Au plan de la prévention secondaire, le passage vers une intervention plus humaniste et responsabilisante s'est produit à la faveur de l'épidémie de VIH, laquelle a forcé, en dépit de soubresauts extrémistes prônant le «marquage» des séropositifs, l'évolution des stratégies strictes de dépistage et de surveillance vers des stratégies de soutien, d'accompagnement, de travail dans et avec les milieux plus vulnérables. Même l'univers plutôt conservateur des programmes d'aide aux employés a vu le courant gestionnaire consistant à «repérer» les cas problème pour les envoyer se «faire traiter» et récupérer au plus tôt un gain de productivité faire place à des approches réseau, davantage axées sur le développement d'un lien de confiance et la conscientisation des gens en difficulté (Sylvestre et Rhéaume, 1994). Mais c'est la rencontre explosive des problématiques toxicomanie et sida, dès le début des années 1980 dans certains pays européens comme la Hollande, l'Angleterre, l'Allemagne, la Suisse, l'Italie, qui a véritablement transformé le travail de prévention secondaire pour mettre au monde l'approche dite de réduction des méfaits (harm reduction).

### Le point d'émergence: la propagation du VIH chez les UDI

La forte présence de l'héroïne en Europe aura multiplié le nombre d'UDI à trois utilisateurs sur quatre adoptant le mode d'administration intraveineux et, par delà, l'émergence de ce qui constitue aujourd'hui le second mode de transmission du VIH après les relations sexuelles: le prêt ou le partage de matériel d'injection contaminé. Dans la majorité des pays occidentaux, les UDI constituent d'ailleurs le deuxième groupe le plus touché après les homosexuels/bisexuels, leur pourcentage parmi les cas de sida atteignant aujourd'hui quelque 40% en Europe contre 30% aux États-Unis, 7% au Québec et 3% au Canada (CQCS, 1994; Riley, 1994b).

La réduction des méfaits est ainsi née de l'urgence d'agir pour contrer cette conséquence terrible découlant de l'usage de drogues et susceptible d'entraîner la mort. D'abord centrée sur la distribution de seringues propres et de condoms, l'échange ou le nettoyage des seringues souillées, la pratique inclura peu à peu tout un travail d'approche et de counseling, d'information et d'habilitation auprès des usagers de drogues où

viendront se greffer d'autres services comme la prescription de drogues (méthadone, héroïne, amphétamine) et les tests de dépistage (hépatites, VIH) de même que de l'éducation communautaire (habilitation à trouver un logement, un emploi). Si l'approche est indéniablement issue d'un élan humanitaire de la part des intervenants et autorités de première ligne en contact avec les UDI, il s'agit également, il faut bien le dire, d'une réaction pragmatique voire stratégique devant la peur d'une propagation rapide du sida au sein de la population hétérosexuelle non toxicomane.

En Amérique, la sous-culture UDI étant moins répandue — à l'exception de villes comme New-York — et la philosophie antidrogue plus ancrée, il faut attendre la fin des années 1980 pour que l'approche européenne fasse une réelle percée. Aujourd'hui, en dépit d'une variabilité des taux de séroprévalence chez les UDI dans les grandes villes d'Occident, on constate un phénomène de stabilisation au fil des années dans les endroits ayant adopté une approche de réduction des méfaits (Amsterdam, Liverpool, San Francisco) contrairement aux villes où on a rejeté, en tout ou en partie, un tel modèle d'intervention (Edimbourg, New-York). Au Canada, les taux sont moins élevés et la tendance vers une stabilisation plus marquée dans les villes de Vancouver et Toronto où des initiatives de réduction des méfaits sont apparues plus tôt qu'à Montréal, laquelle se trouve encore dans une situation de propagation critique (CQCS, 1994; Riley, 1994a; 1994b).

### Vers un modèle intégré d'intervention

La réduction des méfaits s'est constituée comme modèle d'intervention vers le milieu des années 1980 au cœur des villes pionnières des Pays-Bas et de l'Angleterre. L'étude de plusieurs expériences européennes (Riley, 1994a; Jones, 1990; Springer, 1991) permet d'identifier deux grands principes fondateurs qui distinguent cette approche des façons de faire antérieures:

\* L'humanisme plutôt que le moralisme: la réduction des méfaits implique un changement d'attitude à l'endroit de la consommation et des consommateurs de drogues, dorénavant abordés sans jugement moral, ce que réflète la maxime «tolérance plutôt que tolérance zéro». L'intervenant considère qu'il a devant lui un être humain en difficulté ou en crise, non un criminel, un marginal ou un malade. Chez plusieurs travailleurs de rue militants, ce principe se radicalise: il n'est plus simplement question du devoir d'aider les usagers de drogues sans les juger (approche conviviale) mais également de s'engager dans la défense de leurs droits et libertés (approche promotionnelle).

\* Le pragmatisme plutôt que l'idéalisme: partant du constat que la consommation existe et qu'il faut s'attaquer à ses conséquences, la réduction des méfaits procède d'une démarche par hiérarchie d'objectifs, des plus urgents et réalisables

aux plus éloignés et utopiques, plutôt que de mettre d'emblée de l'avant des idéaux (quand ce ne sont pas des chimères) comme la non-consommation de drogues de rue, la désintoxication obligatoire et l'abstinence à tout prix. Cette façon de faire permet de mobiliser plus facilement l'usager et d'établir une relation de confiance, prélude à une démarche de conscientisation et de changement plus profonde: l'atteinte d'objectifs intermédiaires viendra en retour renforcer l'estime du consommateur et le lien d'aide, augmentant au total la capacité pour l'individu de se prendre en charge.

Partant de ces principes, un modèle véritablement intégré de réduction des méfaits, dans le contexte d'intervention précoce auprès des UDI, repose sur certaines composantes que le comté de Merseyside (Nord-Ouest de l'Angleterre) est, à ce jour, le seul à avoir réellement mis en place:

- la nécessité du travail de rue ou de milieu pour rejoindre les toxicomanes: les travailleurs sociaux, les médecins et les intervenants communautaires se doivent d'aller trouver les toxicomanes là où ils sont (outreach), l'approvisionnement en seringues et condoms servant alors de prétexte pour établir un contact et éventuellement un lien avec les usagers méfiants ou craintifs, victimes de marginalisation et d'exclusion en contexte prohibitionniste.
- la nécessité d'une concertation entre policiers, autorités publiques et professionnels de la santé: l'efficacité des efforts dans le milieu repose sur l'engagement des forces policières à ne pas pourchasser et criminaliser les simples consommateurs ou encore à celui des autorités publiques à dépenaliser la simple possession de drogues: dans un second temps, l'efficacité des démarches d'intervention doit compter sur la collaboration des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens) impliqués dans les programmes de prescription de drogues (méthadone, héroïne).

• la nécessité de prendre en compte l'ensemble des méfaits liés à l'usage: l'intervention auprès des UDI aura fait réaliser aux intervenants la multitude et la synergie des méfaits liés à l'usage de drogues dans un contexte prohibitionniste, depuis la stigmatisation et la marginalisation sociales jusqu'au recours à la prostitution et à d'autres activités criminelles, en passant par le risque de surdose, d'hépatites et, bien-sûr, d'infection au VIH. C'est dans ce contexte que beaucoup de praticiens de la réduction des méfaits se sont ouvertement affichés, en toute logique, pour la légalisation des drogues et que les programmes d'entretien à la méthadone (réduction de la criminalité) et d'éducation communautaire (réduction de la marginalisation) se sont rapidement intégrés au modèle.

**L'expansion tous azimuts**  
La réduction des méfaits semble aujourd'hui cristalliser le désir de mouvance du champ de la toxicomanie vers des approches moins directives et rigides, davantage centrées sur la personne hu-

maine et son pouvoir adaptatif, au point de devenir une quasi panacée à l'heure où plusieurs avenues traditionnelles d'intervention, du primaire au tertiaire, sont à la recherche d'un souffle nouveau.

Aussi, toute initiative cherchant à aborder l'individu là où il est (plutôt que d'un point de vue éclairé d'intervenant) et à favoriser une action sur les conséquences les plus immédiatement néfastes de sa consommation, abusive ou non, de drogues, légales ou non, peut-elle dorénavant s'inscrire dans une perspective de réduction des méfaits. Et les exemples abondent (Riley, 1994b; Le Journal, 1994; 1995):

**Prévention primaire**

- Lutte aux trafiquants de drogues, particulièrement ceux n'ayant pas de scrupules à mettre des produits toxiques ou relatés en circulation pour réduire les moyens de l'usage des drogues de rue et la santé.
- Implémentation de programmes d'évaluation de l'impact et de dépénalisation des drogues de rue.
- Dépénalisation des usages liés au trafic, notamment les usages de l'usage de rue.
- Dépénalisation de la possession de drogues de rue pour réduire les méfaits sur le simple usage de la marginalisation sociale.
- Implémentation de services de réduction des méfaits pour les groupes à haut risque.
- Implémentation de programmes de réduction des méfaits pour les groupes à haut risque.
- Mise en place de programmes d'éducation à l'usage des drogues de façon sécuritaire pour contrôler les méfaits d'un usage inexpérimenté ou inapproprié.
- Information sur les équivalences de consommation (alcool), prévention du passage à l'injection (cocaïne, stéroïdes, héroïne).

**Prévention secondaire**

- Approvisionnement des toxicomanes en seringues propres et éducation au nettoyage des seringues souillées pour réduire les méfaits liés à l'injection: VIH, hépatites.
- Prescription de drogues ou entretien à la méthadone pour réduire les méfaits liés au mode de vie marginalisé et criminalisé, notamment la prostitution, chez les usagers chroniques.
- Prescription de «patches» de nicotine pour réduire les méfaits de la consommation chronique de tabac sur la santé et sur la vie sociale.
- Mise en place de programmes supervisés ou autoadministrés de consommation modérée d'alcool pour réduire les méfaits liés à l'intoxication aiguë ou chronique.
- Mise au point de matériel de consommation ou de dispositifs environnementaux sécuritaires afin de réduire les méfaits découlant d'accidents lors d'intoxications aiguës (bocks en plastique dans les endroits où sévissent les bagarres d'individus ivres, par exemple).
- Service de accompagnement en voiture pour

réduire les méfaits de la conduite avec facultés affaiblies (Opération Nez Rouge).

- Formation des serveurs de débits de boisson à reconnaître les signes d'ébriété pour réduire les méfaits causés par les accidents ou la conduite avec facultés affaiblies.

**Prévention tertiaire**

- Approvisionnement en alcool de grands buveurs ou d'alcooliques marginalisés (itinérants, personnes âgées) pour réduire les méfaits du sevrage forcé ou d'une consommation substitutive plus dangereuse (soivants).
- Implantation de programmes de traitement pour toxicomanes visant l'arrêt ou la gestion de sa consommation d'alcool ou de drogues afin de réduire les méfaits de l'abus de psychotropes aux plans physique, familial, économique, professionnel, etc.

**Questionnement**

On ne peut globalement que se réjouir du rayonnement d'une approche comme celle de la réduction des méfaits et souhaiter qu'elle permette encore d'innover au plan des pratiques. Cela pose, toutefois, plusieurs questions que nous ne pouvons ici toutes soulever et que nous n'avons pas la prétention d'épuiser. Contentons-nous, en terminant, d'interroger la spécificité de l'approche.

Si la réduction des méfaits en vient à qualifier tout geste d'intervention publique en toxicomanie (mais aussi, pourquoi pas, dans les domaines du sida, du suicide, de la délinquance etc.), la pratique risque de perdre toute spécificité et son intérêt. C'est parce que le continuum de l'intervention préventive a comme caractéristique, du primaire au tertiaire, d'empêcher des «états de chose indésirables» (selon l'heureuse expression de Low, 1979), qu'il s'agisse de risques, de difficultés ou de séquelles, que le vocable de réduction des méfaits semble pouvoir s'appliquer à n'importe quel stade, comme allant de soi. Pourtant, le contexte précis d'émergence de l'approche en ferait plutôt un modèle d'intervention précoce (prévention secondaire) si l'on considère que la population touchée (les UDI) est le plus souvent constituée de consommateurs chroniques ou à problèmes qui n'ont pas nécessairement le désir ou les possibilités d'arrêter de consommer. Dans cette perspective, les programmes de boire contrôlé pour grands consommateurs et, plus particulièrement, les services de accompagnement pour buveurs intoxiqués, font office de pratiques équivalentes dans l'univers des drogues légales (CPLT, 1995).

Par ailleurs, la réduction des méfaits possède clairement une autre spécificité historique, celle de s'appliquer aux problèmes liés à l'univers des drogues de rue et aux risques grandissants que les conditions d'usage font vivre aux gens de ces milieux. C'est là une situation de fait et qui peut être dérangeante car les mesures de réduction qui s'y déploient vont très souvent dans le sens d'une mise en question, d'une réforme voire d'une abolition des actuelles lois à la source des méfaits.

Cela nous conduit à la nécessité d'établir une distinction de fond entre la réduction des méfaits liés à l'usage (problèmes de santé, de famille, de violence, de conduite avec facultés affaiblies, etc.) et la réduction des méfaits liés au contrôle de l'usage, c'est-à-dire au contexte prohibitionniste (problèmes de marginalisation, de criminalité, de toxicité, de détérioration des conditions et du mode de vie, etc.). Et si la maxime voulant que le remède soit pire que la maladie, parlant des lois antidrogues, est fondée, on pourrait globalement considérer les méfaits découlant de la prohibition des drogues, plus aigus et prioritaires que ceux découlant de l'usage social légalisé (en dépit de la gravité et de l'étendue indéniables des méfaits liés à la conduite avec facultés affaiblies).

Finalement, on peut se poser la question de la spécificité de la nouvelle attitude humanisante, non morale, dont est porteur le courant de réduction des méfaits et que l'on pourrait résumer ainsi: aborder l'usage et l'abus de psychotropes comme des questions de santé publique, le plus stratégiquement possible, hors de tout jugement sur les consommateurs. Cette attitude n'est pas propre à l'approche de réduction des méfaits (comme nous l'avons exposé en introduction) mais témoigne d'un changement plus large et profond des mentalités. Aussi, le respect des personnes et de leur style de vie ne doit pas devenir un alibi commode, dispensant de nous atteler à rendre l'existence et l'environnement plus agréables et stimulants au plan collectif, de sorte que moins de gens éprouvent le besoin de s'en évader, à la petite semaine ou au long cours. En d'autres mots, il faut aussi nous occuper des causes, pas seulement des conséquences. C'est là le domaine de la prévention primaire et de la promotion de la santé dont l'influence sur l'ensemble du champ de l'intervention en toxicomanie est peut-être, à long terme, encore plus fondamentale. Mais c'est là une autre histoire.

**Pierre Brisson, chargé de cours, formateur, consultant et auteur en toxicomanie**

#### Références

- CENTRE QUEBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (1994). *L'usage de drogues et l'ensemble du VIH. Cadre de référence pour la prévention*. Québec: Gouvernement du Québec, M555.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1995). *Les enjeux sous-jacents à une future stratégie québécoise de lutte à la toxicomanie*. Conférence présentée par Louise Nadeau au Rond-Point 95. Congrès mondial en toxicomanie Montréal, 26 avril.
- HURGAN, J. (1993). A Kinder War. *Scientific American*, July, 24-26.
- JONES, L.D. (1980). Working with Drug Users to Prevent the Spread of HIV: the Application of an Analytical Framework to a Range of Programmes. *Health Education Research*, 5, 1, 3-10.
- LAMARCHE, P., LANDRY, M. (1994). L'efficacité du traitement: caractéristiques cliniques et organisationnelles. In P. Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, volume II (421-439). Boucherville: Gaetan Morin.
- LE JOURNAL (1994). Rapport spécial, réduction des méfaits. Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Mars-juin, 5-6.
- LE JOURNAL (1995). Rapport spécial, réduction des méfaits. Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Mars-juin, 5-6.
- LOUW, K. (1979). La prévention. *Connaissances de base en matière de drogue*. Ottawa: Santé Nationale et Bien-être social Canada.
- RILEY, Diane (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues: politique et pratiques. In P. Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, volume II (129-150). Boucherville: Gaetan Morin.
- RILEY, D. (1994b). Le modèle de réduction des méfaits: Une approche équilibrée sur l'ensemble des drogues aux frontières canadiennes et étatiques. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoholisme et les toxicomanies.
- SPRINGER, E. (1991). *Harm Reduction: Models for Working with Drug Users during AIDS Epidemics*. UMDNJ, New Jersey University of Health Sciences.
- SYLVESTRE, J., BÉAUBIE, J. (1994). L'insertion en milieu de travail: des programmes d'aide aux regards d'ensemble. In P. Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, volume II (171-189). Boucherville: Gaetan Morin.

RAPPORT SPÉCIAL

# Approche pragmatique

« Qu'est-ce que la réduction des méfaits? »

Cette question a été souvent posée aux conférenciers (chercheurs, toxicomanes, décideurs et éducateurs, entre autres) qui participaient à la 5<sup>e</sup> conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, tenue à Toronto au mois de mars. La réponse, selon un bon nombre d'entre eux, est essentiellement contradictoire.

La réduction des méfaits relève de l'opposition entre le *status quo* et l'*utopianisme*. Pour un travailleur des services d'approche à New York, cela consiste à aider une jeune sans-abri de 24 ans, Angel, à diminuer ses épisodes de consommation excessive de cocaïne, qui duraient parfois une semaine. D'après Angel, l'herbe l'aide à manger, et le Valium réduisait ses crises de cocaïne. L'éducateur lui a conseillé d'acheter deux peuis sacs d'herbe et un peu de Valium afin de réduire sa prochaine crise de deux jours. Peu après, Angel a réussi à éviter ou à raccourcir ses accès, selon Michael Clats, principal enquêteur d'une étude du projet *Youth at Risk* de New York. Ce projet vise à empêcher le sida et d'autres maladies en informant les jeunes sans-abri, souvent de gros consommateurs de drogues.

« Le modèle de la réduction des méfaits n'impose pas le traitement contre la toxicomanie ou l'abandon de la consommation de drogues, a-t-il expliqué aux délégués. En fait, l'usager est en meilleure position pour décider des changements qu'il ou elle est prête à accepter. » Les besoins les plus urgents pour Frankie, un toxicomane séropositif de 20 ans, étaient de lui procurer des soins médicaux et de lui trouver un logis.

Avec la réduction des méfaits, « on hiérarchise les objectifs, et les plus réalistes d'entre eux deviennent la première étape vers une



Le droit d'insulser : D'id à ce que la société s'attache à la racine du problème d'insulation de solvants par les enfants de la rue, l'usage de solvants sera une façon légitime de composer avec les problèmes. Couverture de la 5<sup>e</sup> conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues : pages 5 à 8.

consommation sans risques ou, le cas échéant, vers l'abstinence», affirme Diane Riley, principale analyste des politiques au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT).

Parmi les objectifs immédiats et réalisables, citons la lutte contre la diffusion du VIH par la distribution de seringues propres aux usagers de drogues injectées, la stabilisation de la vie des héroïnomanes grâce à la méthadone, la lutte contre les réactions néfastes aux drogues en offrant des tests immédiats de simulant lors de fêtes, ou même la distribution aux bars de chopes en verre qui ne se brient pas en éclats dangereux en cas de bagarre ou d'accident.

Autrement dit, la réduction des méfaits place la santé publique avant la moralité. Elle accepte la possibilité de prendre des drogues en certaines circon-

stances et ne considère pas cela surtout et avant tout comme un mal, d'après M<sup>me</sup> Riley.

En raison de son approche réaliste, la réduction des méfaits est généralement considérée comme «douteuse, sinon totalement subversive», selon Cindy Fazy, du Programme de lutte contre les drogues des Nations Unies.

Toutefois la menace du sida, entre autres, a forcé bien des gens à changer d'idée au sujet des programmes de méthadone, d'échange de seringues ou d'autres méthodes de réduction des méfaits.

Par conséquent, «la réduction des méfaits prend la vedette», affirme M<sup>me</sup> Fazy.

La réduction des méfaits consiste aussi à résoudre les causes de la souffrance (pauvreté, manque de logement, persécution, violence familiale) plutôt que les symptômes (comme la toxicomanie).

Le mauvais traitement de centaines de millions de garçons et de filles vivants dans les rues des villes d'aujourd'hui est «l'une des pires violations des droits humains» affirme Peter Dalglish, directeur exécutif de *Street Kids International*. Tant qu'ils ne seront pas traités comme des êtres humains ayant un accès égal aux soins de santé, à l'éducation et aux moyens de subvenir à leurs besoins, «ces enfants ont le droit d'inhaler du gaz ou de la colle», déclare-t-il.

La réduction des méfaits est la solution au lieu de la solution zero. On met en question une Guerre aux drogues qui est en fait une guerre contre nous-mêmes. «Depuis 1980, entre 60 et 80 000 Américains sont morts pour rien [du sida et de la violence liés aux drogues] à cause de nos politiques», estime Arnold Trebach, du *Drug Policy Foundation* des États-Unis.

## Loi sur les drogues attaquée

PAR MYLES MAGNER

Les spécialistes du domaine de la toxicomanie, des politiques en matière de drogues et de l'application des lois demandent au gouvernement fédéral de bloquer le projet de loi C-7, la future loi canadienne en matière de drogues.

Ce projet de loi, dont la deuxième lecture a commencé à la Chambre des communes au mois de février, est presque identique au projet de loi C-65, proposé par le gouvernement conservateur. Il a été mis au rancart après l'annonce des élections fédérales l'été dernier.

Tout comme son prédécesseur, le projet de loi C-7 vise à réintégrer les lois existantes sur les drogues légales et illégales, à l'exception de l'alcool et du tabac, afin d'en faire une seule et unique loi.

Par ailleurs, ce projet crée de nouvelles infractions comme la production, la recherche ou l'obtention de drogues contrôlées, tout en modifiant les pénalités pour un certain nombre d'infractions : certaines à la hausse, d'autres à la baisse.

Par exemple, l'amende maximale pour possession de cannabis passe de 1 000 à 2 000 dollars à la première inculpation, et de 2 000 à 5 000 dollars en cas

de récidive. En outre, la peine de prison maximale de sept années est maintenue pour la possession de cannabis.

Le projet de loi a fait l'objet de vives critiques de la part d'experts en santé, en toxicomanie et en droit.

Mark Taylor, président de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, est défavorable au projet de loi parce qu'il impose des pénalités strictes contre les

usagers de drogues alors qu'il a été prouvé que la menace de peines criminelles ne suffit pas à décourager les usagers.

Certains dirigeants de la police doutent également de l'opportunité de punir pour possession de cannabis par des peines criminelles.

En mars dernier, Brian Ford, chef de la police d'Ottawa, a demandé au gouvernement de dépenaliser les drogues douces

comme la marijuana et le haschich afin de réduire l'incidence des crimes violents et les frais de mise en application des lois.

Jim Kingston, directeur exécutif de l'Association canadienne des policiers, estime qu'il vaut mieux traiter la possession simple comme une infraction au code de la route. «Je préfère payer pour aider le toxicomane plutôt que le voir aller tuer un commerçant innocent (pour se procurer de l'argent afin d'acheter des drogues)», a-t-il affirmé.

Le projet de loi C-7 a été critiqué pour les raisons suivantes :

- il met le cannabis sur le même plan que l'héroïne et la cocaïne en prévoyant les mêmes peines pour chacune de ces drogues;
- il définit les infractions de façon si large que le fait de partager un «joint» revient à faire du trafic de drogues et entraîne une peine maximale de 14 années de prison;
- il traite les consommateurs de drogues comme légalement équivalents aux drogues elles-mêmes, ce qui risque de priver atteinte aux programmes d'échange de seringues visant à empêcher la propagation du VIH et du sida.

### C-7, non pour quatre raisons

Lors de la deuxième lecture du projet de loi C-7, Neil Boyd, professeur de criminologie à l'Université de Toronto, a émis quatre raisons d'être opposé à ce projet de loi :

- Il donne la même peine maximale à la possession de cannabis qu'à la possession d'héroïne.
- Il traite les consommateurs de drogues comme légalement équivalents aux drogues elles-mêmes.
- Il crée de nouvelles infractions de production, de recherche et d'obtention de drogues contrôlées.
- Il augmente les peines pour possession de cannabis.

L'accès aux seringues stériles devient un «droit humain» selon les chercheurs

# Injections à la hausse da

PAR IAN KINROSS

La mode de l'injection de drogues dans les pays en voie de développement risque d'accélérer la propagation du VIH dans le village global, d'après une étude commanditée par les Nations Unies.

«Nos constatons de nouvelles habitudes d'injection de drogues dans des pays où l'on produit les drogues, mais où normalement on ne les consomme pas», constate Andrew Ball, responsable médical, Programme de toxicomanie de l'Organisation mondiale de la santé.

En Thaïlande, par exemple, et au Myanmar, les responsables de la santé affirment que «des centaines de personnes ont contracté le VIH par l'injection de drogues, alors qu'auparavant personne ne se droguait de cette façon».

Ces pays produisent depuis toujours la matière première de l'héroïne (le pavot asiatique), mais la production d'héroïne sur place est en hausse, d'après Cindy Fawey, du Programme de lutte contre les drogues des Nations Unies.

Maintenant que l'héroïne injectable est plus facile à

obtenir, les usagers de drogues en Thaïlande et au Myanmar échangent leurs pipes d'opium contre des «rigs» d'héroïne.

La consommation à la hausse de drogues injectées est également causée par les nouvelles routes du trafic d'héroïne et de cocaïne en Afrique, en Amérique latine et en Europe de l'Est, par l'émergence de la production dans des pays tels que le Kenya, l'Égypte et le Guatemala, et par une augmentation de la proportion de producteurs de drogues payés en nature et non en espèces, qui doivent alors vendre les drogues sur place.

Les constatations de la plus grande étude internationale sur le VIH et les drogues injectées ont été présentées lors de la 5<sup>e</sup> conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, à Toronto. Cette étude concernait 15 villes d'Europe, du Canada, des États-Unis et de l'Australie, ainsi que deux pays en voie de développement : la Thaïlande et le Brésil.

Les chercheurs ont interrogé plus de 8 000 usagers de drogues injectées, et leur ont administré des tests d'anticorps du VIH. Les taux de fréquence du VIH se situaient entre 0 et 80 p. 100.

## modèle de programme

Des trousses d'injection sans risque aux cartes de crédit pour condoms, voici quelques exemples de programmes de réduction des méfaits qui ont été présentés à la 5<sup>e</sup> conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, à Toronto.

### Une fourgonnette dans la rue

Une fourgonnette permet d'assurer la réduction des méfaits dans la partie ouest du bord du lac à Toronto, où plusieurs motifs spécialisés dans la location à l'heure, reçoivent des prostituées, des usagers de drogues et des agents qui veulent échapper à quelqu'un ou à quelque chose. L'an dernier, le Ken Program, organisé par le Breakaway Substance Abuse Treatment Centre d'Etobicoke, a distribué 4 000 condoms et 968 seringues, ainsi que des conseils et un soutien gratuits, d'après le superviseur Patrick Shaw. «S'ils veulent seulement échanger leurs seringues et se tirer, ça va. S'ils veulent des conseils ou un traitement, on est là pour ça, ou on peut les orienter ailleurs.» Plus de 300 personnes ont fait appel à ses services en 1993.

### Protecteurs de pipe

Les adeptes de la réduction des méfaits devraient distribuer des embouts protecteurs pour les pipes servant à fumer le crack. En effet, ces embouts peuvent empêcher la transmission du VIH causée par les blessures aux lèvres dont souffrent les Américains de crack. C'est du moins ce qu'ont conclu les chercheurs du Bryn Mawr College, aux États-Unis. Lors d'une étude menée auprès de 155 fumeurs de crack, les chercheurs ont «examiné les rapports entre les méthodes pour fumer le crack et les blessures aux lèvres pouvant accroître la possibilité d'infection par le VIH en raison de l'exposition au sang sur les tiges paragées et des relations sexuelles orales». Leur conclusion : «Les personnes qui souffrent de blessures aux lèvres utilisent plus souvent des embouts métalliques, paragent les pipes et ont des relations sexuelles orales non protégées.»

### Carte-condom

À Edimbourg, en Écosse, plus de 3 000 résidents à faible revenu ont reçu une carte leur donnant droit à des condoms gratuits dans le cadre du programme *Take Care* contre le VIH, mis en place par la municipalité. Les cartes sont accompagnées de renseignements sur les contraceptions d'urgence (pilule du lendemain), les ressources d'orientation sur le VIH et les MST. Un «répertoire de planification familiale» fournit des coordonnées gratuites, mais s'écrit à la nouvelle carte, les gens n'ont plus besoin d'être basés d'en dessous», selon Martin Strick, du *Home Reduction Team* de l'Écosse. Les détenteurs de la carte peuvent recevoir des condoms gratuits dans une librairie et des cliniques des quartiers pauvres. Ils seront également distribués dans les centres d'emploi et les campus des collèges. Quelque 187 000 condoms ont déjà été distribués.

## Excès de cocaïne, risques de VIH

PAR JULIA DRAKE

Des cliniciennes montréalaises affirment que les excès occasionnels de cocaïne accroissent les risques des usagers de drogue injectée de contracter le VIH.

«Les personnes qui s'injectent de la cocaïne partagent souvent leurs seringues. C'est une pratique qui favorise la propagation du VIH», soutient Julie Bruneau, chef de l'unité de désintoxication de l'Hôpital Saint-Luc à Montréal. «Lors des excès, beaucoup d'usagers de cocaïne s'injectent la drogue de 20 à 40 fois par jour. Un rythme qui encourage le partage des seringues», ajoute-t-elle.

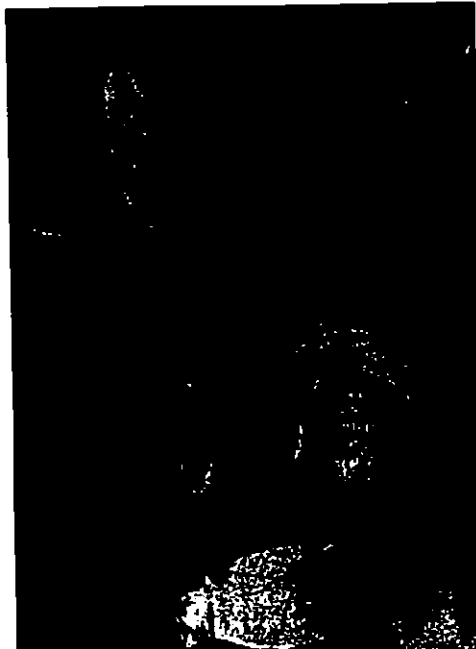
Une autre conférencière à la 5<sup>e</sup> conférence internationale sur les méfaits liés aux drogues soutient que l'usage de cocaïne entraîne souvent des pratiques sexuelles non protégées, exposant ainsi les usagers au VIH. «Les hommes qui font un usage courant de «cocaïne» peuvent avoir de la difficulté à garder une érection nécessaire pour porter un condom. Ils optent donc pour une relation sexuelle non protégée», explique Louise Nadeau, professeure de psychologie à l'Université de Montréal.

En outre, la cocaïne accroît le

sentiment d'invulnérabilité et risque d'enrainer des comportements imprudents. «Certaines personnes pensent qu'elles sont plus fortes que le virus du sida», poursuit la Dr<sup>e</sup> Nadeau.

«La cocaïne est très différente de l'héroïne», soutient la Dr<sup>e</sup> Bruneau. Par exemple, un usage chronique d'héroïne pourrait correspondre à deux ou quatre injections par jour. Un excès de cocaïne correspond à trois ou quatre doses à l'heure, ou plus de 20 fois par jour, pendant deux jours. Alors que les héroïnomanes qui tentent de mettre un terme à leur habitude peuvent se tourner vers la méthadone, il n'existe actuellement aucun substitut pour la cocaïne.

La Dr<sup>e</sup> Bruneau a récemment examiné une étude menée auprès des usagers de drogue injectée du centre-ville de Montréal. L'étude a démontré que la cocaïne était la drogue de choix de plus de 70 p. 100 des répondants. Environ 90 p. 100 d'entre eux avaient partagé leurs seringues au cours des six derniers mois. La raison la plus souvent évoquée était la «disponibilité immédiate» des aiguilles souillées.



Un com : Patrick aide Nathalie à s'injecter de l'héroïne à Londres en Angleterre. Les programmes d'échange de seringues ont contribué à prévenir la propagation du VIH parmi les usagers de drogue injectée. Mais le taux d'injection est à la hausse dans les pays en voie de développement d'où de tels programmes sont absents. Voir l'article d-dessus.

## Cinq programmes d'échange au Brésil

PAR IAN KINROSS

Le Brésil établira cinq programmes d'échange de seringues cette année dans le cadre d'un plan en neuf étapes pour empêcher la propagation du VIH chez les usagers de drogues injectées.

En effet, l'usage de drogues injectées augmente dans les villes portuaires du Brésil et le long de la frontière avec la Bolivie, en raison de l'expansion des routes du trafic de la cocaïne, entre autres. C'est ce que Fabio Mesquita de l'unité de prévention du PNC-DST/AIDS au Brésil, a déclaré au *Journal*.

Soutenu par la Banque mondiale, par le programme de contrôle des drogues des Nations Unies et par le gouvernement brésilien, le plan de prévention comprend :

- des études sur l'incidence du VIH et des drogues injectées,
- le traitement externe pour les

- usagers de cocaïne injectée;
- des programmes d'intervention auprès des cocaïnomanes;
- la distribution de trousses d'aseptisation;
- la distribution de condoms;
- la diffusion de matériaux éducatifs;

- la diffusion de renseignements en matière de drogues dans les écoles;
  - la formation des professionnels de la santé;
  - des programmes d'échange de seringues.
- Les cinq premiers programmes

d'échange de seringues devraient ouvrir leurs portes à Salvador, Sao Vicente, Ribeirão Preto, Florianópolis et Campinas dans les mois qui suivent. Dix autres programmes seront mis sur pied au cours des deux prochaines années.

### HERANTEE C DE CONCERTIC

PAR BARBARA WALKER

Le moment est venu pour le VIH...  
 La 5<sup>e</sup> conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues injectées, à Toronto, a permis de constater que le VIH se propageait rapidement dans les pays en voie de développement. D'après les chiffres de l'OMS, le VIH est la cause de 100 000 décès par an dans le monde. Les personnes qui s'injectent des drogues sont particulièrement à risque. Elles sont malades, épuisées, et ont souvent des relations sexuelles non protégées. D'après les chiffres de l'OMS, le VIH est la cause de 100 000 décès par an dans le monde. Les personnes qui s'injectent des drogues sont particulièrement à risque. Elles sont malades, épuisées, et ont souvent des relations sexuelles non protégées.

# is les pays producteurs

Les taux étaient particulièrement élevés dans les «leus pays en voie de développement. En effet, le sommet de 60 p. 100 provient des usagers de drogues injectées à Santos, au Brésil, alors que l'incidence du VIH chez ces usagers était également élevée à Rio de Janeiro (35 %) et à Bangkok, en Thaïlande.

L'usager type est un homme qui a commencé à injecter des drogues vers la fin de l'adolescence. Dans neuf villes, l'héroïne était la drogue la plus communément injectée, alors qu'à Toronto, Santos et Rio de Janeiro, c'était la cocaïne. Pres

du quart des usagers partagent le matériel d'injection une fois par semaine ou tous les jours. Plusieurs d'entre eux essaient de nettoyer le matériel, mais ils ne savent pas s'y prendre. La majorité des usagers ont une vie sexuelle active souvent non protégée. Même si les caractéristiques démographiques et les habitudes de consommation étaient similaires, l'incidence du VIH semble être proportionnelle à la pénétration du virus chez les usagers et à la vitesse et l'ampleur de la mise en œuvre des mesures de prévention contre le VIH.

De l'avis des chercheurs, les résultats de l'étude, ainsi que des rapports plus récents de professionnels de première ligne, montrent la vulnérabilité de plusieurs pays à l'égard de la diffusion rapide du VIH chez les usagers de drogues injectées.

On estime qu'il y a cinq millions d'usagers de drogues injectées dans 80 pays, selon Alex Wodak, du programme d'alcoolisme et de toxicomanie du St. Vincent's Hospital en Australie.

D'après M. Wodak, le taux de mortalité est en hausse chez les usagers de drogues injectées : 35 p. 100 d'augmentation au

Royaume-Uni au cours de la dernière décennie, avec un taux tout aussi alarmant en Suisse. «Cette hausse ne s'explique pas seulement par le sida, mais par d'autres facteurs encore inconnus», peut-être un mélange de VIH, d'hépatites B et C, de tuberculose et d'autres maladies communes chez les usagers de drogues injectées.

La hausse de la fréquence d'injection de drogues menace également le reste de la population, d'après les chercheurs.

«Nous vivons vraiment dans le village global», affirme M. Ball.

## Drogue testée sur-le-champ aux raves

PAR INGRID LEVINE

Aux Pays-Bas, un groupe se consacre à vérifier la qualité de l'XTC, un dérivé des amphétamines spécialement apprécié des jeunes participants aux fêtes «rave».

«Lorsque ces jeunes viennent nous voir, ils ont déjà décidé de prendre cette drogue. Nous la testons et leur en donnons la composition exacte. Comme cela, ils savent ce qu'ils vont absorber», explique August DeLoor, qui dirige un bureau d'orientation sur les toxicomanes à Amsterdam.

Lors d'une entrevue avec COPE, une publication du Centre européen de surveillance des drogues et de la toxicomanie, M. DeLoor a expliqué que les jeunes pouvaient vérifier leurs comprimés d'XTC sur place, pendant la fête. Les intervenants du programme testent la drogue au moyen d'un instrument de mesure électronique, ou en grattant de la poudre sur le comprimé qu'ils mélangent à de l'acide. «Si la poudre devient bleue, nous savons que c'est de l'XTC. Sinon, nous répondons au jeune que nous ne savons pas de quoi il s'agit».

M. DeLoor a lancé *Safe-House* en 1988 afin d'empêcher ces jeunes de s'aigrir des ennuis. Il estime avoir atteint 1,2 million d'entre eux.

Les fêtes «house» ou «rave», qui durent toute la nuit, comportent des spectacles au laser et une musique trépidante (120 à 160 battements à la minute). L'XTC est apprécié des participants, qui disent que cette drogue leur donne de l'énergie et des hallucinations modérées.

Le nom chimique de l'XTC est MDMA. Ses effets à court terme sont notamment la bouche sèche, les pupilles dilatées, la hausse de la pression sanguine, l'accélération des battements du cœur et la nausée, d'après la revue COPE. Une étude récente de l'*American College of Neuropsychopharmacology* suggère que l'usage à long terme de cette drogue risque d'endommager le système nerveux. Des scientifiques du Maryland ont étudié 30 usagers qui prenaient entre 0,8 et 1,7 gramme d'XTC pendant trois à cinq ans. Comparativement aux 26 sujets de contrôle, presque tous les usagers ont subi une diminution de la capacité naturelle des neurones du cerveau qui produisent la sérotonine.

Pour éviter les problèmes de santé, les travailleurs de *Safe-*

*House* parlent aux organisateurs de la fête afin de s'assurer qu'une équipe de premiers soins soit présente, que les surveillants sachent quoi faire en cas de réaction adverse à la drogue, et que des boissons gazeuses soient en vente à un prix modique afin d'empêcher la déshydratation. Enfin, M. DeLoor souligne que la feuille de renseignements concernant l'XTC mentionne le fait qu'on peut s'amuser sans prendre de drogues.

Les intervenants réduisent aussi l'incidence des relations sexuelles non protégées. Ils installent un distributeur de condoms près des toilettes. En outre, les jeunes qui vont à la table de tests reçoivent aussi un condom.

Les membres de *Safe-House* préparent également des prospectus portant des messages sur les pratiques sexuelles sûres, des tatouages lavables et d'autres produits pouvant intéresser les jeunes.



Vérification : Un «raveur» fait tester la pureté de son XTC à Amsterdam. Le programme «Safe-House» de la municipalité assure les premiers soins sur les lieux de toutes les fêtes raves.

## Cible : buveurs invétérés

PAR INGRID LEVINE

Après avoir participé à un programme de réduction des méfaits, des étudiants de première année à l'Université de Washington, connus comme des buveurs à risque élevé, ont réduit leur consommation d'alcool et les problèmes connexes.

Le programme offre aux étudiants la chance de «passer d'une consommation forte à modérée», soutient Alan Marlatt, professeur de psychologie à l'Université de Washington. «Une des conséquences éventuelles peut être de cesser complètement sa consommation. Mettre les individus dans la bonne direction est toutefois l'aspect le plus intéressant du concept de la réduction des méfaits».

Le Dr Marlatt et son équipe ont cerné les buveurs à risque élevé parmi 4 000 étudiants de première année, évalués en 1990. De ce nombre, 174 ont accepté de recevoir le traitement qui impliquait «rétroaction et conseils». Plus, 171 autres buveurs à risque élevé ont été assignés de façon aléatoire à un groupe témoin qui participait à l'évaluation mais pas au traitement.

Les étudiants du groupe de traitement ont assisté à des séances individuelles de thérapie motivationnelle dirigées par des étudiants diplômés. «Une sorte de counseling d'égal à égal»,

explique le Dr Marlatt. Les étudiants diplômés posaient des questions ouvertes, reformulaient les réponses, et tentaient d'obtenir des énoncés de «motivation personnelle». Les conseillers ont, en outre, parlé des risques associés à l'ébriété comme l'alcool au volant, les pratiques sexuelles non protégées et le mélange de l'alcool avec les drogues.

On proposait aux étudiants qui n'ont pas répondu à «l'intervention brève» des solutions de rechange comme une thérapie comportementale plus intensive ou un groupe de soutien. Si le problème s'avérait plus grave, les étudiants étaient dirigés vers un traitement en clinique externe ou en établissement.

À la séance de suivi d'un an et de deux ans, les étudiants du

groupe de traitement présentaient une réduction importante de la fréquence et de la quantité moyenne d'alcool bu (p. <0,008). De même, les problèmes liés à l'alcool étaient moins fréquents au sein de ce groupe (p. <0,008).

Selon le Dr Marlatt, la consommation d'alcool des universitaires décroît habituellement avec leur niveau d'instruction. Il faut jusqu'à quatre ans d'université pour modifier une habitude de consommation. «C'est comme si ce programme accélérât le processus normal de maturation».

Des ingénieurs de l'Université d'Édimbourg adoptent une autre approche, celle-ci plus inhabituelle. Ils ont en effet évalué l'usage de verres fabriqués en verre trempé comme moyen de réduire les risques de blessures lors des querelles de bar.

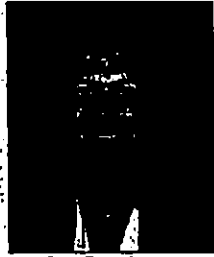
On peut se procurer les manuels des sommaires et de la programmation de la 5<sup>e</sup> conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues auprès du Service de marketing de la ARI. La rédaction des méfaits est une approche qui insiste sur les solutions pragmatiques pour résoudre les problèmes de drogue. Composez le 1-800-661-1111 pour commander. Coût : 10 \$. Le coût total, incluant les frais de maintenance de 10 % et la TPS de 7 %, est de 11,77 \$. Les quantités sont limitées.

# Priorité en premier

PAR JULIA DRANE

La réduction de la violence contre les femmes doit être la première étape des efforts de réduction des méfaits, selon une chercheuse américaine qui prenait la parole lors de la 5<sup>e</sup> conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues.

«Les traitements à la méthadone, l'utilisation des condoms et les programmes d'échange de seringues ne forment que la deuxième étape des stratégies de réduction des méfaits pour les femmes aux prises avec un partenaire violent. La première étape de la réduction des méfaits pour ces femmes est de les abriter de la violence physique», affirme



**Brenda Miller**, directrice adjointe du *Research Institute on Addictions* de Buffalo, New York.

Lors d'une étude menée dans les environs de Buffalo, on a constaté que 90 p. 100 des femmes suivant un traitement contre la toxicomanie avaient souffert de sévices graves de la part de leur conjoint, comparativement à la moitié d'un échantillon formé d'autres femmes de la même collectivité. Ces femmes ont été frappées de coups de pied, passées à tabac, brûlées, étouffantes, forcées à avoir des rapports sexuels ou menacées de mort.

Les femmes en urgence ont également subi d'autres sévices graves de la part de leur conjoint pendant les six mois précédant le sondage. En outre, les deux tiers des membres du groupe avaient été victimes de violence à l'extérieur de leur famille (rapports, vols et vols), comparativement au tiers des membres de l'échantillon.

«Les femmes souffrant de VIH, elles qui craignent des condoms et elles se sentent en sécurité ou dans le cadre de leur travail de prostituées, par exemple, mais elles ont peur de demander à un conjoint abusif d'en porter un. En outre, lorsqu'elles partagent des seringues, elles doivent souvent attendre leur tour, ce qui les expose au risque de se retrouver avec une aiguille infectée par le VIH.

Ces femmes ont besoin, avant toute autre chose, d'être protégées des hommes violents, par exemple en les envoyant dans un foyer qui offre un traitement contre la toxicomanie, selon Mme Miller.

## RAPPORT SPÉCIAL

# La cour dit non à la police de grossesse

PAR RAMONA WALL

L'une des armes les plus «malvenues et cruelles» de la Guerre aux drogues - la «police de grossesse» des États-Unis, commence à s'émousser. D'après Loren Siegel, directrice de l'éducation publique de l'*American Civil Liberties Union*.

Alors qu'elle prenait la parole lors de la 5<sup>e</sup> conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, Mme Siegel a soutenu que les organismes de police et de soins de santé se sont concertés pendant les années 1980 afin de mettre des femmes en prison sous prétexte qu'elles auraient «livré» des drogues à leur fœtus.

«Heureusement, le petit nombre de ces femmes qui ont pu combattre ces accusations ont toutes gagné. Dans chaque décision rendue, les juges des tribunaux n'ont pas accepté de dépasser le sens clair des lois pénales et ont rejeté les accusations», a-t-elle expliqué.

Malheureusement, d'autres femmes qui n'ont pas pu se défendre sont maintenant en prison. Certaines, arrêtées

quelques heures après l'accouchement seulement, ont été attachées à leur lit d'hôpital par des fers et des menottes. Même celles qui ont eu gain de cause ont dû subir des années de luites judiciaires et d'examen du public.

Ces procès étaient fondés sur les lois concernant le trafic de drogues et l'enfance en danger, explique Mme Siegel, mais en fait, il s'agissait de punir ces femmes pour avoir été des consommatrices de drogues.

«On met en péril l'autonomie personnelle et les droits à la vie privée de toutes les femmes; on transforme les établissements médicaux et leur personnel en indicateurs de la police, et les juges en médecins non agréés...»

Dans l'un des cas les plus connus, en Floride, une femme a été reconnue coupable de trafic de drogues pour avoir «livré» des drogues à son bébé par le cordon ombilical quelques instants après la naissance. Condamnée à une année d'arrêt à domicile et à 14 années de probation étroitement surveillée, il lui était interdit de posséder des substances con-



Loren Siegel : les cibles sont les femmes pauvres et noires.

trôlées, de se lier à d'autres personnes qui en possédaient ou d'entrer dans un bar sans l'autorisation de son agent de probation. Si elle devenait enceinte pendant les 14 années de la probation, elle devait suivre un programme de soins de grossesse approuvé par le tribunal.

D'après Mme Siegel, certains juges ont la naïveté de croire que la prison est un environnement sain, libre de drogues, offrant de bons soins prénatals; certains procureurs pensent que de traîner ces femmes devant les tri-

bunaux les dégoûtera de la drogue. Mais en fait, d'après elle, les professionnels de la santé craignent que la menace d'emprisonnement décourage ces femmes de se confier à leur médecin et d'avoir recours au système de soins de santé.

Une étude menée en Floride montre que seulement 26 p. 100 des toxicomanes enceintes sont noires, alors que 90 p. 100 des procès intentés par l'état pour consommation de drogues pendant la grossesse l'ont été contre des femmes noires.

## «Contraventions» proposées pour possession simple de cannabis

# Les saisies = réduction des méfaits

PAR SHEKRU HAIGH

Au Canada, les organismes d'application des lois n'en sont certes pas arrivés à «enfoncer des portes» pour arrêter les consommateurs de drogues, mais elles accordent tout de même une grande importance à la réduction de l'approvisionnement et estiment que la législation des drogues est inacceptable.

D'après Terry Ryan, directeur de la lutte contre les drogues à la Gendarmerie royale du Canada (GRC), qui s'adressait aux délégués lors de la 5<sup>e</sup> conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, la législation de drogues telles que la marijuana, loin de diminuer les dommages à la société, ne ferait en fait que les augmenter.

«Je n'ai encore entendu personne à ce congrès dire que la marijuana n'est pas mauvaise pour la santé. Pour moi, la législation n'est pas une mesure de réduction des méfaits.»

Selon M. Ryan, la GRC intervient auprès des jeunes, des écoles et de la collectivité afin d'informer les gens au sujet des drogues, mais ces efforts d'éducation et de prévention ne donneront rien sans une bonne stratégie de réduction de l'approvisionnement.

La réduction de l'approvisionnement continuera à être un élément important des efforts de la GRC pour réduire les méfaits causés par l'usage de drogues. Il ne fait aucun doute que les saisies de drogues, telles que celle de 3,4 tonnes récemment en Nouvelle-Écosse, sont effi-

caces, d'après M. Ryan.

Il ajoute que ce coup de filet est un exemple de réduction des méfaits, car en limitant l'approvisionnement de drogues on diminue les frais de soins de santé et la violence familiale tout en améliorant la qualité de la vie.

La GRC se concentre surtout sur le trafic, l'importation et la revente de drogues. Selon les affirmations de M. Ryan, elle ne s'intéresse pas particulièrement à la possession simple de la marijuana.

Au Canada, les organismes d'application des lois ne font aucun effort concret pour viser les possesseurs de marijuana. «Cela ne se fait plus», a-t-il ajouté.

Alors même qu'il souligne l'action de la GRC à l'encontre des trafiquants, M. Ryan n'est pas

d'accord avec M. Kingston, qui pense que des contraventions similaires à celles de la circulation pourraient être émise en cas de possession simple de la marijuana.

«On parle beaucoup d'émettre des contraventions. Pour l'instant, je ne pense pas que ce soit possible au Canada, je ne vois pas de raisons pour ce type de mesure», a répliqué M. Ryan.

Il ajoute que les juges ont également le loisir d'accorder des décharges pour la possession de marijuana.

M. Ryan estime que ces données justifient le besoin de réduire l'approvisionnement, mais il admet qu'il faut également changer la façon d'aborder les problèmes de drogues.

«Tout le monde sait qu'il y a un problème. La police ne peut le résoudre seule, pas plus que les organismes d'éducation, de prévention et de traitement. C'est tous ensemble que nous le résolvons.»

M. Kingston a exprimé des opinions similaires, mais il estime aussi que les juges manifestent déjà leur désir de voir des modifications apportées aux lois.

«Pas besoin d'être un génie pour se rendre compte que les tribunaux font clairement savoir aux organismes de police et à la population qu'il faut changer la manière de traiter les cas de possession simple», a-t-il dit.

Il estime lui aussi que la législation de la marijuana ne résoudrait rien. Toutefois, il est allé plus loin que M. Ryan en disant que le Code pénal n'est pas la solution aux cas de possession.

«Il faudrait peut-être considérer l'émission de contraventions imposant des amendes établies d'avance, comme les contraventions provinciales.» M. Kingston ajoute que la police serait disposée à collaborer avec le corps médical afin de trouver des solutions de rechange à l'emprisonnement pour les consommateurs de drogues.

## Voici votre cerveau informé

Les Colégiens ont été réduits de moitié, la psychologie en Ontario. Les jeunes ont peur de la condition d'être consommateurs de drogues, affirme Bruce Alexander. Lors de la 5<sup>e</sup> conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, celui-ci a mené une étude sur un groupe d'étudiants en arts de l'Université de la Colombie-Britannique à l'égard de l'usage de drogues et de la consommation de drogues. Ces résultats ont été publiés deux fois, avant et après la conférence sur les questions sociales portant sur la consommation de drogues.

On a demandé aux étudiants s'ils étaient ou non d'accord avec certaines affirmations sur un moyen d'une échelle de 1 à 5, où 1 signifiait totalement d'accord et 5, totalement d'accord.

Les étudiants ont donné des réponses très différentes avant et après le cours. En effet, après avoir examiné des documents scientifiques sur la consommation de cocaïne, ils étaient beaucoup moins portés à être d'accord avec l'affirmation que «l'usage occasionnel de la cocaïne entraîne

des dommages à long terme à l'organisme», et beaucoup plus favorables à l'idée que «le trafic de drogues est une mauvaise chose à faire».

«Aux États-Unis et au Canada, une majorité de consommateurs de drogues sont des personnes qui ont été informées par les médias et les politiques de réduction des méfaits portant sur les soins de santé au lieu du contrôle de l'approvisionnement», selon M. Alexander.

RILEY, Diane (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues. Politique et pratiques. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II* (129-150). Gaëtan Morin.

## La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques<sup>1</sup>

Diane RILEY

*L'auteure présente la politique dite de « réduction des méfaits », démarche pragmatique visant à réduire au minimum les répercussions nocives – au point de vue sanitaire, social et économique – de la consommation de drogues sur l'individu, la communauté et la société, à court et à long terme. Après une mise en situation conceptuelle et historique de la réduction des méfaits, l'auteure en décrit les deux applications les plus notoires, soit celles d'Amsterdam (Hollande) et de Merseyside (Angleterre). Elle aborde ensuite les obstacles qui contrecarrent ou limitent l'adoption d'une politique de réduction des méfaits, notamment au Canada. En conclusion, elle montre les mérites et les limites de cette politique.*

La réduction des méfaits<sup>2</sup> est une politique sociale relativement récente, qui porte sur l'usage des drogues. Elle suscite, depuis quelques années, de plus en plus d'intérêt, notamment en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, comme voie de solution au problème que pose le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), chez les usagers de drogues par injection. Le présent chapitre brosse un tableau de la nature et des origines de cette politique et explore quelques applications. Même si la réduction des méfaits peut s'étendre à l'ensemble des drogues, y compris l'alcool, elle a surtout été appliquée aux usagers de drogues par injection, en raison de la gravité des dommages causés par cette

1 Traduit de l'anglais par Pierre Couture; révisé par Richard Garlick, du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), et par Pierre Brisson.

2 N.D.L.R. – Nous avons accepté la traduction, déjà répandue dans certains organismes canadiens, de « réduction des méfaits » pour l'anglais *harm reduction*, conscients toutefois de la connotation du terme français « méfait ». Des termes tels que « torts », « préjudices », « dommages » sont par ailleurs utilisés dans d'autres chapitres du présent ouvrage. On rencontre depuis quelque temps,

*chez des auteurs anglophones francophones, l'appellation « réduction des risques »*

pratique au cours des dernières années<sup>3</sup>. Nous accorderons donc une très grande attention à la réduction des méfaits qui découlent de l'usage de drogues par voie intraveineuse (UDI) et aborderons les obstacles que rencontre l'adoption de mesures de réduction des méfaits ainsi que les limites de cette politique.

### L'ORIGINE ET LA NATURE DE LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

La réduction des méfaits a pour priorité d'atténuer les répercussions négatives de l'usage des drogues. Cette optique contraste avec l'abstinence, comportement préconisé en Amérique du Nord et axé surtout sur la diminution de la prévalence de l'usage des drogues. Vue sous l'angle de la réduction des méfaits, une stratégie axée sur la diminution de la prévalence de l'usage peut déboucher sur une augmentation des problèmes qui y sont reliés. Autrement dit, les deux optiques mettent l'accent sur des aspects différents. La politique de réduction des méfaits vise à atténuer les problèmes accompagnant l'usage des drogues et, à cet égard, estime que l'abstinence n'est pas une option réaliste et un objectif réalisable pour tout le monde, surtout à court terme. Cela ne veut pas dire que la réduction des méfaits et l'abstinence soient des méthodes antagonistes, mais plutôt que l'abstinence n'est pas le seul objectif acceptable ou ayant une grande portée. La réduction des méfaits suppose une hiérarchisation des objectifs: des objectifs plus réalistes, à court terme, devant mener à un usage plus sécuritaire et, éventuellement, à l'abstinence, si les circonstances s'y prêtent. Plutôt qu'une approche morale, c'est une approche fondée avant tout sur le pragmatisme.

La stratégie de réduction des méfaits s'est imposée surtout au cours de la dernière décennie, en raison de l'épidémie grandissante du sida, l'usage des drogues étant un des facteurs de risque les plus fréquemment associés au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), jugé responsable du sida. Dans certaines régions, l'UDI est le mode d'administration le plus répandu et, de façon générale, il représente maintenant le principal facteur de risque d'infection par le VIH. À titre d'exemple, aux États-Unis, plus de 20% des cas de sida signalés sont directement reliés à l'utilisation de seringues alors qu'en Europe cette proportion s'élève à près de 30%. Il arrive que, dans certaines régions européennes, l'UDI soit responsable de 60% des cas de sida. Plus important encore est le taux de propagation du VIH parmi les usagers de drogues par injection. À Barcelone, Édimbourg, Milan et New York, par exemple, l'infection atteint entre 50% et 60% des usagers. À Bangkok, en 1987, à peine 3% des usagers étaient infectés; deux ans plus tard, au début de 1989, le taux dépassait 40%.

Dans tous les pays, l'infection par le VIH touche non seulement les toxicomanes, mais aussi leurs partenaires sexuels. Plusieurs études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni ont montré que l'UDI est responsable de 60% à 100% des cas d'infection par le VIH chez les hétérosexuels, et qu'au moins 40% des usagers de drogues par injection entretenaient des contacts avec des non-utilisateurs (Centers for disease control, 1987; Evans et coll., 1988; Drucker, 1986). En raison de la propagation du VIH par contacts sexuels avec des usagers de drogues par injection et étant donné qu'environ le tiers des utilisateurs de seringues sont des femmes, il s'ensuit une propagation verticale du VIH chez les nouveau-nés (Drucker, 1986; Brettle et coll., 1986). La possibilité de transmission de la maladie chez les non-utilisateurs de seringues se trouve aussi accrue par le phénomène de la prostitution. En effet, les toxicomanes ont parfois recours à la prostitution pour couvrir les frais de drogues et il arrive très souvent que ces mêmes personnes se servent régulièrement ou occasionnellement de seringues. De surcroît, les usagers de drogues par injection sont une source potentielle de propagation périnatale du sida; au-delà de 50% des cas d'infection par le VIH chez les nouveau-nés, aux États-Unis, sont liés à ce type d'usage par l'un ou l'autre des parents.

Somme toute, le sida a déclenché l'intérêt que suscite la réduction des méfaits. Avant l'épidémie généralisée du sida, le taux de mortalité chez les toxicomanes était relativement peu élevé en raison de périodes d'abstinence et d'une récupération naturelle (Brettle, 1991; Wille, 1983). Durant les années 1980, on a observé chez les toxicomanes une augmentation rapide des cas de mortalité, qu'ils soient liés ou non au sida (Galli et coll., 1988; Stroneburner et coll., 1989). La propagation d'une nouvelle forme de tuberculose résistante aux médicaments prend aussi de l'ampleur chez les toxicomanes et chez d'autres personnes vivant dans un contexte de surpopulation. Cette forme de la maladie pose un problème particulier dans les pays en voie de développement et, parce qu'elle se propage dans l'air, elle ne répond pas aux règles de protection des droits de la personne, établies dans le cas de la propagation par le VIH. Brettle (1991: 25) a émis le commentaire suivant:

L'augmentation de la mortalité chez les toxicomanes est l'un des principaux éléments à l'appui du concept de réduction des méfaits et la raison pour laquelle on ne doit plus se fier au rétablissement spontané des consommateurs de drogues.

Si cette constatation reflète la principale raison qui milite en faveur d'une politique de réduction des méfaits, il y en a d'autres. La réduction des méfaits a retenu l'attention en Amérique du Nord, non seulement en raison de la propagation du sida, mais également en raison des effets de la prohibition des drogues. Les crimes violents, la guerre des gangs, l'encombrement des prisons et la corruption des corps policiers sont autant de phénomènes liés à la prohibition. Ces manifestations ont atteint de nos jours une ampleur telle que les décideurs, les intervenants et les citoyens s'interrogent de plus en plus sur les solutions de rechange qui pourraient être apportées à la politique prohibi-

<sup>3</sup> Nous invitons le lecteur à consulter *The International Journal on Drug Policy et The Reduction of Harm, Related Issues* (CNRS et coll., 1992) pour en savoir davantage sur l'application de l'approche

D'aucuns prétendent que les lois et les efforts consacrés à promouvoir l'abstinence n'ont pas apporté les résultats escomptés et que les méfaits qui découlent de ces mesures dépassent de beaucoup les torts causés par les drogues elles-mêmes (Erickson, 1992; Nadelmann, 1992; O'Hare, 1992). L'approche de réduction des méfaits cherche à déterminer, à mesurer et à réduire au minimum les effets négatifs de l'usage des drogues, à plusieurs niveaux de la société. Dans le contexte de la réduction des méfaits, le mot «risque» représente la probabilité des comportements associés à l'usage qui sont susceptibles d'entraîner des répercussions (Newcombe, 1992). Les mots «méfaits» et «avantages» désignent le caractère négatif ou positif des répercussions. Dans la plupart des cas, les conséquences qui en découlent peuvent être qualifiées de bénéfiques, de neutres ou de dommageables. En ce qui a trait aux répercussions, elles sont de trois ordres: sanitaire (physique et psychologique), social et économique. Ces conséquences se manifestent d'ordinaire à trois niveaux: individuel, communautaire (famille, amis, collègues et autres) et sociétal (structures et fonctions de la société). Sur le plan de la durée, les effets se font sentir à court ou à long terme<sup>4</sup>. Étant donné la diversité des points de vue sur le sujet, tant sur le plan moral que sur le plan politique, il est clair que certaines des répercussions qu'entraîne l'usage des drogues sont très controversées et que la tentative de leur accoler une étiquette positive ou négative pourra être jugée, par plusieurs, comme un exercice purement subjectif. Néanmoins, l'approche de réduction des méfaits peut servir à mieux définir le processus d'évaluation des politiques et programmes sur les drogues et à déterminer les méfaits auxquels il faudra, éventuellement, s'attaquer.

### Le contexte historique d'émergence

L'approche de réduction des méfaits a éveillé un intérêt d'abord au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et aux États-Unis. La localité de Merseyside a été au centre de cette nouvelle politique parce que, là comme ailleurs au Royaume-Uni, l'usage des drogues, particulièrement la consommation d'héroïne, atteignait, au début des années 1980, des proportions épidémiques. Le personnel clinique, les pharmaciens et le corps policier de Merseyside ont travaillé conjointement à l'élaboration du «modèle Mersey de réduction des méfaits», une approche globale, fondée sur la prescription de drogues, l'approvisionnement en seringues propres et le recours à des avertissements de la part des policiers, plutôt que sur la criminalisation des usagers (O'Hare, 1992).

Au début des années 1980, la ville d'Amsterdam a convenu que, l'usage des drogues étant un désordre récurrent, la réduction des méfaits apporterait des solutions médicales et sociales et favoriserait la réadaptation naturelle des usagers tout en évitant certaines des répercussions les plus dommageables

liées à l'UDI (Buning, 1990). Le programme d'échange de seringues, dans cette ville, a débuté en 1984, une initiative que le Syndicat des *junkies* a été le premier organisme à promouvoir et à mettre en place (Buning et coll., 1986; 1988). Amsterdam a donc adopté une attitude pragmatique et non moralisatrice à l'égard de l'usage des drogues, qui a donné lieu à l'implantation d'un système qui présente une gamme étendue de programmes axés sur la réduction des méfaits.

Même si cette approche n'a pas encore atteint une grande ampleur en Amérique du Nord, il n'en reste pas moins que les États-Unis sont déjà engagés dans une stratégie très importante de réduction des méfaits. Les programmes de stabilisation par la méthadone, au début des années 1960, ont constitué une des premières tentatives pour réduire les méfaits sociaux accompagnant l'usage de certaines drogues, notamment en abaissant l'incidence de la criminalité chez ces usagers et en favorisant leur réinsertion sur le marché du travail (Brettle, 1991). À cette époque, l'amélioration de la santé physique des consommateurs ou la protection de leurs droits n'étaient pas jugées prioritaires. La propagation du sida chez les usagers de narcotiques est venue modifier les critères d'admissibilité et d'évaluation des programmes de méthadone, outre qu'elle a fait ressortir la nécessité de modifier ces programmes de façon à atténuer les méfaits sur les individus et la société (Springer, 1990).

Plusieurs pays et organisations ont adopté les principes et les mesures de la réduction des méfaits. À titre d'exemple, le British Advisory Council on the Misuse of Drugs (AMCD) a décidé, en raison de l'ampleur de la propagation du VIH chez les adeptes de l'UDI, de réviser sa politique et de s'engager sur la voie de la réduction des méfaits:

[...] nous n'avons aucune hésitation à conclure que la propagation du VIH présente un danger beaucoup plus grand pour la santé publique que l'usage abusif de drogues. Donc, nous nous proposons d'accorder la priorité à la mise en place de nouveaux services et aux interventions qui visent à prévenir, par tous les moyens, les comportements à risque de propagation du VIH. (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 1988: alinéa 2.1)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a exprimé un point de vue analogue en soulignant que les politiques fondées sur la réduction de l'usage des drogues ne devraient pas mettre en péril les mesures destinées à prévenir la propagation du sida (World Health Organization - WHO, 1986).

### LES MISES EN PRATIQUE DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

#### L'exemple d'Amsterdam

Amsterdam est perçue, dans bien des milieux, comme l'une des «capitales de la drogue» en Europe, en raison de l'usage et du trafic qui y sont répandus;

<sup>4</sup> Pour un exposé plus détaillé du cadre conceptuel de la réduction des méfaits, voir Newcombe

mentionnons que, compte tenu de la petite taille de sa population (700 000 habitants), cette ville se trouve aux prises avec un problème aigu d'héroïne. En vertu des lois néerlandaises, les drogues dites « fortes » et « douces » continuent d'être illégales, mais l'application de la loi a un caractère pragmatique; on s'entend généralement pour reconnaître que, dans une économie ouverte, les drogues ne peuvent pas toutes être bannies (Wijngaart, 1991). La loi néerlandaise sur l'opium fait une distinction entre les drogues qui présentent des risques inacceptables et celles qui en présentent de moins grands. Dans la pratique, cela revient à dire que les drogues douces (produits du cannabis) peuvent être achetées et consommées dans les cafés<sup>5</sup>. Les efforts des corps policiers portent surtout sur le trafic à grande échelle des drogues fortes, telles l'héroïne et la cocaïne. Les usagers sont traités de façon plutôt libérale de sorte qu'ils n'ont aucune raison de se réfugier dans l'anonymat. L'approche est fondée sur la conviction que la condamnation morale des groupés à risque mène inévitablement à leur isolement et ne débouche sur aucun effet positif et que, d'autre part, la majorité des consommateurs de drogues est disposée et apte à changer de comportement si les conditions s'y prêtent. S'il est vrai que ces mesures s'adressent avant tout aux usagers de drogues, elles peuvent aussi être bénéfiques à l'ensemble de la population en ce qu'elles permettent de réduire la propagation du VIH entre les usagers de drogues par injection et les personnes avec lesquelles ils entrent en contact.

À Amsterdam, l'application de la politique de réduction des méfaits parmi les usagers de drogues se fait très simplement: on prend d'abord contact avec le plus grand nombre d'usagers possible et on leur communique de l'information sur des pratiques sexuelles et une utilisation des drogues plus sécuritaires. Pour s'assurer que les changements d'attitude vont se refléter sur les comportements des usagers, on leur distribue gratuitement (ou à très faible coût) des condoms et des seringues propres, directement ou à proximité des lieux où ils se rassemblent. On offre des traitements gratuits (sans longue liste d'attente) à ceux et celles qui veulent cesser de consommer. Quant aux consommateurs qui ne désirent plus s'injecter des drogues ou qui tout au moins veulent diminuer cette pratique mais ne sont pas en mesure de se défaire par eux-mêmes de leur dépendance, ils peuvent s'inscrire à une cure d'entretien à la méthadone.

Les « travailleurs de rue » visitent fréquemment les lieux publics où se rassemblent les usagers et, en plus de leur fournir de l'information sur les drogues, ils servent de point de contact pour ceux et celles qui veulent se prévaloir des programmes de méthadone et d'échange de seringues. De plus, les médecins du Service municipal de santé visitent les postes de police deux fois par jour pour établir le contact avec les consommateurs en état d'arrestation. Non seulement ils leur dispensent les premiers soins, mais ils les renseignent sur les services de soutien et, à l'occasion, leur administrent de la méthadone. La plupart des usagers ont facilement accès à l'unité mobile du programme de méthadone à faible dose, connue familièrement sous le nom d'« autobus de la méthadone ». Les autobus empruntent un trajet connu à travers la ville d'Amsterdam, avec des arrêts aux divers endroits de rassemblement des adeptes de la drogue. Les usagers de narcotiques peuvent y recevoir une dose liquide de méthadone, à la condition d'y avoir été dirigés par un médecin du Service municipal de santé. Pour pouvoir participer au programme, ces personnes doivent consulter un médecin au moins une fois tous les trois mois, s'inscrire au fichier central du programme de méthadone et accepter de ne pas emporter de doses à la maison. Elles ne sont pas obligées de rencontrer un conseiller et ne sont pas soumises à des tests d'urine. En plus de distribuer des condoms et de procéder à l'échange de seringues, le personnel des autobus dispense des renseignements sur le sida.

Les consommateurs qui veulent cesser les injections sont adressés à une clinique externe de méthadone. Ces cliniques leur font subir des tests d'urine deux fois par semaine; elles dispensent des services médicaux et psychosociaux. Les clients peuvent aussi y trouver de l'aide pour résoudre leurs problèmes financiers et de logement et pour obtenir des conseils juridiques. Les cliniques leur prescrivent, s'il y a lieu, des doses d'entretien à la méthadone, puisque cette substance est un moyen plus efficace que l'héroïne de stabiliser la consommation tout en réduisant le risque de propagation du VIH et des autres infections attribuées aux seringues. Une fois l'état du client stabilisé, son médecin généraliste prend la relève pour la prescription de méthadone. À Amsterdam, environ la moitié des médecins généralistes prescrivent de la méthadone et ils sont assistés dans leur travail par les médecins rattachés aux cliniques. À la suite de toutes ces mesures, on estime qu'entre 50 % et 70 % des usagers de drogues d'Amsterdam entretiennent des contacts avec un ou plusieurs de ces services.

L'approche mise de l'avant par les autorités des Pays-Bas présente plusieurs avantages. Elle permet de maintenir le contact avec la majorité des toxicomanes et de maximiser ainsi les occasions de leur venir en aide et de réduire les méfaits. Les ressources qui auraient servi à détecter et à mettre en accusation les usagers de marijuana sont affectées plutôt à la lutte contre les gros trafiquants et les personnes qui se livrent à des activités de blanchiment de l'argent (Buning, 1990; Wijngaart, 1991). Les usagers de drogues n'étant pas traités comme des criminels, ils ne sont pas obligés de se réfugier dans

5 Les changements apportés aux lois néerlandaises n'ont pas donné lieu à une augmentation de la consommation du cannabis (Wijngaart, 1991). Un sondage réalisé en milieu scolaire, en 1985, à l'échelle du pays, parmi des jeunes âgés de 10 à 18 ans, a révélé que 4,2% d'entre eux avaient déjà consommé de la marijuana. De ce nombre, 1,9% ont indiqué qu'ils continuaient à utiliser cette substance de façon sporadique (Wijngaart, 1991). Les adolescents consomment de moins en moins de hachisch et de marijuana. Un sondage (rapporté par Wijngaart, 1991) indique que 12% des élèves du secondaire, au Pays-Bas, ont consommé de la marijuana au moins une fois dans leur vie, ce qui est nettement inférieur aux 59% de jeunes du même âge, aux États-Unis (Johnston et coll., 1987). L'utilisation courante (fréquence mensuelle) au sein de la même population est inférieure à celle que l'on trouve aux États-Unis: 5,4% contre 29%, respectivement (Wijngaart, 1991).

l'anonymat de sorte qu'il devient possible de les contacter pour leur offrir des services qui réduisent les effets dommageables de l'usage des drogues et de la propagation d'infections. À la suite de l'application de ces mesures, le partage de seringues et d'aiguilles a diminué, l'âge moyen des usagers de drogues par injection a augmenté et le nombre d'individus séropositifs, à Amsterdam, est demeuré stationnaire, et ce depuis 1985 (Buning, 1990; Buning et coll., 1988; Hartgers et coll., 1989).

## L'exemple de Merseyside

La Regional Health Authority est responsable de dix districts dans le Nord-Ouest de l'Angleterre, dont cinq sont situés dans le comté de Merseyside; c'est dans cette région qu'a cours l'expérience dont il sera question. Merseyside compte une population de 1,5 million d'habitants et le taux de chômage est estimé à environ 15% (un taux qui atteint 70% dans certains quartiers de Liverpool, la plus grande ville de la région).

Le *Misuse of Drugs Act* (MOD) est la principale loi qui régit l'usage des drogues au Royaume-Uni. L'opium est, de fait, la seule drogue dont l'usage soit prohibé par la loi. Les règlements de la loi (MOD) prévoient des exemptions aux dispositions prohibitionnistes pour des fins médicales et scientifiques, telles que la prescription et l'administration de drogues par les médecins et la fourniture de ces substances par les pharmaciens.

Trois facteurs importants ont mené à l'établissement du modèle Mersey de réduction des méfaits (O'Hare, 1992). Le premier facteur portait sur la politique prônée par la Drug Dependency Clinic, dont le fonctionnement s'inspirait de l'ancien système britannique. La principale ville de Merseyside, Liverpool, ne disposait pas d'une clinique de traitement des toxicomanes jusqu'au milieu des années 1980. Auparavant, la ville ne comptait que sur quelques psychiatres pour le traitement en clinique externe et, contrairement à d'autres régions du pays, l'ancien système britannique y avait toujours ses racines. Ce système a vu le jour durant les années 1920, à la suite des recommandations du Comité Rolleston, un groupe de médecins éminents qui s'est penché sur le traitement des toxicomanes en Angleterre. L'une des principales conclusions du comité était qu'il valait mieux, dans certains cas, fournir des doses d'entretien afin que le patient puisse mener une vie utile. Encore de nos jours, à Merseyside, on prescrit pour administration à domicile des doses injectables de narcotiques.

Un deuxième facteur qui a contribué à l'émergence du modèle Mersey est le lancement, en 1986, par le Mersey Regional Drug Training and Information Center de l'un des premiers programmes d'échange de seringues implanté au Royaume-Uni, pour permettre aux toxicomanes de la région d'obtenir du matériel d'injection stérile. Le troisième facteur repose sur la coopération des corps policiers locaux, qui ont pris l'engagement de ne pas exercer de

surveillance sur les activités de ces services et qui ont accepté de leur adresser les consommateurs mis en état d'arrestation.

À Merseyside, les services de réduction des méfaits procèdent à l'échange de seringues, fournissent des conseils, prescrivent des drogues – y compris de l'héroïne – en plus d'offrir des services d'emploi et de logement. Tout comme aux Pays-Bas, on tient compte des droits des consommateurs et de la communauté et non seulement des droits de l'ensemble de la société. Une des raisons pour lesquelles l'approche de Merseyside s'est révélée aussi efficace est qu'on y offre toute une gamme de services d'aide mettant à contribution plusieurs organismes du milieu. Les services aux usagers de drogues sont intégrés, ce qui en rend l'accès plus facile lorsqu'on a besoin d'y recourir. De plus, les corps policiers appuient le programme et participent à sa planification.

La Police de Merseyside est considérée comme étant à l'avant-garde dans l'élaboration d'une stratégie de réduction des méfaits fondée sur la coopération avec la Regional Health Authority. Cette stratégie vise à rehausser la qualité des mesures de prévention et de traitement des toxicomanes, notamment en ce qui a trait à la propagation du VIH parmi les usagers de drogues par injection (Merseyside Police Force, 1990). Le corps policier a des représentants au sein des comités consultatifs sur les drogues de la Regional Health Authority et il utilise les services de cette dernière pour la formation de ses membres relativement à l'usage des drogues et au risque d'infection par le VIH. Les policiers ont aussi accordé leur appui à la Health Authority en acceptant de ne pas exercer de surveillance sur les consommateurs, en adressant ceux qui sont arrêtés aux autorités sanitaires, en n'intentant pas de poursuites à l'endroit des détenteurs de seringues «échangées» et, enfin, en accordant publiquement leur appui au programme d'échange de seringues.

L'un des aspects les plus importants de la stratégie de la Police de Merseyside est la concentration de ses efforts sur l'arrestation des trafiquants, ce qui n'empêche pas une attitude plus circonspecte à l'endroit des usagers. Cette pratique est maintenant suivie dans une certaine mesure par les corps policiers de Grande-Bretagne et a d'ailleurs fait l'objet d'une recommandation de la part de l'*attorney general* du Royaume-Uni. Selon ce dernier, elle est particulièrement souhaitable pour certains types d'infractions, notamment les cas de possession de drogues. Dans ce dernier cas, on se contente d'arrêter l'usager et de l'amener au poste, puis, après avoir confisqué la drogue, on enregistre le fait en avertissant officiellement le contrevenant que, s'il récidive, il sera traduit devant les tribunaux. L'individu arrêté doit aussi satisfaire à certaines conditions telles que celles de n'avoir été trouvé coupable d'aucune offense semblable auparavant et de ne pas avoir un casier judiciaire chargé. On lui donne également des renseignements sur les traitements offerts dans la région et sur le service d'échange de seringues. Le premier avertissement n'entraîne pas pour l'usager l'ouverture d'un casier judiciaire. Toutefois, à la deuxième et à la troisième infraction, il est traduit devant les tribunaux où il reçoit une amende, dans le cas de possession de petites quantités de drogue,

et une sentence lorsque les quantités sont plus importantes. Si un consommateur est inscrit auprès d'un service reconnu, il peut légalement posséder des drogues pour usage personnel. Cette politique a pour effets d'amener l'usager à s'éloigner du crime et à éviter une éventuelle peine d'emprisonnement (Newcombe, 1989).

La Merseyside District Health Authority a mis au point l'une des stratégies de réduction des méfaits les plus complètes au monde, qui repose sur des lignes directrices régionales mises de l'avant par le Conseil consultatif sur l'usage non approprié des drogues (Advisory Council on the Misuse of Drugs - ACMD, 1988; 1989) et dont voici les grands points:

- La propagation du VIH est une menace beaucoup plus grande pour la santé publique que l'usage des drogues et on doit accorder la priorité aux services destinés à réduire au minimum les comportements liés au VIH.
- Les services de santé doivent accroître leurs contacts avec les personnes qui continuent à faire usage de drogues et les aider à changer leurs comportements et à adopter des pratiques moins risquées, fondées sur la hiérarchie des buts prônée par l'ACMD (stopper le partage du matériel d'injection; consommer des drogues par voie orale plutôt que par voie intraveineuse; réduire la quantité de drogues consommées; pratiquer l'abstinence des drogues).
- On doit aussi promouvoir des changements dans l'attitude des professionnels et de la population à l'égard des drogues afin de multiplier les contacts avec les usagers et de changer leurs comportements.
- Les services de santé doivent mettre à l'essai de nouvelles approches pour atteindre ces buts et en surveiller l'efficacité.

Les lignes directrices soulignent que la prescription de drogues constitue un excellent moyen d'amener les usagers à se prévaloir des services et, ainsi, à modifier leurs comportements en accord avec les buts intermédiaires de réduction des méfaits. Chaque district de Merseyside est doté de son propre service d'ordonnance, dirigé par un psychiatre et appuyé par une équipe multidisciplinaire. Les conditions de traitement varient selon les services, mais, en règle générale, les clients doivent être adressés par leur médecin généraliste, s'inscrire au programme, se soumettre à des tests d'urine et à un examen préliminaire, et se présenter à intervalles réguliers à l'agence qui a accepté de conseiller et d'appuyer l'individu dans sa démarche. Les ordonnances sont habituellement remplies par la pharmacie du voisinage, de une à trois fois par semaine, selon la nature de la prescription et selon le client. Certaines agences n'offrent que des services de désintoxication et de la méthadone, tandis que d'autres dispensent un traitement de soutien et quelques-unes, de l'héroïne et une gamme variée d'autres drogues.

Les services de prévention du VIH de Merseyside distribuent des seringues et des aiguilles échangeables, des condoms gratuits et donnent des conseils sur les habitudes sexuelles plus sécuritaires et l'usage des drogues.

Plusieurs de ces organismes de prévention fournissent d'autres services comprenant des tests anonymes pour le VIH et mettent des professionnels de la santé à la disposition des personnes qui pratiquent l'UDI. Ces organismes adoptent une attitude amicale à l'endroit des clients: ils posent un minimum de questions sur l'identité de la personne, ont un horaire très flexible et des périodes d'attente très courtes et ils évitent de porter des jugements. Un des meilleurs moyens de maintenir le contact avec les consommateurs consiste à se rapprocher d'eux.

Par suite d'une recommandation de l'ACMD (1988, 1989), les pharmacies de Merseyside sont aussi en mesure de fournir du matériel d'injection et jouent un rôle de premier plan dans l'application du modèle. Certains pharmaciens préparent la prescription sous forme de cigarettes, en injectant des doses d'héroïne et de méthadone dans des cigarettes ordinaires ou composées d'herbes. Ou bien les doses se présentent en ampoules, en liquide ou en aérosols (Palombella, 1990).

Selon les données disponibles sur l'infection par le VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables à Merseyside, la stratégie de prévention s'avère efficace. Les statistiques officielles montrent qu'il y a eu diminution des crimes liés aux drogues dans plusieurs villes de la région, pendant que la moyenne nationale ne cessait d'augmenter. On estime généralement que la baisse du taux de criminalité et de l'infection par le VIH est liée aux diverses mesures adoptées pour faire face aux problèmes des drogues dans ce milieu, en conséquence de quoi le modèle Mersey de réduction des méfaits retient maintenant l'attention à travers le monde en tant que modèle théorique de services d'aide axés sur la réduction des méfaits (O'Hare, 1992).

## LES OBSTACLES À UNE APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

L'application d'une politique de réduction des méfaits rencontre plusieurs obstacles dans de nombreux pays, y compris le Canada. L'idéalisme est un des principaux écueils à l'adoption de politiques non prohibitionnistes. Se prononcer en faveur de la réduction des méfaits, c'est accepter que certains dommages sont inévitables. Au contraire, une approche comme celle de la «tolérance zéro», en vogue aux États-Unis, écarte par définition toute forme de compromis (Hawks, 1992). Le Canada, tout comme les États-Unis, est l'héritier d'une morale abstentionniste, qui fait de l'abstinence le seul moyen acceptable de traiter ceux qui abusent des drogues licites, et la seule façon «normale» de considérer l'usage de drogues illicites. Toutefois, en Amérique du Nord, la mentalité guerrière vis-à-vis des drogues est venue ajouter d'autres barrières; autrement dit, toute forme d'aide à l'endroit des usagers de drogues est perçue comme une forme d'encouragement à la consommation. Cette mentalité est plutôt celle des États-Unis que du Canada où elle est tout de même présente. Ainsi, en 1991, des conseillers municipaux de la ville de Toronto se sont opposés à la mise sur pied d'un programme d'échange de

seringues parce qu'ils croyaient que ce programme serait perçu par la population comme une incitation à la consommation de drogues. Si le pragmatisme et le réalisme qui sous-tendent l'approche de réduction des méfaits rendent invraisemblable l'élimination totale des problèmes liés aux drogues, il n'y a toutefois rien dans cette approche qui s'oppose à l'élimination des méfaits; en ce sens, idéalisme et pragmatisme ne sont pas nécessairement en contradiction.

L'incapacité, pour la société, d'accepter que l'usage des drogues puisse représenter une forme légitime de risque constitue un autre obstacle de taille. Même si la société tolère, sinon encourage, certaines formes de risques susceptibles de causer des torts plus grands (la course automobile, l'alpinisme, le saut *bungee*, etc.), elle continue de percevoir la réduction des méfaits liés à l'usage des drogues comme une mauvaise mesure, presque diabolique.

La facilité plus ou moins grande d'application des diverses approches constitue une autre barrière. La réduction de l'offre est la plus facile à appliquer et, dans le climat politique actuel, elle rallie plus d'appuis que la réduction des méfaits. Même si nous étions en mesure de modifier le climat politique au Canada, nous serions confrontés au fait immuable de la géographie. Nous partageons une longue frontière avec nos voisins américains et, tant et aussi longtemps que les États-Unis n'apporteront pas de modifications en profondeur à leurs politiques et que nous serons soumis à leur influence, aussi bien qu'à celle d'autres pays, nous serons limités dans notre capacité de réduire les méfaits liés aux drogues, plus particulièrement ceux qui découlent de l'application des politiques actuelles sur les drogues.

La religion ou les croyances nous ont inculqué qu'il faut punir les personnes qui enfreignent les règles de la moralité; cette attitude ne facilite pas l'application d'une politique de réduction des méfaits. Ainsi, pour plusieurs, le sida et les autres problèmes reliés aux drogues sont-ils négligeables (tant et aussi longtemps que ces problèmes ne les affectent pas directement).

Autre obstacle: la méfiance croissante de la population envers le paternalisme et les mesures de contrôle gouvernementales (Hawks, 1992). La population rejette de plus en plus l'intervention de l'État sur sa santé, s'attendant à ce qu'on lui dispense de l'information, sans plus. Ce type d'objection à l'interventionnisme de l'État nuit aux efforts de réduction des méfaits, comme en font foi, ces dernières années, l'élimination des barrières tarifaires sur l'alcool au sein de la Communauté économique européenne (CEE) et l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT). En conséquence, les efforts de réduction sont déclassés premièrement par rapport aux priorités d'ordre économique et secondement par rapport aux questions sociales et environnementales.

Les lois antidrogues ou certaines dispositions concernant l'attirail de consommation (*paraphernalia*) peuvent aussi nuire à la réduction des méfaits. Dans certains cas, il s'agit de représentations plutôt que d'obstacles réels. À Toronto, par exemple, le caractère illégal des seringues est invoqué

pour prohiber l'établissement de programmes d'échange, même si les seringues en question sont permises lorsque utilisées dans un contexte de soin. Il faut bien dire que la loi est plutôt obscure en ce domaine et, si l'on veut se gagner l'appui des corps policiers et des décideurs, il faudra nécessairement en clarifier les dispositions. C'est le cas notamment des dispositions entourant la possession de matériel résiduel, par exemple les seringues souillées, qui, dans le passé, a donné lieu à des arrestations. Modifier les lois pour permettre explicitement les programmes d'échange de seringues faciliterait l'institution de cliniques d'échange, partout au Canada (Riley, 1989). Dans plusieurs situations, les obstacles légaux sont évidents: en dépit de nos revendications en faveur d'une stratégie de réduction des méfaits, nous devons admettre que la principale voie d'intervention face aux problèmes de drogues reste toujours la criminalisation. Ainsi, au niveau du gouvernement fédéral, le pourcentage des individus incarcérés pour des infractions liées aux drogues est passé de 9% à 14%, entre 1986 et 1990 (Erickson, 1992). Malgré une diminution croissante de l'usage des drogues au Canada, le nombre d'accusations portées par la Gendarmerie royale est resté inchangé. D'autre part, il y a eu une augmentation sensible de certaines catégories d'accusations, notamment à l'égard des trafiquants de petites quantités de marijuana. Bref, malgré une diminution de l'usage, entre 1986 et 1990, le taux de criminalité imputable aux drogues a augmenté et un très grand nombre de personnes arrêtées ont reçu des sentences d'emprisonnement. Pour surmonter ces obstacles à l'établissement d'une politique de réduction des méfaits, nous devons changer les lois sur l'usage des drogues ou la façon de les appliquer, ou les deux à la fois.

Le manque d'information concernant la nature et les effets des politiques sur les drogues constitue un autre obstacle. Ainsi, le peu d'information dont disposent les citoyens sur la relation entre l'injection de drogues et le sida est une des raisons qui rendent difficile la mise sur pied d'un programme d'échange de seringues. Une fois que le public est informé de la possibilité de réduire, de façon importante, la propagation du sida, il est habituellement mieux disposé à l'endroit des mesures d'échange de seringues (quoique rarement à proximité de chez lui).

L'insuffisance de services d'aide aux usagers et de mesures appropriées dans de nombreux pays empêche la réalisation de progrès en matière de réduction des méfaits. Cela est particulièrement vrai en milieu carcéral. D'ici à ce que l'on puisse établir des services plus « ouverts » et accessibles, il sera difficile d'appliquer une stratégie de réduction des méfaits et nous persisterons dans notre attitude d'hypocrisie à l'endroit des usagers de drogues. Pour en arriver à maximiser nos contacts avec les toxicomanes, il ne faut pas se préoccuper uniquement de ceux et celles qui veulent cesser de consommer. D'ailleurs, les statistiques indiquent que 5% à 10% seulement des toxicomanes sont prêts à se soumettre à un programme qui prône l'abstinence. Somme toute, il faut trouver les moyens de rejoindre les 90% restants.

En ce qui concerne les drogues sous ordonnance, il est malheureux que seuls quelques pays puissent se prévaloir des diverses options mises de l'avant à Merseyside. La plupart des pays se sont contentés de dire « non » à l'obtention de drogues sur ordonnance, mais, en raison de la gravité de l'épidémie du sida, il semble que plusieurs acceptent actuellement de réévaluer leur position.

Parmi les autres obstacles à la réduction des méfaits, mentionnons: la peur d'être identifiés, qui empêche nombre d'usagers de drogues par injection de s'inscrire aux programmes d'échange de seringues; les usagers qui se sentent incapables de contacter les services d'aide ou d'échange; et le fait que plusieurs usagers et non usagers soient incapables de s'engager dans des pratiques sexuelles et des moyens de consommation plus sûrs.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'approche de réduction des méfaits repose sur l'éducation et la réadaptation plutôt que sur la criminalisation et la punition. À cet égard, il est heureux que le Canada ne se soit pas joint à la « guerre à la drogue » que mènent avec acharnement nos voisins américains. Notre pays a toujours privilégié et privilégié encore une politique de réduction de la demande et, bien que nous cherchions aussi à limiter l'approvisionnement, cette forme d'intervention n'est pas la plus importante. Le lancement par le Canada de la stratégie canadienne antidrogue reflète bien cette volonté. Cette stratégie vise à réduire les méfaits liés à toutes les drogues et non seulement aux drogues illicites. En plus, elle reconnaît l'ampleur des problèmes engendrés par les drogues au sein de la population. Compte tenu de cette politique, nous nous trouvons dans une situation favorable à l'application d'une approche axée sur la réduction des méfaits plutôt que d'une approche de type antiprohibitionniste. La mise en application intégrale de cette approche exigera toutefois une analyse en profondeur des lois canadiennes en matière de drogues et de leur mode d'application, qui font obstruction à une application complète de la réduction des méfaits.

Les données dont nous disposons démontrent clairement que les programmes de réduction des méfaits peuvent atténuer plusieurs conséquences dommageables reliées à l'usage des drogues, y compris le sida et les autres infections. Nous possédons d'ores et déjà assez de renseignements à l'appui d'une telle politique, ne serait-ce qu'en ce qui a trait aux usagers de drogues par injection<sup>6</sup>.

En cherchant à réduire les méfaits, il nous faut examiner les dommages qui découlent des politiques sur les drogues autant que de l'utilisation même

des drogues. Ainsi, la propagation du sida est venue confirmer les limites d'une approche traditionnelle de la santé publique et des politiques traditionnelles sur les drogues. Il importe donc, dans le cadre d'une politique de réduction des méfaits, de procéder à une analyse coûts-avantages des politiques sur les drogues, analyse jugée superflue dans une croisade comme celle qui est menée en Amérique du Nord, les coûts ne représentant pas, en soi, un empêchement à la poursuite de la cause que l'on défend (Nadelmann, 1992). Notre objectif devrait donc être de réduire au minimum les retombées négatives des politiques visant le contrôle des drogues. Il va sans dire que toute analyse de la réduction des méfaits devra tenir compte des règles d'éthique propres à chaque option. Étant donné que les effets dommageables des drogues varient selon les quantités absorbées et les modes d'utilisation, il ne nous apparaît pas que l'accès libre au marché, pas plus que la commercialisation ou la prohibition, puissent réduire les méfaits causés par les drogues. Si l'approche de réduction des méfaits suppose l'adoption de solutions de rechange à la prohibition et à la criminalisation, elle n'implique pas nécessairement la légalisation des drogues.

La réduction des méfaits pose des problèmes aigus, et il est préférable de débattre de ces questions ouvertement plutôt que de les ignorer, comme cela a été trop souvent le cas dans le passé. Les programmes d'échange de seringues représentent, il est vrai, un moyen de diminuer les risques inhérents à l'usage des drogues, mais cette mesure ne saurait suffire à elle seule à réduire de façon sensible les méfaits à divers niveaux et à plus long terme. Pour y arriver, il faudra mettre sur pied des programmes intégrés de réduction des méfaits, qui correspondent aux réalités culturelles des citoyens: la réduction des méfaits doit faire appel à plusieurs types d'interventions, non à un seul. Les données sur la corrélation entre le sida et l'usage des drogues montrent clairement la nécessité d'un plan à long terme. La réduction des risques est un processus social qui ne peut être imposé par les autorités responsables de la santé publique et qui, pour être vraiment efficace, doit s'appuyer sur plusieurs moyens, capables d'engendrer des changements de comportement à long terme.

Même si cette approche peut être efficace pour diminuer les retombées négatives de l'usage des drogues, elle n'en comporte pas moins plusieurs limites, dont il faut tenir compte:

- Les mesures de réduction des méfaits qui ne sont pas accompagnées d'activités d'information sur la santé ne semblent pas susciter des changements comportementaux. À titre d'exemple, l'accès très large, en Italie, aux seringues et à l'eau stérilisées n'a pas réussi à prévenir la propagation de l'hépatite B et du virus VIH. Des données en provenance d'Amsterdam sur des programmes de méthadone laissent croire, à divers degrés, que ce n'est pas uniquement la méthadone qui apporte une protection, mais bien le programme dans son ensemble, y compris les séances de counselling. À

6 N.D.L.R. - La version originale du texte comportait une revue exhaustive des données sur l'impact de la réduction des méfaits, notamment aux chapitres de l'échange de seringues, de l'entretien à la méthadone et des programmes d'éducation et d'intervention communautaires. Faute d'espace, nous n'avons malheureusement pas pu publier cette portion du chapitre: nous renvoyons le lecteur intéressé par une telle revue aux articles et publications de Diane Riley.

New York, par ailleurs, il a été démontré que les séances de counselling n'apportent pas, à elles seules, les changements désirés.

- La mise au point et la promotion des stratégies de réduction des méfaits doivent aussi tenir compte du problème de drogue particulier à chaque collectivité, de même que des caractéristiques ethniques, socio-économiques et légales du milieu, sans quoi elles risquent de n'avoir que des résultats mitigés. Ainsi, les programmes d'entretien à la méthadone ne s'appliquent pas aux problèmes qui se rattachent aux stimulants, pour lesquels d'autres mesures sont plus efficaces: accès à un matériel d'injection propre ou fourniture de stimulants non injectables.
- Il est également nécessaire de concevoir de nouvelles interventions qui rejoindront tous les secteurs de la population aux prises avec des problèmes de drogues. À l'heure actuelle, les programmes d'échange d'aiguilles rejoignent plus difficilement les jeunes et les femmes adeptes de l'UDI que les hommes plus âgés. De plus, ces programmes ne sont pas très efficaces pour la réduction des comportements à risque, là où il existe des restrictions légales.
- La réduction des méfaits chez les personnes qui consomment des drogues par injection ne peut prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle et, dans plusieurs villes à travers le monde, le taux de croissance du sida chez les hétérosexuels a égalé, sinon dépassé, le taux de sida attribuable à l'UDI.
- À l'heure actuelle, l'approche de réduction des méfaits a surtout été appliquée dans les pays industrialisés. Pour être vraiment efficace à l'échelle mondiale, elle doit être également diffusée dans les pays en voie de développement, quel que soit leur niveau de vie.

On demande souvent la signification donnée au mot « méfait » dans cette approche. Qui décide que tel méfait devrait avoir priorité sur tel autre? Quels sont les moyens envisageables, sur les plans scientifique, politique et moral, pour réduire tel ou tel méfait, et quels sont leurs avantages? Par exemple, la prescription de drogues injectables implique que l'utilisateur disposera d'un matériel stérile d'injection, ce qui aura pour effet de réduire le risque de contamination par le VIH. Cette mesure évitera à l'usager de commettre un délit pour s'approvisionner. Mais comme des recherches laissent par ailleurs entendre que la prescription de drogues injectables pourrait prolonger l'habitude, il faudra déterminer la solution qui convient et voir à qui elle profitera.

Il existe autant de mesures d'application de cette approche qu'il existe de méfaits, mais ce qui représente un avantage pour une personne peut devenir un inconvénient pour une autre. Il serait trop facile de choisir les méfaits à réduire en fonction des torts causés à la société et sans tenir compte de la personne et de la collectivité dans laquelle elle vit. Plusieurs sont d'avis, par exemple, qu'incarcérer un usager de drogues représente, en soi, une forme de réduction des méfaits. Il nous faut donc clarifier la nature du concept de

réduction des méfaits pour prévenir des interprétations aussi arbitraires. En même temps, nous devons prendre garde que la réduction des méfaits ne soit pas esclave d'une mentalité fondée sur la tempérance (pourquoi la réduction des méfaits et pas l'augmentation des avantages!). En agissant ainsi, il faut veiller à ce que les méfaits pouvant être réduits en valent véritablement la peine, et éviter de se demander s'ils sont politiquement ou « moralement » convenables, comme c'est trop souvent le cas. En définitive, la réduction des méfaits vise avant tout la qualité et l'intégrité de la vie humaine dans ce qu'elle comporte de beauté et de complexité. Elle ne cherche pas à peindre les enjeux en blanc ou en noir, mais à les refléter dans leur réalité, à travers les diverses teintes de gris. C'est une approche qui tient compte de la progression de l'usage, de la diversité des drogues et des besoins des personnes. Dans un tel contexte, il ne saurait y avoir de réponses définitives ou de solutions magiques. La réduction des méfaits se fonde sur le pragmatisme, la tolérance et la diversité: elle est à la fois le produit et le reflet de notre humanité.

## RÉFÉRENCES

- ADVISORY COUNCIL ON THE MISUSE OF DRUGS (1988, 1989). *AIDS and Drug Misuse, Parts 1 & 2*. Londres: HMSO.
- ARSHINOFF, R., COATES, R.A., RANKIN, J.G., MILLSON, M.E., LAMOTHE, F., BRUNEAU, J. et coll. (1990). Needle Sharing Behaviours in Treatment Injection Drug Users (IDUs) in Two Canadian Cities. IV International Conference on AIDS. San Francisco, juin, abstract SC554.
- BALL, J.C., LANGE, W.R., MYERS, C.P., FRIEDMAN, S.R. (1988). The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment in Reducing IV Drug Use and Needle Sharing among Heroin Addicts at Risk for AIDS. IV International Conference on AIDS. Stockholm, juin, abstract 8503.
- BARDSLEY, J., TURVEY, J., BLATHERWICK, J. (1990). Vancouver's Needle Exchange Program. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 39-45.
- BERRIDGE, V. (1992). Harm Reduction: An Historical Perspective. Third International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Melbourne, mars.
- BLATHERWICK, J. (1989). How to "Sell" a Needle Exchange Program. *Canadian Journal of Public Health*, 80 (Suppl.1), S26-S27.
- BLIX, O., GRONBLADH, L. (1988). AIDS and IV Heroin Addicts: The Preventive Effect of Methadone Maintenance in Sweden. IV International Conference on AIDS. Stockholm, juin, abstract 8548.
- BRETTLE, R.P. (1991). HIV and Harm Reduction for Injection Drug Users. *AIDS*, 5, 125-136.
- BRETTLE, R.P., NELLES, B. (1988). Special Problems of Injecting Drug Misusers. *British Medical Bulletin*, 44, 149-160.
- BRETTLE, R.P., DAVIDSON, I., DAVIDSON, S.J. et coll. (1986). HTLV-III Antibodies in an Edinburgh Clinic. *Lancet*, i, 1099.
- BUNING, E. (1990). The Role of Harm Reduction Programmes in Curbing the Spread of HIV by Drug Injectors. In J. Strang et G.V. Stimson (dir.): *AIDS and Drug Misuse* (p. 153-161). Londres: Routledge.

- BUNING, E.C., BRUSSEL, G.H. VAN, SANTEN, G. VAN (1988). Amsterdam's Drug Policy and its Implications for Controlling Needle Sharing. In *Needle Sharing among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives* (p. 59-74). NIDA Research Monograph 80. Rockville, Md: National Institute of Drug Abuse.
- BUNING, E.C., COUTINHO, R.A., VAN VRUSSEL, G.H.H. et coll. (1986). Preventing AIDS in Drug Addicts in Amsterdam. *Lancet*, i, 1435.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1987). Antibody to HIV in Female Prostitutes. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 36, 157-161.
- CHAISSON, R.E., BACCETTI, P., OSMOND, D. et coll. (1990). Control of HIV Infection in Injecting Drug Users in San Francisco. In J. Strang and G.V. Stimson (dir.): *AIDS and Drug Misuse* (p. 77-85). Londres: Routledge.
- COATES, R.A., MILLSON, M.E., MYERS, T. et coll. (1991). The Benefits of HIV Antibody Testing of Saliva in Field Research. *Canadian Journal of Public Health*, 82, 397-398.
- DESIARLAIS, D.C., FRIEDMAN, S.R. (1988). HIV and Intravenous Drug Use. *AIDS*, S65-S69.
- DOLE, V.P. (1989). Methadone Treatment and the AIDS Epidemic. *Journal of the American Medical Association*, 262, 1681-1682.
- DOLE, V.P., NYSWANDER, M. (1967). Heroin Addiction - A Metabolic Disease. *Archives of Internal Medicine*, 120, 19-24.
- DOLE, V.P., NYSWANDER, M. (1985). A Medical Treatment for Diacetylmorphine (heroin) Addiction. *Journal of the American Medical Association*, 193, 646-650.
- DOLE, V.P., NYSWANDER, M., WARNER, A. (1968). Successful Treatment of 750 Criminal Addicts. *Journal of the American Medical Association*, 206, 2708-2711.
- DONOGHUE, M., STIMSON, G.V., DOLAN, K., ALLDRITT, L. (1989). Changes in HIV Risk Behaviour in Clients of Syringe Exchange Schemes in England and Scotland. *AIDS*, 3, 267-272.
- DRUCKER, E. (1986). AIDS and Addiction in New York City. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12, 165-181.
- DRUCKER, E. (1991). Drug Policy and Human Rights. *The International Journal of Drug Policy*, 2, 8-9.
- ERICKSON, P. (1992). Political Pharmacology: Thinking about Drugs. *Daedalus*, été, 239-267.
- EVANS, B.A., MCCORMACK, S.M., BOND, R.A. et coll. (1988). Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus Infection and Sexual Behaviour of Women Attending a Genito-urinary Medicine Clinic. *British Medical Journal*, 296, 473-475.
- FAZEY, C.S.J. (1992). Heroin Addiction, Crime and Treatment. In P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning et E. Drucker (dir.): *The Reduction of Drug-related Harm* (p. 154-161). New York: Routledge.
- FRIEDMAN, S.R., STERK, C., SUFIAN, M. et coll. (1990). Reaching out to Injecting Drug Users. In J. Strang et G.V. Stimpson (dir.): *AIDS and Drug Misuse* (p. 174-185). Londres: Routledge.
- GALLI, M., CARITO, M., CRACCI, V. et coll. (1988). Cause of Death in IV Drug Abusers - A Retrospective Survey of 4883 Subjects. IV International Conference on AIDS. Stockholm, juin, abstract 4520.
- GOSSOP, M. (1978). Review of the Evidence for Methadone Maintenance as a Treatment for Narcotic Addiction. *Lancet*, i, 812-815.
- GUYDISH, I., CLARK, G., GARCIA, D. et coll. (1991). Evaluating Needle Exchange: Do Distributed Needles Come Back? *American Journal of Public Health*, 81, 5, 617-619.
- HAASTRECHT, H.J.A. VAN, HOEK, J.A.R. VAN DEN, COUTINHO, R.A. (1989). No Trend in Early HIV Seroprevalence Rates among IVDU in Amsterdam: 1986-1988. V International Conference on AIDS. Montréal, juin, abstract, TAP36.
- HANKINS, C., LAI-TUNG, M.T., GENDRON, S. et coll. (1991). Evaluation of Cactus-Montreal's Fixed-Site Needle Exchange for Injection Drug Users. VII International Conference on AIDS. Florence, juin, abstract WC3324.
- HART, G.J., CARVELL, A.L.M., WOODWARD, N. et coll. (1989). Evaluation of Needle Exchanges in Central London: Behaviour Change and Anti-HIV Status Over 1 Year. *AIDS*, 3, 261-265.
- HARTGERS, C., BUNING, E.C., SANTEN, G. et coll. (1989). The Impact of the Needle and Syringe-Exchange Programme in Amsterdam on Injecting Risk Behaviour. *AIDS*, 3, 571-576.
- HARTGERS, C., HOEK, J.A.R. VAN DEN, KRIJNEN, P. et coll. (1991). Changes Over Time in Heroin and Cocaine Use among Injecting Drug Users in Amsterdam, the Netherlands. *British Journal of Addiction*, 86, 1091-1097.
- HAWKS, D. (1992). Impediments to the Adoption of Harm Reduction Policies. Third International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Melbourne, mars.
- HOEK, A. VAN, HAASTRECHT, H.J.A. VAN, COUTINHO, R.A. (1989). Risk Reduction among Intravenous Drug Users in Amsterdam under the Influence of AIDS. *American Journal of Public Health*, 79, 1355-1357.
- HOPKINS, W. (1988). Needle Sharing and Street Behaviour in Response to AIDS in New York City. In *Needle Sharing among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives* (p. 18-27). NIDA Research Monograph 80. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
- HUBBARD, R.L., MARSDEN, M.E., CAVANAUGH, E.R. et coll. (1988). Role of Drug Abuse Treatment in Limiting the Spread of AIDS. *Review of Infectious Diseases*, 10, 377-383.
- JOHNSTON, L.D., O'MALLEY, P.M., BACHMAN, J.G. (1987). *National Trends in Drug Use and Related Factors among American High School Students and Young Adults, 1975-1986*. National Institute on Drug Abuse, Rockville, Md.: US Department of Health and Human Services.
- KROLICZAK, A., MYERS, M.M., NEMETH-COSLETT, T. et coll. (1990). Needle Cleaning Methods Reported by Intravenous Drug Users Who Are Not in Drug Treatment. VI International Conference on AIDS. San Francisco, juin, abstract SC743.
- LAWRENCE, D.W., ATKINSON, W., RISI, G., LAURO, A. (1989). Needle Sharing Practices among Intravenous Drug Users in a State Allowing the Purchase of Injecting Equipment. V International Conference on AIDS, Montréal, juin, abstract TAP33.
- LOIMER, N., WERNER, E., PRESSLICH, O. (1991). Sharing Spoons: A Risk Factor for HIV-1 Infection in Vienna. *British Journal of Addiction*, 86, 775-778.
- LOWE, D., MILECHMAN, B., COTTON, R. et coll. (1990). Maximizing Return Rates and Safe Disposal of Injection Equipment in Australian Needle and Syringe Exchange. VI International Conference on AIDS. San Francisco, juin, abstract SC746.
- MERINO, F., ESPARZA, B., AIZPURI, J. et coll. (1986). Antibodies to AIDS-associated Retrovirus (HTLV-III/LAV) in Drug Addicts from Vizcaya, Northern Spain. *AIDS Research*, 2, 133-140.
- MERSEY REGIONAL HEALTH AUTHORITY (1993). *Drug Use and Drugs/HIV Policy in Mersey*. Liverpool, Angleterre.
- MERSEYSIDE POLICE FORCE (1990). *Responsible Demand Enforcement: A Summary*. Unpublished Report. Liverpool, Angleterre.

- MILLSON, M.E., COATES, R.A., RANKIN, J.G. et coll. (1991). Evaluation of a Programme to Prevent Human Immunodeficiency Virus Transmission in Injection Drug Users in Toronto. Toronto Board of Health. Toronto, septembre.
- MOSS, A.R. (1989). Cocaine Use and HIV Infection in Intravenous Drug Users in San Francisco. *Journal of the American Medical Association*, 261, 561-565.
- NADELMANN, E. (1992). Impasse in Drug Policy: What Are the Options? Third International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Melbourne, mars.
- NEEDLEWORKS COORDINATING COMMITTEE (1992). Needleworks: Prevention of HIV in Injection Drug Users. Edmonton Board of Health. Edmonton, novembre.
- NEWCORBE, R. (1989). Preventing the Spread of HIV Infection among and from Injecting Drug Users in the UK: An Overview with Specific Reference to the Mersey Regional Strategy. *International Journal of Drug Policy*, 1, 20-27.
- NEWCORBE, R. (1992). The Reduction of Drug-related Harm: A Conceptual Framework for Theory, Practice and Research. In P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning et E. Drucker (dir.): *The Reduction of Drug-related Harm* (p. 1-14). New York: Routledge.
- NEWMAN, R.G. (1976). Methadone Maintenance: It Ain't What It Used to Be. *British Journal of Addiction*, 71, 183-186.
- NEWMAN, R.G. (1987). Methadone Treatment. *New England Journal of Medicine*, 317, 447-450.
- NEUMEYER, I.A., FEIDMAN, H.W., BERNACKI, P., WATTERS, J.K. (1989). Preventing AIDS Contagion among Intravenous Drug Users. *Medical Anthropology*, 10, 167-175.
- NOVICK, D.M., JOSEPH, H., CROXSON, T.S. et coll. (1990). Absence of Antibody to HIV in Long Term Socially Rehabilitated Methadone Maintenance Patients. *Archives of Internal Medicine*, 150, 97-99.
- O'HARE, P.A. (1992). Preface: A Note on the Concept of Harm Reduction. In P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning et E. Drucker (dir.): *The Reduction of Drug-related Harm*. New York: Routledge.
- PALOMBELLA, A. (1990). Prescribing of Smokeable Drugs. *The International Journal of Drug Policy*, 1, 31.
- PASCAL, C.B. (1988). Intravenous Drug Abuse and AIDS Transmission. In *Needle Sharing among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives* (p. 119-136). NIDA Research Monograph 80, Rockville, Md.: National Institute of Drug Abuse.
- RILEY, D.M. (1989). On the Legality of Syringe Exchanges in Ontario. Ottawa: CCSA.
- RILEY, D.M. (1992). Drug Use in Prisons: A Harm Reduction Approach. Ottawa: CCSA.
- RILEY, D.M. (1993). *AIDS, Drug Use and Public Health: A Harm Reduction Approach*. Santé Culture Health (sous presse).
- RILEY, D.M., MCCRIMMON, M., SHEYKA, K. (1989). AIDS and Substance Use Education and Prevention: A Community Based Approach. V International Conference on AIDS. Montréal, juin, abstract ThDP85.
- ROBERTSON, I.R. (1990). The Edinburgh Epidemic: A Case Study. In J. Strang et G.V. Stimson (dir.): *AIDS and Drug Misuse* (p. 95-107). Londres: Routledge.
- ROBERTSON, I.R., BUCKNALL, A.B., WIGGINS, P. (1986). Regional Variations in HIV-Antibody Seropositivity in British Intravenous Drug Users. *Lancet*, i, 1435-1436.
- SCHOENBAUM, E.E., HARTEL, D., SELWYN, P.A. et coll. (1989). Low Seroconversion and Change in High Risk Behaviour in Intravenous Drug Users (IVDUs) from 1986-1988 in the Bronx, NYC. V International Conference on AIDS. Montréal, juin, abstract ThDP59.
- SPRINGER, E. (1990). AIDS Prevention with Drug Users Supplanted by the War on Drugs or What Happens When You Don't Use Harm Reduction Models. *The International Journal of Drug Policy*, 2, 18-21.
- STARK, C. (1988a). Cocaine and HIV Seropositivity. *Lancet*, i, 1052.
- STARK, C. (1988b). Cocaine and HIV Seropositivity. *Lancet*, ii, 965.
- STEWART, T. (1987). *The Heroin Users*. Londres: Pandora.
- STIMSON, G.V. (1989). Syringe Exchange Programmes for Injecting Drug Users. *AIDS*, 3, 253-260.
- STIMSON, G.V., ALLDRITT, L., DOLAN, K. et coll. (1988). *Injecting Equipment Exchange Schemes*. Final Report, Monitoring Research Group. Londres: Goldsmiths' College.
- STRANG, J., MARSH, A., DESOUZA, N. (1990). Hair Analysis for Drugs of Abuse. *Lancet*, 335, 740.
- STRONEBURNER, R.L., DESJARLAIS, D.C., BENEZRA, D. et coll. (1989). A Larger Spectrum of Severe HIV-1 Related Disease in Intravenous Drug Users in New York City. *Science*, 242, 916-918.
- TEMPESTA, E., DI GIANNANTONIO, M. (1990). The Italian Epidemic: A case Study. In J. Strang et G.V. Stimson (dir.): *AIDS and Drug Misuse* (p. 108-120). Londres: Routledge.
- TRAPIDO, E.I., MCCOY, C.M., CHITWOOD, D., RESNICK, L. (1990). HIV-1 Cultures from Shooting Gallery Needles and Syringes. VI International Conference on AIDS. San Francisco, juin, abstract ThC592.
- TRUMAN, B., SCHMANN, J.S., BROWN, L. et coll. (1989). HIV Infection among Intravenous Drug Users (IVDU) in NYC. V International Conference on AIDS. Montréal, juin, abstract TAP54.
- VLAHOV, D., MUNOZ, A., COH, S., SOLOMON, L., CHAISSON, R.E., NELSON, K.E. (1990). Seroconversion for HIV-1 in Intravenous Drug Users in Baltimore. VI International Conference on AIDS. San Francisco, juin, abstract FC557.
- WATTERS, J.K., CHENG, Y., SEGAL, M., LORVICK, J., CASE, P., CARLSON, J. (1990). Epidemiology and Prevention of HIV in Intravenous Drug Users in San Francisco. VI International Conference on AIDS. San Francisco, juin, abstract FC106.
- WIJNGAART, G. VAN DE (1991). *Competing Perspectives on Drug Use: The Dutch Experience*. Amsterdam/Lisse: Swets and Zeitlinger.
- WILLE, R. (1983). Processes of Recovery from Heroin Dependence: Relationship to Treatment, Social Change and Drug Use. *Drug Issues*, 13, 333-342.
- WILLIAMS, A., VRANIZAN, K., GORTER, R., BRODIE, B., MEAKIN, R., MOSS, A.R. (1990). Methadone Maintenance, HIV Serostatus and Race in Injection Drug Users (IDUs) in San Francisco, Ca. VI International Conference on AIDS. San Francisco, juin, abstract SC748.
- WODAK, A. (1990). AIDS and Injecting Drug Use in Australia: A Case Control Study in Policy Development and Implementation. In J. Strang et G.V. Stimson (dir.): *AIDS and Drug Misuse* (p. 132-141). Londres: Routledge.
- WODAK, A., DOLAN, K., IMRIE et coll. (1987). HIV Antibodies in Needles and Syringes Used by Intravenous Drug Users. *Medical Journal of Australia*, 147, 275-276.
- WOODS, W.J., ABRAMOWITZ, A., GUYDISH, J. et coll. (1989). Predicting Needle Sharing Behaviour of IVDUs in Treatment. V International Conference on AIDS. Montréal, juin, abstract WDP74.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986). *Consultation on AIDS among Drug Abusers*. Stockholm: World Health Organization Regional Office for Europe.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1989). *The Uses of Methadone in the Treatment and Management of Opioid Dependence* (M. Gossop, M. Grant et A. Wodak (dir.)). Genève: World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1990). *The Content and Structure of Methadone Treatment Programmes: A Study in Six Countries* (M. Gossop et M. Grant (dir.)). Genève: World Health Organization.

YANCOVITZ, S., DESJARLAIS, D.C., PEYSER, N. et coll. (1988). Innovative AIDS Risk Re-education Project: Interim Methadone Clinic. IV International Conference on AIDS. Stockholm, juin, abstract 8547.

**SPRINGER, Edith. *Harm Reduction Model for working with drug users during AIDS epidemic.* UMDNJ, New Jersey University of Health Sciences.**

The Mersey Harm-Reduction Model is a strategy for dealing with drug users. It was developed in the mid 1980's in order to deal with "the harmful consequences of a large and growing population of people who use prohibited drugs." It should be noted that the advent of HIV/AIDS was a factor in the development of this model. While this model may seem controversial to those who regard drug use as a moral issue, to those who see it as a medical and public health issue, this model is a logical and realistic public health strategy to save the lives of an entire generation of drug users who are being wiped out due to the AIDS epidemic.

The model has several principles:

1. Abstinence should not be the only objective of services to drug users because it excludes a large proportion of the people who are committed to long term drug use. This is particularly important when considering the underclass of poor, minority drug users who have been kept on the margins of society by racism, sexism, classism and an economic system which favors the strong and destroys the weak. Drugs are the main coping mechanism of this group of individuals and they are not going to give them up while they remain homeless, ill clad, hungry, abused by violence and sex, uneducated, unprepared vocationally, stigmatized and hopeless. Our country's idea of helping them is to force them off drugs without meeting their basic needs and providing other coping mechanisms. Underlying the Harm Reduction Model is a philosophy which affords the same rights to life, liberty, economic stability, and health care to drug users as non-drug users.
2. Abstinence should be conceptualized as the final goal in a series of harm-reduction objectives, objectives which seek to reduce the harm that drug use causes. These objectives are seen as a "safety net" which protects drug users from the serious harm drug use can cause (particularly when it is criminalized) and enhances the quality of their lives even when they continue using drugs.
3. The most effective way of getting people to minimize the harmful effects of their drug use is to provide user-friendly services which attract them into contact and empower them to change their behavior toward a suitable intermediate objective. User-friendly involves low entry barriers, informal atmosphere, client-appropriate hours of service, agencies located in the community, non-judgemental stances and attitudes on the part of staff and agency, and client driven services which are relevant to the lives of the clients. In many countries, the Needle Exchange Program is used as the "hook" which entices drug users into contact with health and social service providers, as it is a service which is relevant to them as well as a strategy for preventing HIV infection and other blood borne diseases such as Hepatitis B. In the broader sense, other services can serve as the lure into contact, however Needle Exchange has been shown to be a strong and effective way to engage needle drug users into an alliance with service providers.

The approach is multi-disciplinary and involves the cooperation of health providers, police, drug treatment centers, prevention workers and other services whose clients/target populations involve drug users.

As this model is practiced in Mersey, England it involves four areas of services to drug users: treatment, care, control and education. The major attraction point is the syringe exchange scheme, which provides clean injection equipment, receives used equipment, instructs users in proper injection techniques to avoid abscesses, paralysis and loss of limbs, provides assessment, counseling, medical care, HIV Antibody testing, education and other prevention-oriented interventions, risk-reduction equipment (syringes, tourniquets, condoms, etc.), and information and referral. In each society where Harm Reduction is applied, it will be somewhat different, based on the economics, culture, class, laws and other qualities which are unique to that area.

The Harm Reduction model asserts that HIV/AIDS Prevention takes priority over drug use prevention due to the high cost of AIDS to the individual, the community, and the society (both emotionally, economically and socially). However, the services should not be offered under the AIDS title, as this may keep drug users away.

Harm Reduction is based in reality, rather than the wishes of agencies for their clients. In reality, people are using drugs. In reality, people are using needles to inject drugs. Reality demands that people have access to clean injection equipment to meet their needs and the Needle Exchange program in Merseyside provides whatever number of syringes the client requests; the client chooses his/her own return schedule.

Clients commit to returning the used equipment and not sharing it; the Needle Exchange will give them extra sets of equipment for their friends. They will also distribute "Sharps Boxes" to drug dealers and anyone who wishes to take responsibility for the collection of used equipment. In Merseyside, a group of mothers of drug users serve as an auxiliary to the Needle Exchange by publicizing that drug users may come to their homes when the Exchange is closed (usually late at night) to get "Emergency Packs" which contain injection equipment, syringes and needles, and condoms. The staff try to encourage clients to use non-injection routes of administration of drugs (smoking, snorting, etc.), however there is no moral tone to these discussions. In Merseyside, a chemist and the Drug Dependency Clinic have developed heroin, cocaine and methadone cigarettes to try to lure injectors away from the needle.

Outreach is a key strategy used in this model to bring the services to the clients and reach hitherto alienated sections of society. The Needle Exchange in Liverpool has outreach teams and mobile units which operate in the areas which are far from the Exchange and during hours that the Exchange is closed.

A special outreach unit services the needs of those who work in the sex for sale industry and provides comprehensive services other than needle exchange.

As clients work their way through their objectives in their own time frames, they may be referred on to other agencies, including drug treatment programs for methadone maintenance, or clinics which maintain clients on their drugs of choice (clean drugs as opposed to illicit cut drugs). Referrals are made for all kinds of services and networks are created with other service providers. Those who choose abstinence may enter the types of drug treatment program known in the United States which focus on abstinence, generally a drug-free counseling model or a residential therapeutic community.

Evaluation studies show benefits of this model in preventing HIV transmission via needle sharing and sexual behaviors, engaging hitherto unconnected clients into a health care system, and using the health care system's limited funds in a cost efficient way. It is far cheaper to prevent HIV/AIDS than to treat it.

In Liverpool, where the model was developed and first initiated, no drug user has ever had AIDS, nor has a woman, nor has a baby. The HIV seroprevalence rate among needle users in Liverpool is less than 1%. In London it is 10%; in New York it is approximately 60%, in Edinburgh (which chose to follow the American "War on Drugs" style of making injection equipment unavailable as a response to the AIDS epidemic) it is 70%. The proof is, as they say, in the pudding.

What we in New York can learn and extract from this model is the formulation of user-friendly, non-judgemental, relevant services which have as their goal the enhancement of health of the drug users our agencies serve. We can also take the pressure off ourselves to get people off drugs—that is not a helpful stance for other than a drug treatment program or detoxification unit. Other services can be provided without our being completely invested in abstinence for our clients or demanding it of them. Frank and open discussions about clients' drug use will be more helpful than the usual games we play which encourage clients to be dishonest with workers and workers to feel manipulated and incompetent.

For more information: about the Harm-Reduction Model, write to:  
The Mersey Drug Training and Information Centre, 27 Hope Street, Liverpool L1 9BQ, England.  
Telephone (44) 051 709 3511. The International Journal on Drug Policy, located at the same address, is a journal which features articles and studies on Harm Reduction throughout the world. A videotape entitled "Taking Drugs Seriously" by Allan Parry, explains the model in graphic detail.

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT**

**7**

## EXERCICE 2

### CLARIFICATION DES CHOIX ET RESPONSABILITÉS CONCERNANT L'INTERVENTION AUPRES DES UDI

Une prostituée que vous connaissiez depuis trois ans pour l'avoir rencontrée à l'occasion, dans le cadre de votre travail, est trouvée morte dans une piquerie suite à une overdose d'héroïne. Après analyse, il s'avère qu'elle était également séropositive et qu'elle avait, aux dires de son entourage, ouvertement manifesté l'intention d'en finir. De votre point de vue d'intervenant, les déterminants de ce drame sont, par ordre d'importance:

1. **La personne elle-même:** le choix d'un mode de vie à haut risque ou le manque de volonté de s'en sortir mènent à des conséquences néfastes.
2. **L'entourage immédiat (famille, amis, collègues):** le manque d'affection, d'entraide, de solidarité de la part du réseau de proches entraîne ou renforce l'isolement, le repli sur soi et la déchéance.
3. **Les intervenants en sécurité publique:** la surveillance et l'application des mesures de contrôle rendent difficile pour les prostitué(e)s et usagers de drogues illicites l'établissement de relations d'aide et de contextes propices à la réduction des méfaits.
4. **Les intervenant en santé publique:** le manque d'intérêt et d'engagement dans le travail de milieu empêche de rejoindre les personnes en rupture et en détresse avant qu'il ne soit trop tard.
5. **Les autorités politiques:** le manque de volonté de développer des politiques en matière de drogues et de prostitution fondées sur la prévention et la tolérance favorise l'exclusion et l'abandon de certaines catégories de citoyens.
6. **L'opinion publique:** le manque d'ouverture et de compréhension face à des phénomènes comme la toxicomanie et la prostitution renforce les attitudes collectives de rejet et d'indifférence à l'endroit des groupes marginaux en difficulté

## EXERCICE 2

### CLARIFICATION DES ENJEUX MORAUX ET DES CHOIX D'INTERVENTION DANS UNE OPTIQUE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

*Réunissez-vous en équipe et débattrez des deux questions suivantes avant de revenir en plénière*

1. En tant qu'individu, est-ce que votre morale et vos idéaux personnels sont heurtés par une approche de réduction des méfaits? Comme parents ou citoyens, jusqu'où seriez-vous prêts à aller dans une optique de réduction des méfaits?
2. En tant qu'intervenant, êtes-vous disposés à agir dans une perspective de réduction des méfaits? Croyez-vous que les milieux institutionnels et communautaires soient prêts à adopter et diffuser une telle approche? L'intervenant a-t-il une responsabilité sociale de transmettre quand même certaines valeurs, une certaine morale publique?

*Conception de Pierre BRISSON pour:  
Enseignement à distance, Université de Montréal, et  
Centre québécois de coordination sur le sida, MSSS  
1995, 1996*

# **MODULE 2**

## **LA DÉPENDANCE AUX DROGUES ET LE STYLE DE VIE DES UDI**

- \* Comprendre la nature de la dépendance aux drogues et ses implications sur le comportement et le style de vie des UDI. (CONNAISSANCES)
- \* Faire preuve d'ouverture d'esprit vis-à-vis des comportements de dépendance et le style de vie adopté par les UDI. (ATTITUDES)
- \* Entrer en contact et établir une relation d'aide avec les UDI et leur entourage. (HABILETÉS)

## THEME 2.1

# DÉPENDANCE ET SURCONSOMMATION

---

### Activité d'apprentissage 8

**Objectif:** Identifier les sources de la toxicomanie et comprendre le cycle de l'assuétude selon le modèle de Stanton Peele.

**Matériel:** *Élément d'accompagnement 8A*

\* Notes de contenu.

*Élément d'accompagnement 8B*

\* Textes en complément de formation:

PEELE, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Montréal, Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal: 39-54

BRISSON, P. (1987). Les produits psychotropes et leurs usages. *Le phénomène-drogue et les jeunes. Document d'information*. Québec, Gouvernement du Québec: 33-35.

**Déroulement:**

1. L'animateur fait ressortir les principaux éléments à la base de l'établissement des toxicomanies en illustrant la structure et la dynamique du cycle de l'assuétude (élément 8A)
2. Réactions et questions des participants. Échange et expression des divers points de vue.
3. En complément de formation, les participants sont invités à approfondir leurs connaissances sur le sujet par la lecture des textes suggérés (élément 8B).

**Durée:** 20 minutes.

---

### Activité d'apprentissage 9

**Objectif:** Prendre conscience de ses propres dépendances, positives et négatives, en dehors de l'univers des psychotropes.

**Matériel:** *Élément d'accompagnement 9*

\* Exercice *Dépendant, moi?...ça dépend!*

**Déroulement:**

1. Chaque participant est invité à remplir son propre cycle d'assuétude (élément 9), en indiquant: a) deux dépendances ou habitudes personnelles qu'il considère avoir un effet positif ou bénéfique sur son mode de vie; b) deux dépendances ou habitudes

personnelles qu'il considère avoir un effet néfaste sur son mode de vie ou qu'il aimerait changer .

- 2 . Réuni sur la base des équipes de l'avant-midi, chacun présente ses dépendances dite positives et négatives aux autres.
- 3 . L'animateur demande à ceux qui le désirent de partager leurs réponses en grand groupe.
- 4 . L'animateur conclut sur le sens de l'exercice qui vient d'être vécu.

**Durée:**

25 minutes.

## THÈME 2.2

### L'UDI: PROFIL ET MODE DE VIE

---

#### Activité d'apprentissage 10

- Objectif:** Distinguer les différents types de consommateurs et les facteurs de prédisposition à l'assuétude.
- Matériel:** *Élément d'accompagnant 10*  
\* Notes de contenu (acétates).
- Déroulement:**
1. Présentation par l'animateur du continuum de la consommation et des divers types de consommateurs avec les facteurs de prédispositions à l'assuétude (élément 10).
  2. Réactions et questions des participants. Échange et expression des divers points de vue.
- Durée:** 20 minutes.
- 

#### Activité d'apprentissage 11

- Objectif:** Cerner le profil général des personnes UDI et identifier les facteurs de risque à la transmission du VIH chez ceux-ci.
- Matériel:** *Élément d'accompagnant 11A*  
Note de contenu (acétate).  
*Élément d'accompagnant 11B*  
\* Textes en complément de formation:
- ANGULO, R., ESCRIBA, T. (1991). SIDA et toxicomanies intraveineuses: évolution des comportements à haut risque. *Psychotropes*, VI, 1: 61-67.

MASSON, P.A. (1994). *Les stéroïdes anabolisants: état de la question et risque d'infection au VIH chez les utilisateurs*. DSP, RSSS Montérégie.

NOEL, Lina et GAGNON, Hélène (1993). *Le profil des toxicomanes en milieu urbain et semi-urbain et les comportements à risque pour la transmission du VIH*. Québec, Centre de Santé publique de Québec: 35-39.
- Déroulement:**
1. L'animateur divise le groupe en sous-groupes et leur demande de dresser le portrait de l'UDI tel qu'ils le conçoivent.
  2. En plénière, on compare les différentes versions, relevant au passage les aspects véridiques et corrigeant les informations erronées.

3. L'animateur complète l'information par un exposé sur le profil sociodémographique et le mode de vie des UDI ainsi que sur les facteurs de risque à la transmission du VIH au sein de cette clientèle (élément 11A)
4. En complément de formation, les participants sont invités à approfondir leurs connaissances sur le sujet par la lecture des textes suggérés (élément 11B).

**Durée:** 25 minutes.

## THEME 2.3

### ETRE EN CONTACT AVEC L'UDI

---

#### Activité d'apprentissage 12

- Objectif:** Reconnaître ses perceptions et ses préjugés à l'égard des UDI et leur impact.
- Matériel:** *Élément d'accompagnement 12*  
\* Note sur l'exercice: *Le monde de mon tour du monde.* (acétate).
- Déroulement:**
1. L'animateur demande d'abord aux participants de faire ressortir les préjugés les plus courants auxquels ont à faire face les UDI et les inscrit au tableau.
  2. L'animateur distribue ensuite à chacun des participants une étiquette qu'il lui colle dans le dos et dont il ignore la teneur.
  3. L'animateur donne à tous les participants la consigne suivante: «Vous venez de gagner un tour du monde gratuit! La seule condition: vous devez l'effectuer avec deux partenaires que je vous invite maintenant à choisir dans la salle».
  4. L'animateur laisse aux participants dix minutes pour procéder à la sélection des partenaires et les triades ainsi formées prennent connaissance des étiquettes qu'ils portent au dos.
  5. Toujours en triades, chacun des participants raconte son expérience en mettant l'accent sur les émotions et les sentiments vécus (rejet, acceptation, accueil, joie, déception, etc.).
  6. L'animateur amène les participants à prendre conscience de la teneur et de l'impact de nos préjugés sur nos attitudes et actions, sur nos choix et décisions dans la vie et fait le lien avec notre perception des UDI (élément 12).
- Durée:** 45 minutes.
- 

#### Activité d'apprentissage 13

- Objectifs:** Identifier les difficultés dans l'établissement et le maintien d'une relation avec les UDI et les attitudes permettant de favoriser cette relation.

**Matériel:**

**Élément d'accompagnement 13A**

Extrait de document vidéo.

**Élément d'accompagnement 13B**

\* Textes en complément de formation:

COTÉ, P. (1991). Expérience de soins intégrés aux toxicomanes séropositifs à Montréal. In P.A. Vamos et P.J. Corriveau (dir.): *Drogues et société, d'aujourd'hui à l'an 2000* (590-591). Montréal, Le Programme de Portage relatif à la dépendance de la drogue Inc.

LAUZON, P. (1991). Situation canadienne concernant l'usage de la méthadone. In P.A. Vamos et P.J. Corriveau (dir.): *Drogues et société, d'aujourd'hui à l'an 2000* (1249-1251). Montréal, Le Programme de Portage relatif à la dépendance de la drogue Inc.

REISINGER, M. (1990). Influence de la politique des soins des toxicomanes sur l'épidémiologie du SIDA. *Psychotropes*, VI, 1: 51-59.

**Déroulement:**

1. L'animateur fait visionner le court extrait du document vidéo (élément 13A) en demandant aux participants de noter les difficultés existantes, de part et d'autre, dans l'établissement d'une relation de confiance entre l'UDI et les intervenants.
2. En sous-groupes, les gens partagent leur réflexion et tentent d'apporter des solutions en terme d'attitudes et de comportements nouveaux.
3. L'animateur accueille les commentaires en plénière et explique pourquoi les attitudes et les conduites générales des toxicomanes et des intervenants peuvent être si éloignées et comment il peut être possible de les concilier.
4. En complément de formation, les participants sont invités à approfondir leurs connaissances sur le sujet par la lecture des textes suggérés (élément 13B).

**Durée:**

30 minutes.

# ÉVALUATION MI-SESSION

---

## Activité d'apprentissage 14

- Objectif:** Exprimer son degré de satisfaction au terme de la première journée de formation.
- Matériel:** Questionnaire d'évaluation distribué.
- Déroulement:**
1. L'animateur passe les questionnaires en expliquant leur importance pour l'amélioration de la formation.
  2. Les participants remplissent individuellement le questionnaire.
  3. L'animateur demande à ceux qui le désirent d'exprimer de vive voix leur niveau de satisfaction devant le groupe.
  4. L'animateur remercie les personnes présentes de leur participation à la formation et clôt la session.
- Durée:** 15 minutes.

***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 8A***

## NOTES DE CONTENU

### DÉFINITION D'UNE TOXICOMANIE

La toxicomanie est:

- une manière de vivre
- une façon de faire face à la vie
- une façon d'interpréter ses expériences

Les psychotropes ont un impact important sur le corps et sur les sentiments et c'est la manière d'interpréter les effets d'une drogue et d'y réagir qui est au coeur d'une toxicomanie.

L'interprétation et la réaction de l'individu aux effets d'une drogue seront fonction de son attitude face à lui-même et à la vie.

Son attitude face à la vie sera fonction:

- des expériences de l'enfance
- de sa personnalité
- du contexte social

### L'ASSUÉTUDE \*

L'assuétude est une caractéristique de l'individu, de sa façon d'envisager la vie, que ce soit en ayant recours aux stupéfiants, à l'alcool, aux barbituriques ou à autres choses qui n'ont rien à voir avec les psychotropes. Vivre une expérience d'assuétude c'est remettre le contrôle de sa vie en quelque chose d'extérieure à soi de façon toujours grandissante. Dans ce texte, les termes "psychotropes" ou "drogues" peuvent être remplacés par toutes substances ou activités auxquelles une personne peut s'assujettir de façon consciente ou non, par exemple: le travail, la nourriture, les machines à sous, la télévision, etc.

---

\* habitude qui a une connotation d'asservissement.

## L'EXPÉRIENCE DE L'ASSUÉTUDE

Elle n'est pas causée par un psychotrope ou par ses propriétés chimiques. Elle est rattachée à l'effet produit par le psychotrope sur une personne donnée, dans des circonstances données.

La principale caractéristique de l'effet recherché par l'individu toxicomane est de supprimer l'angoisse due au stress de sa situation de vie ou celle liée à son sentiment d'incompétence à faire face à cette situation. À plus long terme et paradoxalement ce que vit l'individu toxicomane c'est une aggravation de sa situation de vie ainsi qu'une régression de sa compétence à régler ses problèmes. En conséquence, il est de moins en moins capable de faire face à sa vie ou à la réalité et a de plus en plus recours à la substance pour échapper de nouveau à cette angoisse grandissante.

On devient assujetti à l'expérience que fait vivre le psychotrope. L'expérience est fonction de la substance ingérée, de l'état émotif de la personne qui consomme et de son contexte.

### Facteurs déterminants:

- une image négative de soi (ne s'aime pas)
- une faible estime de soi (ne mérite pas)

L'expérience de l'assuétude prend sa source dans le fait que la personne éprouve de la peur devant le monde (la vie) et qu'elle se sent incapable de faire face (sentiment d'incompétence).

On comprendra qu'une personne devient asservie aux stupéfiants, aux barbituriques ou à l'alcool parce qu'ils atténuent les sensations de douleurs (physiques et psychiques) ou la perception des difficultés de la vie tout en ayant l'effet d'augmenter l'incapacité d'y faire face parce qu'ils ne sont pas de nature à résoudre les problèmes de la vie qui sont sources d'angoisse.

## SÉCURITÉ DANS LA TOXICOMANIE

La personne qui a une propension à l'assuétude est essentiellement passive. Cette passivité découle de ses attitudes face à la vie:

- doute de pouvoir obtenir les résultats escomptés (manque d'assurance);
- remet en question sa propre compétence;
- a peur du changement;
- craint exagérément l'échec;
- abdique.

Ce que le toxicomane recherche dans le psychotrope c'est le caractère prévisible de la sensation, l'assurance qu'il obtiendra toujours le même effet.

Il n'existe pas d'origine physiologique mystérieuse au phénomène de l'assuétude: il s'agit là plutôt d'une évolution organique de la relation de l'individu avec le monde. Il faut comprendre que le psychotrope occupe le temps d'une personne, structure sa vie, procure un rituel rassurant, donne une identité.

## TOLÉRANCE ET SEVRAGE

Les toxicomanes ne sont pas à leur aise ni avec eux-mêmes ni avec leur univers. Ils tirent peu de satisfaction de leur vie et de leur milieu qui leur semble sans intérêt. Rien ne vient alors contrebalancer leur besoin de recourir à un psychotrope.

Quant à la personne qui s'est forgé un concept d'elle-même à travers un psychotrope et créé un univers moins menaçant, les réactions au sevrage peuvent être extrêmes puisque la personne n'est plus protégée par "l'effet écran" du psychotrope; elle est alors confrontée à la réalité et à la nécessité de réorienter sa vie, ce qui peut être fort douloureux.

### QUAND Y A-T-IL DÉPENDANCE OU ASSUÉTUDE?

1. Une personne peut être plus ou moins dépendante selon que l'habitude de recourir à une drogue contrôle plus ou moins sa vie.
2. Quand l'habitude de consommer des drogues détourne la personne de tous ses autres centres d'intérêt.
3. Quand l'habitude de consommer une drogue n'est pas ou n'est plus agréable mais sert surtout à supprimer la peine, la peur, l'angoisse, la culpabilité ou le malaise à vivre qui sont momentanément diminués par l'absorption d'une drogue puissante.
4. Quand dans des circonstances données la personne réagit toujours de la même façon et fait toujours le même choix; la dépendance c'est ne plus avoir le choix de ne pas consommer une drogue.

1984 03 19

Synthèse tirée du texte "L'expérience de l'assuétude" de Stanton Peele  
Éducation permanente,  
Université de Montréal, 1982.

***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 8B***

Imaginons des joueurs invétérés, l'oeil rivé sur plusieurs machines à sous, tout occupés à tirer sur les leviers et à ajouter la satisfaction instantanée de voir apparaître sous leurs yeux les fruits de leurs efforts. Ils ne peuvent penser à rien d'autre, pas plus aux choses qu'ils ne peuvent accomplir pendant qu'ils jouent qu'à l'argent qu'ils perdent. Lorsqu'ils cessent de jouer, leur esprit revient à leur véritable situation et ils éprouvent un sentiment de profond dégoût lorsqu'ils songent à tout l'argent qu'ils ont jeté par les fenêtres. Leur seule solution: retourner jouer dans l'espoir, bien illusoire, de gagner le jack-pot.

On pourrait aussi citer l'exemple de l'enfant rivé au poste de télévision dont l'esprit, en proie aux images de l'écran, s'émeut et s'émousse à demeurer entièrement passif. Il existe un certain nombre de cas rapportés par des scientifiques et par des téléspectateurs eux-mêmes faisant état de la désorientation complète qui accompagne la perte du téléviseur: les enfants ne savent plus quoi faire, chaque conjoint se voit obligé de supporter l'autre conjoint ainsi que les enfants, privés qu'ils sont de la présence permanente du téléviseur.

#### Élargissement du concept d'assuétude

Un lien avec une autre personne ou avec une institution peut aussi se transformer en assuétude. Ce qui m'a poussé à écrire "Love and Addiction", en collaboration avec Archie Brodsky, c'est ma volonté d'élargir le concept de l'assuétude de façon à ce qu'il englobe les rapports amoureux fondés sur la dépendance. Dans la première partie de cet article, j'ai fait allusion aux recherches effectuées par Charles Winick, qui ont montré que certains érotomanes parviennent à se défaire de leurs habitudes lorsqu'ils vivent sous la dépendance d'une institution, d'un hôpital ou d'une prison par exemple. Une relation aussi exclusive avec une organisation équivaut en fait à une forme de toxicomanie.

Dernièrement, des cas de "lavage de cerveau" ont fait la manchette: de jeunes adultes ou des adolescents sont pris en main par un groupe

(généralement à vocation religieuse) qui les transforme en de véritables automates, en des serveurs souriants et béats du groupe, entièrement soumis à ses ordres. Pour ces jeunes adeptes (qui, soit dit en passant, ont, dans une grande proportion, déjà abusé des psychotropes), le groupe religieux offre un environnement social parfaitement réglé, qui non seulement s'occupe des problèmes pratiques mais procure également une certitude sur le plan idéologique. Grâce au culte qu'ils vouent au chef religieux et à l'exprit de bonne entente qui règne entre les adeptes, ces jeunes voient se dissiper leurs doutes et leurs angoisses, et ils sont prêts à sacrifier tous leurs autres engagements et intérêts pour faire durer cet état. Fait intéressant à noter au sujet de cette forme de dépendance: lorsque d'aventure ces jeunes se dissocient du mouvement, ils adoptent à l'égard de ce dernier une attitude aussi négative qu'elle avait été auparavant positive, et ils peuvent le critiquer avec autant de fanatisme qu'ils l'avaient défendu.

#### La signification personnelle de l'assuétude

Manger est une activité qui illustre clairement le sens personnel d'une assuétude. Il nous faut tous manger. Et cependant, certaines personnes mangent au point de restreindre considérablement, voire d'écourter leur vie. Malgré la souffrance qu'entraîne l'obésité, ses effets néfastes sur l'activité physique, sur la vie sociale et professionnelle, et le lien entre l'obésité et les cardiopathies et les accidents cérébro-vasculaires, certaines personnes, sachant très bien qu'elles se font grand tort en mangeant trop, semblent ne pouvoir rien faire pour contrôler leur poids.

Pour bien saisir la dynamique de cette forme d'assuétude, prenons l'exemple de l'enfant à qui ses parents ont appris à considérer la nourriture comme une récompense et donné des habitudes de manger pour s'autogratiser et pour soulager son angoisse. À mesure qu'il grandit, il s'aperçoit que son obésité est un état qui le rend moins attirant aux yeux des autres et qui fait qu'il se sent mal dans sa peau. Son obésité en vient à faire partie de l'image négative qu'il a de lui-même et à lui rappeler constamment et en le désolant qu'il n'est pas une "bonne" personne. Et cependant, en l'empêchant

de pratiquer les sports ou en lui valant d'être rejeté par ses égaux, manger demeure son seul refuge.

Devant une véritable boulimie, nous pouvons comprendre jusqu'à quel point il est difficile de rompre avec toute assuétude. Le boulimique qui s'empiffre est semblable à l'alcoolique qui se met à abuser de l'alcool: poussé par un dégoût de soi et un sentiment de culpabilité de plus en plus prononcé, il va jusqu'au bout, au-delà de la satisfaction. Les boulimiques vivent des problèmes et des sentiments d'angoisse qui les amènent à dépendre davantage de la nourriture, ce qui, en retour, aggrave leurs problèmes et leurs angoisses - voilà la parfaite illustration du cycle de l'assuétude. Si les boulimiques, comme les alcooliques ou les autres toxicomanes, parvenaient à se maîtriser pendant une journée ou plusieurs jours ou semaines, ils n'en seraient pas moins obèses et pas moins tentés de renouer avec leurs assuétudes. Pour réussir à se désintoxiquer, ils devront en quelque sorte rompre entièrement avec leurs anciennes habitudes, souvent avant même que de nouvelles habitudes gratifiantes n'aient la chance de s'installer. Voilà pourquoi bien des méthodes mises au point pour traiter les boulimiques s'avèrent efficaces pour lutter contre n'importe quelle assuétude. Je me propose de décrire certaines d'entre elles dans les dernières parties de cet article.

#### Les caractéristiques de la non-assuétude

Si nous admettons que l'assuétude peut surgir dans n'importe quel genre d'activité, nous devons aussi reconnaître qu'aucune activité - y compris la consommation de psychotropes - n'est nécessairement assujettissante. Ce qui fait qu'une activité n'engendre pas l'assuétude, c'est le pouvoir qu'a l'individu de la contrôler et de l'intégrer au reste de sa vie. Autrement dit, la personne doit savoir à quel moment s'arrêter pour ne pas se faire de tort, ce qui nous ramène à ce qu'on pourrait appeler les caractéristiques de la "non-assuétude". Les gens qui ont une vie bien remplie résistent assez facilement à l'assuétude; ils n'ont pas l'illusion qu'un

seul objet puisse les combler. Autrement dit, si les gens ont des centres d'intérêt auxquels ils tiennent, il y a moins de risques qu'une activité destructrice les domine, parce qu'il y aura d'autres activités et d'autres personnes qu'ils ne voudront pas sacrifier. Les gens ont besoin de se sentir bien dans leur peau pour ne pas vouloir consciemment se faire du tort; ils ont besoin d'une certaine fierté pour ne pas vouloir perdre le contrôle de leur vie, tant dans leur propre intérêt que dans celui des autres. Il leur faut s'accepter eux-mêmes pour pouvoir combattre les sentiments de culpabilité et d'angoisse qui sont au centre du cycle de l'assuétude. Enfin, ils doivent être en mesure de reconnaître leurs problèmes de façon à pouvoir s'y attaquer avant qu'ils ne prennent des proportions qui détruisent la vie.

#### Quand y a-t-il assuétude?

Vu que n'importe quel type d'activité peut engendrer l'assuétude, nous devons disposer de moyens nous permettant de vérifier quand il y a effectivement assuétude. De la description que j'ai faite de l'assuétude, se dégagent certaines caractéristiques qui peuvent nous servir de critères à cette fin.

#### 1. L'assuétude est un continuum.

Étant donné qu'il n'existe aucun mécanisme physiologique distinct qui déclenche une assuétude, nous ne pouvons la considérer comme un phénomène de tout ou rien. Le fait que l'assuétude est un continuum sous-tend tous les autres critères de celle-ci, en ce sens que tout demeure relatif, plus ou moins vrai pour un cas donné, selon qu'il relève plus ou moins de l'assuétude. L'imprécision de cette classification ne doit pas nous surprendre: on la retrouve dans tous les comportements. Notre erreur au sujet de l'assuétude a été de penser qu'il s'y trouvait quelque chose de plus - ou de moins - que dans tout ce que fait d'autre un être humain.

Jusqu'ici, j'ai décrit des assuétudes totales causées par les psychotropes ou d'autres substances. Ces cas "idéaux" sont en fait des cas extrêmes... En réalité, il est rare que quelqu'un consacre toute sa vie à une assuétude, telle que je viens de la décrire. Par exemple, les clochards ne représentent qu'une petite partie des problèmes liés à l'alcool aux États-Unis et au Canada; de même, il y a de nombreux membres des groupes Weight Watchers qui ne sont pas fortement obèses. On peut dire en ce sens qu'une assuétude totale est l'équivalent pathologique d'une dépendance physique d'un psychotrope et qu'une personne peut être plus ou moins atteinte, selon que cette habitude contrôle plus ou moins sa vie.

Comme je l'ai indiqué, une personne peut être prédisposée à l'assuétude à un moment précis de sa vie où elle se sent particulièrement vulnérable ou impuissante. Par exemple, des personnes ne consomment pas de psychotropes dans certaines situations mais sont attirées par ces mêmes produits en d'autres circonstances. Le cas de cet homme qui m'avait affirmé que son problème d'alcool ne faisait surface que lorsqu'il rentrait chez lui le soir et retrouvait sa femme et sa famille. Au bureau, avec un associé, le travail l'absorbait au point que jamais il ne ressentait ne fût-ce que la tentation de boire. Amener cet homme à faire face à son assuétude, après avoir fui le problème durant toute une vie, à chercher pourquoi il se sentait mal à l'aise quand il retrouvait sa famille au foyer, serait une tâche extrêmement difficile.

Cette situation nous rappelle celle du "bureau de travail"<sup>(1)</sup>, qui se sent tellement dépassé par ses relations personnelles intimes qu'il se consacre uniquement à son travail, négligeant ainsi ce qu'il a déjà du mal à affronter.

<sup>1</sup> En anglais, workaholic, jeu de mots intraduisible.

2. Une assuétude détourne la personne de tous ses autres centres d'intérêt.

Lorsqu'on cherche à vérifier si une activité expose à l'assuétude, on doit voir si elle a des effets néfastes, si elle diminue la personne, lui enlève ses moyens et mine son existence. C'est manifestement le cas des habitudes telles que l'abus de la nourriture, l'usage du tabac, de l'alcool, des psychotropes, qui nuisent à la santé et peuvent même entraîner la mort. Cependant, il arrive que les effets ne soient pas aussi directs ou évidents. Au coeur de la notion d'assuétude, il y a l'idée d'un rétrécissement de l'horizon de la vie qui finit par se concentrer tout entier sur l'objet de l'assuétude.

Ceci nous amène au critère principal de l'assuétude. On peut dire qu'il y a assuétude à partir du moment où une activité ou une habitude détourne l'attention de l'individu des autres secteurs de sa vie, de telle sorte qu'il est moins apte à traiter quoi que ce soit d'autre, et à s'y intéresser. Rendue à ce point, une activité devient une assuétude. Quand l'individu ne peut plus s'occuper de rien, ni tirer quelque satisfaction de quoi que ce soit d'autre (ou sans s'y reporter constamment), on peut dire qu'il y a une assuétude pleinement développée. Evidemment, à un certain stade, seul l'individu peut dire dans quelle mesure exacte il y a un facteur qui lui gâche l'existence. Et voilà pourquoi, en dernière analyse, seul l'individu peut mesurer l'assuétude et y remédier.

3. L'assuétude n'est pas une expérience agréable.

L'assuétude supprime la peine. Les gens y ont recours pour des motifs négatifs - peur, angoisse, culpabilité, malaise - qui sont atténués momentanément par le produit toxique ou par l'activité. Même si l'objet ou le produit toxique ont déjà procuré une sensation de plaisir, celle-ci a disparu depuis longtemps lorsque le sujet est assujéti à l'assuétude. L'euphorie que peuvent procurer des

psychotropes tels que l'alcool, l'héroïne ou les barbituriques consiste à se sentir soudainement libéré de toute préoccupation. C'est pour cette raison que le toxicomane se soucie peu de la qualité ou de la nature de la substance qu'il absorbe (par exemple, le goût de la boisson alcoolique). Tout ce qui l'intéresse, ce sont ses effets intoxicants. Les assuétudes par lesquelles on cherche à anesthésier sa peine ont beaucoup en commun. Le toxicomane ne les recherche pas pour leurs effets positifs. Ainsi, lorsque le plaisir constitue la motivation première, il n'y a pas d'assuétude; par contre, lorsque la peine ou la peur motivent la personne, il y a assuétude.

4. L'assuétude est l'incapacité de choisir de ne pas faire quelque chose.

Des caractéristiques et des critères de l'assuétude déjà énumérés, nous pouvons déduire que l'individu n'est pas en mesure de se décider à rompre avec une habitude lorsque celle-ci commence à lui faire du tort ou cesse d'être agréable. Divers facteurs sur lesquels il n'a aucune prise le poussent au contraire à continuer dans la même voie jusqu'à ce qu'il soit physiquement incapable d'aller plus loin ou jusqu'à ce qu'intervienne une force extérieure qui l'en empêche. Un autre critère découle de ce qui précède: l'individu est-il à même de faire un choix par rapport à une occupation, peut-il en toute franchise affirmer que, dans certains cas, il peut refuser de prendre le psychotrope ou de se livrer à l'activité en question? Existe-t-il pour lui d'autres activités auxquelles il tient et qui peuvent parfois le détourner de son habitude? Lui arrivera-t-il de ne pas recourir à sa "drogue" dans des circonstances qui normalement le commandent? Peut-il se dire "Ce n'est pas bon pour moi. Je vais réduire la dose"? La réponse à ces questions est "Non". La personne qui reçoit un certain nombre de stimuli récurrents réagira toujours de la même façon et fera toujours le même choix. En d'autres termes, elle n'a pas de choix: l'assuétude, c'est cela.

### Le mythe de la méthadone

Avant d'en venir à certaines approches curatives susceptibles d'intéresser l'individu atteint d'assuétude, je voudrais citer un dernier exemple qui prouve par l'absurde que nous comprenons mal le sens de l'assuétude. Il n'y a pas longtemps, on a appris que le plus important investissement jamais fait par le gouvernement américain pour traiter la toxicomanie, un programme de 50\$ millions axé sur la méthadone, s'est révélé un échec. L'équipe des spécialistes qui a lancé l'idée de la cure d'entretien à la méthadone, les docteurs Vincent Dole et Marie Nyswander, admettent que, au mieux, cette entreprise a donné peu de bons résultats. Elle a donné des résultats là où on pouvait compter sur des conseillers dévoués, des malades motivés et des programmes solides axés sur la connaissance de soi, sur l'apprentissage d'un métier, bref, dans des circonstances où tout traitement, y compris un programme d'entretien à l'héroïne ou encore de sevrage complet, aurait les meilleures chances de réussir.

Le programme axé sur la méthadone est la plus récente d'une longue série d'initiatives visant à résoudre le problème de la toxicomanie par la création d'un nouveau psychotrope. Comme effort déployé pour régler un problème complexe à l'aide d'une solution externe très simple, ce programme illustre le penchant de notre société pour l'assuétude, qui est encouragée par ceux-là mêmes qui sont censés y remédier. L'une des grandes préoccupations des pharmacologues depuis le début du siècle a été de trouver un analgésique puissant qui remplace la morphine sans engendrer la dépendance. C'est à ce titre qu'au début l'héroïne a été introduite sur le marché, tout comme l'ont été les sédatifs synthétiques (barbituriques) et les stupéfiants synthétiques (Demerol<sup>R</sup>). C'est au U.S. National Research Council's Committee on Drug Addiction qu'a été confiée cette tâche impossible de 1929 à 1941. Et voilà que nous avons maintenant la méthadone à laquelle nous avons "habitué" un grand nombre de gens. Elle est aujourd'hui bien cotée sur le marché noir de la drogue et bien des toxicomanes la considèrent comme leur psychotrope préféré.

<sup>1</sup> Le traducteur se réfère ici aux termes utilisés par la Commission LeDain (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (1973)). Rapport final, Ottawa: Information Canada).

Si nous avons compris les leçons du passé, il ne nous serait jamais venu à l'esprit que la méthadone pouvait guérir la toxicomanie ou, encore, ne pas entraîner l'assuétude. L'expérience nous apprend que n'importe quel psychotrope qui a un puissant pouvoir calmant et qui émousse la sensibilité de l'individu sera utilisé dans le sens de l'assuétude. L'effet analgésique obtenu constitue l'expérience même autour de laquelle se crée l'assuétude.

### Il n'y a pas de remède miracle

Nous ne pouvons ici qu'esquisser les orientations que doit prendre une cure de l'assuétude et certaines techniques qui peuvent être utilisées à cette fin. Chose certaine; la toxicomanie ne se guérit pas facilement. La recherche d'un expédient, par exemple d'un remède magique, tient du désir de simplifier la vie qui est à l'origine même de la toxicomanie. Quand on a affaire à un toxicomane invétéré, on ne peut espérer extirper les racines de la toxicomanie sans changer le schéma d'adaptation de ce dernier. La toxicomanie est un problème existentiel, fondé sur un sentiment d'insuffisance, et nul palliatif ne saurait venir à bout d'un problème de cette envergure.

C'est pour cela qu'ont été créées des communautés thérapeutiques qui prennent complètement en charge les sujets et qu'on peut considérer, comme l'un des rares types de traitement systématique des toxicomanes invétérés profonds. Ces communautés peuvent aborder avec l'individu des questions essentielles, telles que l'idée que l'on se fait de soi, la capacité d'être à l'aise dans ses rapports avec les autres, la compétence dans son métier, et l'aptitude à assumer sa vie et ses actes. Il faut dire cependant que reconstruire une personnalité est une entreprise très hasardeuse. La question primordiale est de savoir si un tel traitement donnera aux individus une version modifiée de leur personnalité originelle ou les modèlera à l'image de leur groupe. Cette question en amène une autre: s'agit-il de préparer l'individu à affronter le monde extérieur ou à demeurer au sein de la communauté thérapeutique? Les groupes et les organisations sont plus ou

moins conscients de ces questions; ils réussissent plus ou moins à réintégrer le client dans le monde, par delà le groupe de la thérapie.

L'héroïnomanie et l'alcoolisme ne sont cependant que la pointe de cet iceberg qu'est le phénomène de l'assuétude. Ne porter attention qu'aux personnes dominées par ces assuétudes non seulement est injuste, mais détourne aussi notre attention d'autres importants problèmes individuels et sociaux. S'attaquer à des assuétudes qui sont moins évidentes - soit parce qu'elles sont moins graves, soit parce qu'elles sont plus tolérées - est une politique qui comporte ses difficultés propres. Dans bien des cas, parce que ces assuétudes attirent moins l'attention sur les individus, ceux-ci peuvent expliquer plus facilement leur comportement compulsif et destructeur. Les alcooliques et les narcomanes ont, dit-on, de la chance à certains égards: ils ont été contraints de regarder en face certains aspects de leur propre personne et des gens qui les entourent, alors qu'on laisse les autres passer à côté de ces choses toute leur vie, souvent au prix de conséquences déprimantes.

Lorsque Kenneth Cooper a entrepris ses travaux sur les bienfaits physiologiques des exercices "aérobiques" tels que la course, il a constaté que les militaires qu'il utilisait comme cobayes avaient tiré profit du programme de façon étonnante. La plupart de ces hommes avaient adopté pendant leur service militaire des modes de vie sédentaire, et beaucoup souffraient d'embonpoint, buvaient trop et fumaient régulièrement. Dans bien des cas, ils ont été amenés, par le biais de la course, à équilibrer leur régime alimentaire et à réduire, voire à éliminer, leur consommation de psychotropes. Sur le plan psychologique, ce changement s'est traduit de la façon suivante: ils ont commencé à bien se sentir dans leur peau et à se rendre compte que leurs anciennes habitudes étaient incompatibles avec les efforts qu'ils faisaient pour rester en santé.

L'enfant peut résister à l'assuétude lorsque sa perception de lui-même élimine ses habitudes autodestructrices. La personne qui n'a pas acquis cette attitude pendant son enfance doit faire un double effort pour l'acquiescer à l'âge adulte. Un programme de course est un moyen d'y venir. Voilà un exemple d'activité dont les effets immédiats et à court terme ne tardent pas à s'étendre au respect et à la maîtrise de soi.

BRISSON, P. (1987). Les produits psychotropes et leurs usages. *Le phénomène-drogue et les jeunes. Document d'information*. Québec, Gouvernement du Québec: 33-35.

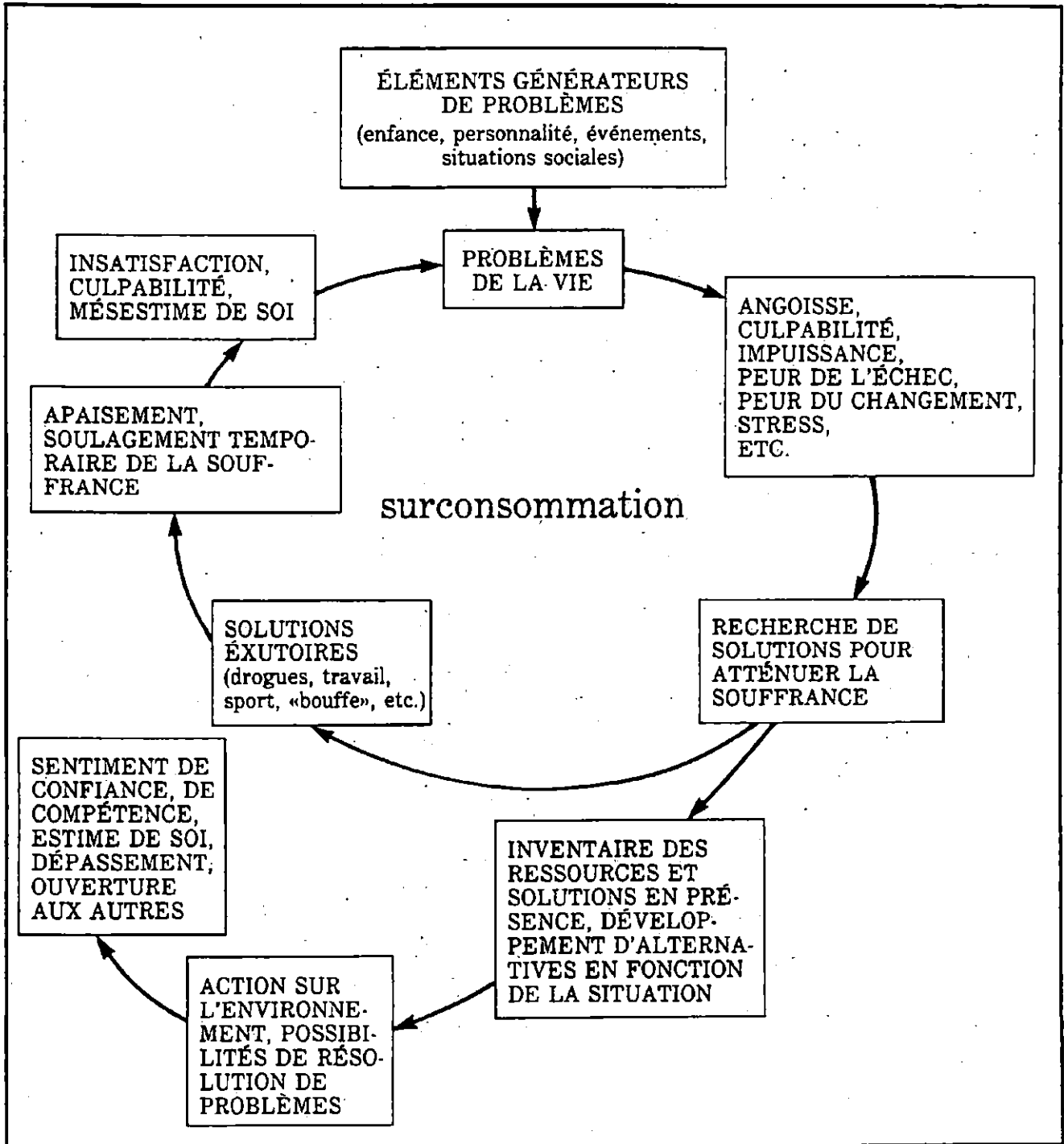
Le cycle de l'assuétude se caractérise par une perte de contrôle sur l'expérience d'un psychotrope, qui alors devient l'unique centre d'intérêt de l'individu, un besoin obsédant qui structure son mode de vie. Cette situation résulte non seulement d'une réaction chimique à des substances, mais d'une expérience subjective et routinière du produit psychotrope, devenue pour l'individu une stratégie d'adaptation à son environnement. C'est à ce niveau que résident les problèmes de toxicomanie.

Le schéma de la page suivante illustre deux trajectoires exemplaires, l'une correspondant au vécu d'un individu capable d'affronter les difficultés de la vie, l'autre décrivant les étapes amenant ce même individu au cycle de l'assuétude: dans le premier cas, l'usage de psychotropes en restera au stade d'une consommation contrôlée alors que dans l'autre, cet usage tendra à évoluer vers la perte de contrôle et la surconsommation. Lorsqu'au départ surviennent des problèmes de la vie (problèmes d'identité, d'intégration, difficultés relationnelles ou sociales, etc.), l'individu éprouve une certaine souffrance qui peut prendre la forme d'angoisse, de culpabilité, d'impuissance, de peur devant l'échec ou le changement. Il y aura alors recherche de solutions pour atténuer cette souffrance. À ce point, l'individu pourra faire l'inventaire des ressources existantes et des alternatives qui s'offrent à lui de façon à agir sur le problème et éventuellement le résoudre: cette capacité d'agir sur son environnement engendrera à court ou moyen terme un sentiment de confiance, de compétence, une plus forte estime de soi.

À l'opposé, la recherche de solutions par le biais d'activités compensatoires (consommation de drogues, sport, travail, nourriture...) apportera un apaisement, un soulagement temporaire mais illusoire qui, bientôt, fera place à un sentiment d'insatisfaction, de culpabilité et à une perte d'estime de soi face aux problèmes de départ restés sans solution. Forte sera alors la tentation de recourir à nouveau à des solutions exutoires pour échapper à l'aggravation de sa situation.

# LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

FIGURE 3 - Schéma du cycle de l'assuétude<sup>1</sup>.



1. D'après Stanton Peele, inspiré d'une synthèse effectuée par Thérèse Pohitaille du Bureau de ressources en développement pédagogique et en consultation personnelle de la C.E.C.M.

# LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

Lorsque la personne recourt aux psychotropes pour éviter de faire face à la réalité, elle vient de moins en moins à bout des problèmes qu'elle doit régler, et elle a de plus en plus peur de les envisager. Voilà pourquoi les toxicomanes en puissance se tournent de plus en plus vers les psychotropes pour obtenir les satisfactions qu'ils ne trouvent plus dans la vie et ce, jusqu'au moment où les principales satisfactions leur viennent du psychotrope lui-même<sup>1</sup>.

Les consommateurs à problèmes ont ainsi souvent une image négative d'eux-mêmes, ressentent un sentiment d'incompétence face à leur propre destinée et l'impression d'être incapables de contrôler leur consommation de psychotropes. L'usager reste d'ailleurs « accroché » au psychotrope parce que celui-ci lui procure des effets à la fois immédiats et prévisibles, alors qu'il n'est pas sûr des satisfactions que lui apporterait la vraie vie.

Pour reconnaître une personne engagée dans le cycle de l'assuétude aux psychotropes, Peele attire l'attention sur les quatre points suivants:

- *l'assuétude est un continuum, c'est-à-dire qu'il ne s'agit ni d'un phénomène inéluctable lié, par exemple, à l'emploi de certaines substances, ni d'un phénomène statique qui survient une fois et pour toute la vie; il s'agit plutôt d'un état existentiel, relatif à des conditions intérieures et extérieures en évolution, sur lesquelles il est souvent possible d'agir; c'est également un phénomène qui peut se manifester par intermittence, aux moments où l'individu se trouve plus vulnérable et affecté dans sa vie;*
- *l'assuétude détourne la personne de tous ses autres centres d'intérêt, c'est-à-dire que l'usage du ou des psychotropes devient envahissant, obsessionnel, au point de progressivement réduire et éliminer toutes les autres*

*activités capables de susciter un intérêt et de fournir des satisfactions à l'individu;*

- *l'assuétude n'est pas une expérience agréable, en ce sens qu'il s'agit souvent pour l'usager rendu à ce stade d'éliminer la souffrance, de supprimer l'angoisse ou le manque - lorsque l'assuétude comporte un élément de dépendance physique - et qu'il n'y a plus à proprement parler de plaisir lié à la consommation des produits;*
- *l'assuétude est l'incapacité de choisir de ne pas faire quelque chose, c'est-à-dire que l'individu ne choisit plus mais subit l'expérience des psychotropes, qu'il a en quelque sorte remis le contrôle de sa propre vie dans un objet extérieur à lui, qui le domine et oriente désormais son existence.*

La personne qui vit une expérience d'assuétude aux psychotropes est donc aux prises avec un style de vie problématique où se sont enracinées ses habitudes d'usage, où reviennent sans cesse les dispositions et les contextes qui suscitent la consommation. Il est dès lors important de travailler de façon globale sur les multiples aspects qui peuvent entretenir ce cercle vicieux, dans la quotidienneté de l'individu (rythme et mode de vie, relations, milieu de travail, etc.).

Il ne faut jamais perdre de vue que certaines période de la vie, certaines phases de transition, certains événements critiques peuvent nous précipiter, tous et chacun, dans un cycle de dépendance à l'égard des psychotropes ou de tout autre objet gratifiant qui prend alors une importance démesurée dans notre existence. À cet égard, la dramatisation n'a jamais contribué, ni à la compréhension, ni à la solution des problèmes. L'éducation à la compétence personnelle et à l'autonomie, alliée à l'apprentissage du contrôle de son environnement et de la résolution de problèmes, sont les meilleurs atouts dans la prévention des problèmes de psychotropes chez les jeunes.

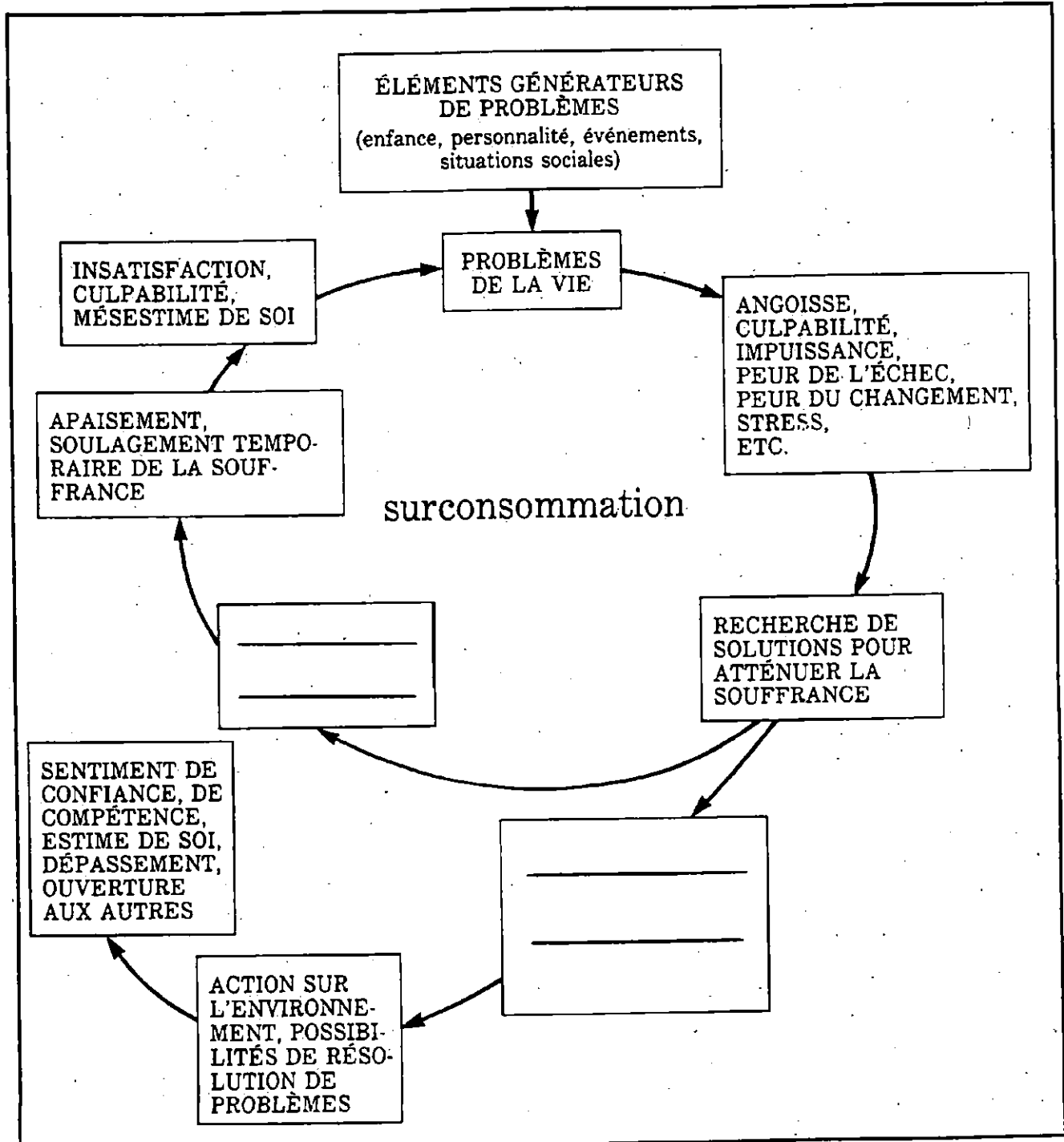
1. PEELE, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Montréal, Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal, p. 29.

# **ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 9**

# Exercice

## DÉPENDANT, MOI?...ÇA DÉPEND!!

FIGURE 3 - Schéma du cycle de l'assuétude<sup>1</sup>.



<sup>1</sup> D'après Stanton Peele, inspiré d'une synthèse effectuée par Thérèse Robitaille du Bureau de ressources en développement pédagogique et en consultation personnelle de la C.E.C.M.

# ***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 10***

## NOTES DE CONTENU

### TYPES DE RAPPORTS AUX DROGUES

#### 1-L'ABSTINENCE

Une personne qui n'a jamais consommé ou ne consomme plus aucune substance psychotrope.

#### 2-LA CONSOMMATION EXPLORATOIRE

Une personne qui consomme plus ou moins fréquemment, durant une période donnée de sa vie, à une étape précise de son développement, le plus souvent vers l'adolescence. Elle veut savoir de quoi il s'agit, recherche des sensations nouvelles, désire expérimenter de nouveaux "feelings". La drogue est ici objet de curiosité, l'instrument par lequel le jeune, par exemple, surmonte sa peur face à lui-même et aux autres, recherche l'acceptation et l'approbation de ses pairs. La grande majorité (85%0 des adolescents s'adonnent à une consommation de type exploratoire à un moment ou un autre de leur jeunesse.

#### 3- LA CONSOMMATION OCCASIONNELLE

Une personne qui va consommer des psychotropes à certains moments bien précis ou dans des circonstances particulières choisies le plus souvent à l'avance (fêtes, spectacles, événements spéciaux de toutes sortes); elle va consommer lors de ces occasions propices, sa motivation étant en soi un événement circonscrit dans le temps. Il s'agit donc d'un comportement conscient, délibéré et intégré, socialement admis, toléré ou proscrit, suivant les produits en cause.

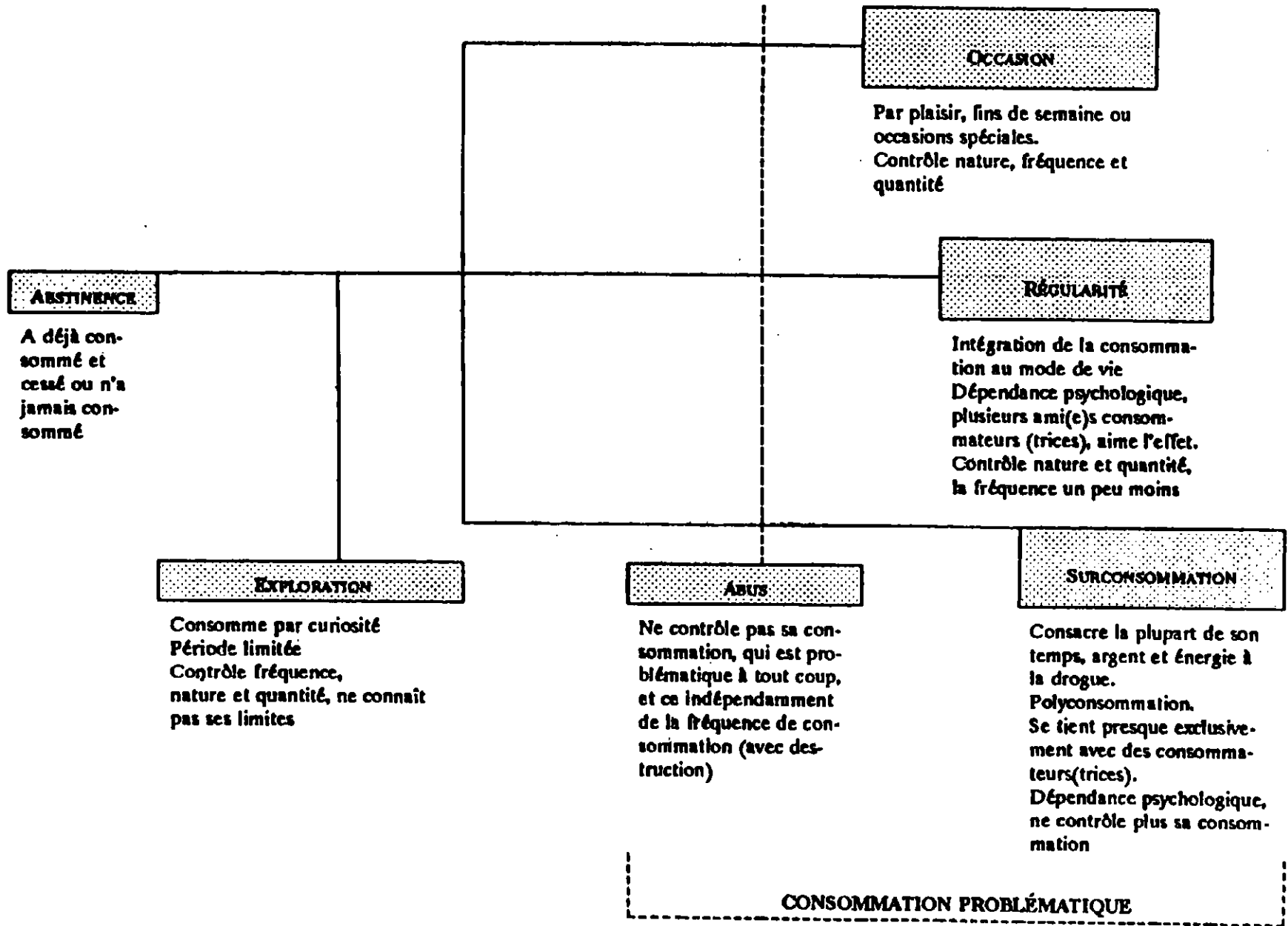
#### 4- LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE

Une personne qui consomme avec une fréquence répétitive d'importance variable, à raison par exemple de une à quelques fois par semaine ou par mois. Souvent la dépendance psychologique est présente ici, en ce sens que la consommation constitue un moment important et souhaité par l'utilisateur, que celui-ci va aller jusqu'à effectuer des démarches et même se donner de la peine pour se procurer de la drogue et ainsi avoir l'occasion de l'utiliser. Les raisons sous-tendant la consommation sont encore réactionnelles ou d'ordre social, mais peuvent également s'inscrire davantage dans la personnalité ou le mode de vie de l'utilisateur, ses amis étant souvent des consommateurs. La personne a un sentiment de contrôle sur la substance.

#### 5- LA TOXICOMANIE

La personne dont l'usage est prédictible, fréquent et indispensable, puisque c'est autour d'elle que son mode de vie est construit. Cette personne consacre la plus grande partie de son temps, de ses énergies et de son argent à se procurer de la drogue, à la consommer, à en parler, à y penser. Souvent adepte de plusieurs substances à la fois, sa consommation conditionne et influence ses liens familiaux, le choix de ses amis, ses comportements sociaux, sa performance au travail ainsi que sa perception de lui-même et sa vision de l'avenir. Un tel niveau de consommation est, bien sûr, sous-tendu par toute une gamme de problèmes de vie reliés au contexte dans lequel la personne évolue et son rapport à ce contexte.

# TYPES DE RAPPORTS AVEC LES DROGUES À L'ADOLESCENCE



# FACTEURS DE PRÉDISPOSITION À L'ASSUËTUDE

L'adolescent ou l'adolescente en santé psychologique

L'adolescent ou l'adolescente prédisposé ou prédisposée à la consommation problématique

- Confiance relative en soi (sentiment d'être capable face aux difficultés)
- Estime relative de soi
- Responsabilité face à sa vie
- Recherche du changement
- Recherche de l'exercice de la liberté (maître de ses décisions)
- Entreprenante

Caractéristiques personnelles

Attitudes face à la vie

- Manque de confiance en soi
- Faible estime de soi
- Incapacité de tolérer l'anxiété existentielle
- Abdication à faire face
- Peur du changement
- Crainte devant sa liberté
- Passive :
  - . refus de l'effort
  - . refus de l'investissement personnel
  - . cul de sac : l'image impossible idéale

Accroissement

Accroissement

Angoisse  
Douleur

Problèmes inhérents à la vie

Angoisse  
Douleur

Actions

Solutions privilégiées

Fuite

Résolution du problème et apprentissage

Résultats obtenus

Suppression de l'anxiété et sentiment d'échec

# Loi de l'effet : E = S-I-C

## S = SUBSTANCES

1. Propriétés pharmacologiques
2. Dosage
3. Modes d'administration
4. Durée, fréquence et rythme de consommation
5. Pureté ou adultération
6. Interaction des substances

## I = INDIVIDU

1. Facteurs biologiques
2. Facteurs psychiques et de développement
  - affectifs
  - cognitifs

## TOXICOMANIE

Résultante de l'interaction entre le produit (S), la personne (I) et le contexte (C).

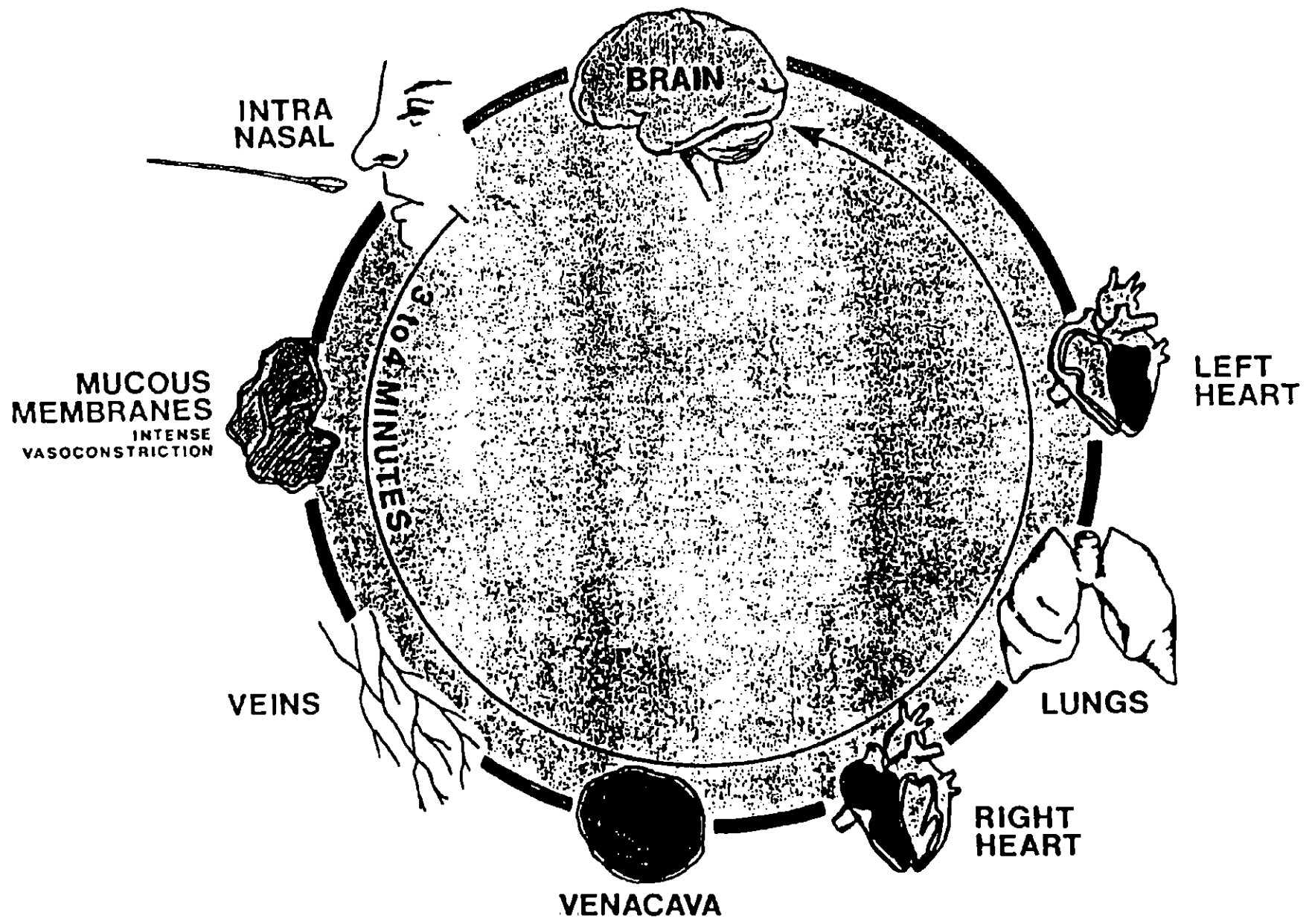
Repose sur :

- Le rapport (lien de dépendance) que la personne entretient avec une ou des substances.
- La fonction que la substance occupe dans la vie de la personne elle-même évoluant dans un contexte socio-culturel (cycle de l'assuétude)

1. Facteurs culturels : us, coutumes, attitudes, politiques
2. Facteurs contextuels d'environnement
  - Accessibilité
  - Encouragement à la consommation
  - Pressions par les pairs
  - Présence de stressseurs dans l'environnement

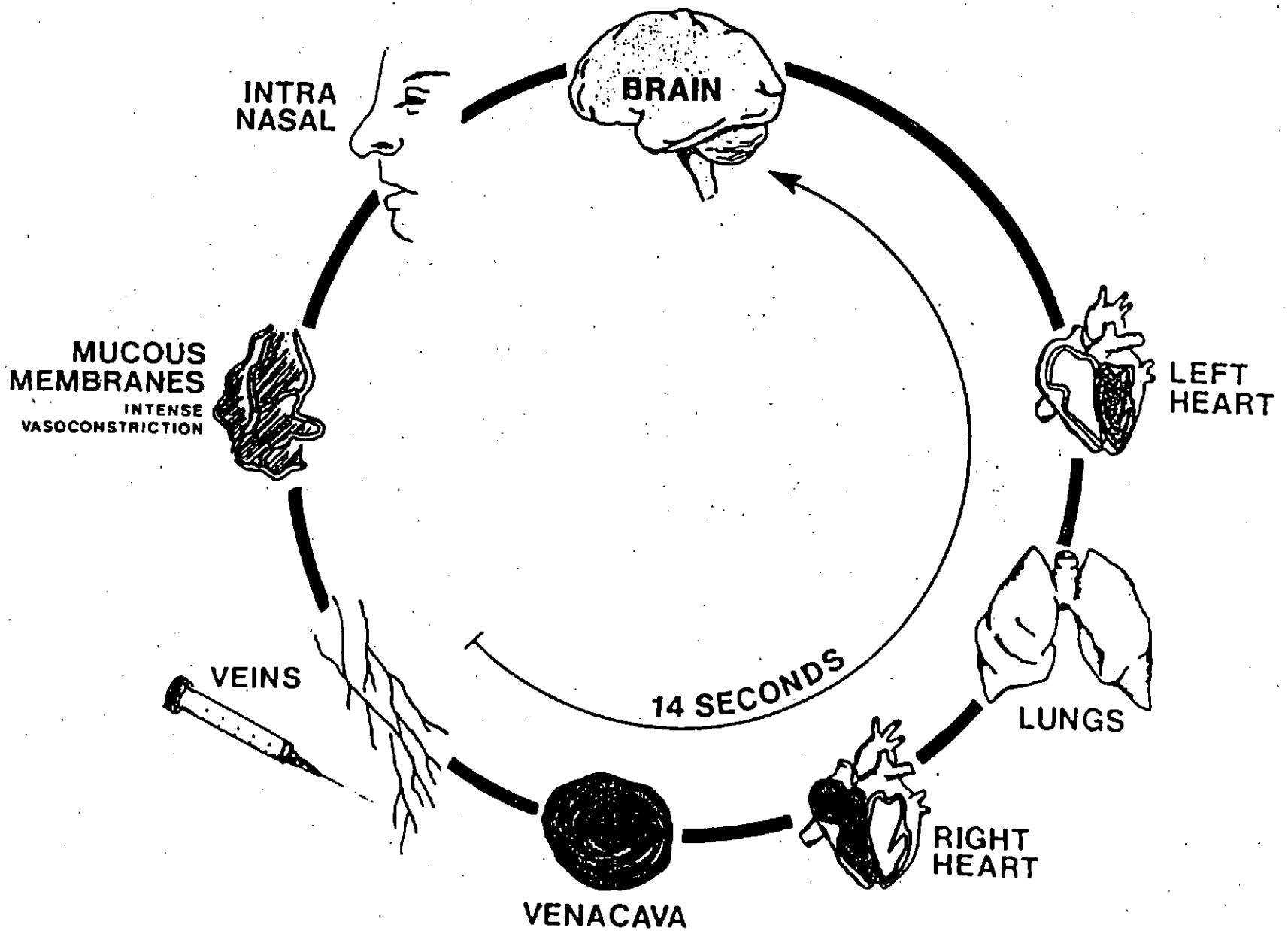
## C = CONTEXTE

# EUPHOREGENIC IMPLICATIONS OF DIFFERENT ROUTES OF COCAINE ABUSE



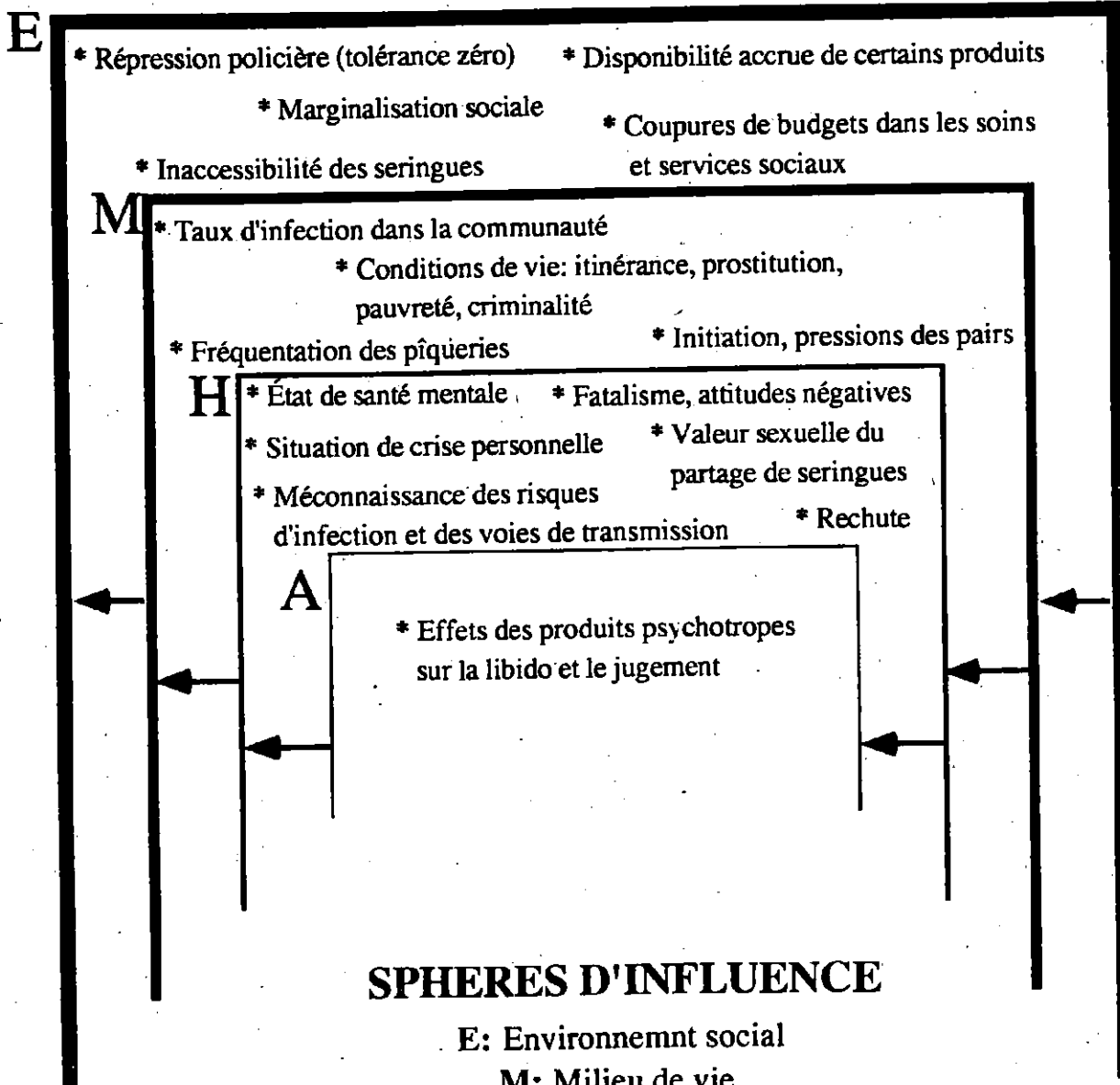
178-A

**EUPHOREGENIC IMPLICATIONS OF DIFFERENT ROUTES  
OF COCAINE ABUSE**



**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 11A**

# FACTEURS DE RISQUE À LA TRANSMISSION DU VIH CHEZ LES UDI



## SPHERES D'INFLUENCE

E: Environnement social

M: Milieu de vie

H: Hôte (Individu)

A: Agent (Drogue)

Conception: Pierre Brisson, 1995

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 11B**

ÉDUQUER

## SIDA et toxicomanies intraveineuses : évolution des comportements à haut risque

Carmen Rodriguez Angulo \* et Teresa Rubio Escriba \*

Au cours de ces dernières années, le SIDA a fait son apparition, le premier cas détecté en Espagne remontant à 1980. Cette maladie affecte principalement deux groupes de la population : les homosexuels et les toxicomanes par voie intraveineuse.

Le travail que nous présentons ici s'est intéressé à ce dernier secteur de la population. Ce que nous avons cherché à étudier, c'est la modification du comportement des héroïnomanes par voie intraveineuse, à l'égard de l'échange des seringues usagées, suite à une information de cette population sur l'existence du SIDA. Parmi nos variables, nous avons pris en considération la présence ou l'absence de traitements antérieurs. En effet, 67 % de notre échantillon a suivi au moins une phase de désintoxication, au cours de laquelle on a pu leur donner une information spécialisée et personnalisée, avec insistance. Indépendamment du type particulier de désintoxication dont il peut s'agir, le fait d'avoir reçu cette information peut créer une différenciation, par rapport au reste de la population des toxicomanes.

\* Unité de désintoxication des pharmacodépendances.  
Hôpital de Bellvitge, Espagne.

### MÉTHODOLOGIE

L'étude a été menée dans l'Unité de Désintoxication des Dépendances aux drogues (U.D.D.) sur base des renseignements recueillis auprès des malades admis dans ce service entre juin 1988 et juin 1989. Au total, l'échantillon regroupait les dossiers de 118 patients. Certains d'entre eux (16, soit 14 %) sont partis volontairement avant d'avoir pu compléter le questionnaire. Ce dernier était en effet présenté au malade quelques jours après son admission à l'U.D.D., lorsqu'il s'était quelque peu habitué à l'endroit et qu'il se montrait plus communicatif.

L'échantillon final comporte donc les données de 102 patients (84 hommes et 18 femmes), âgés de 19 à 40 ans. 97 % d'entre eux avaient consommé de l'héroïne par voie intraveineuse, quotidiennement, pendant une durée moyenne de 53 mois. Ces patients étaient en général envoyés par le Centre Ambulatoire des Toxicomanies.

L'instrument utilisé dans cette étude est un questionnaire rédigé par l'équipe de thérapeutes. Il a été

appliqué au cours d'une séance d'entrevue structurée, à question directe, par l'équipe des infirmières.

Certains items du questionnaire portent sur des thèmes comme les comportements de délinquance, les pratiques sexuelles, etc. L'information recueillie peut donc avoir été déformée par le sujet, raison pour laquelle nos résultats peuvent contenir une certaine marge d'erreur.

Nous avons extrait 20 items du questionnaire initial, qui était beaucoup plus long. Notre choix a été guidé par le sujet qui nous occupe dans ce travail. Nous avons regroupé ces items en trois blocs, par souci de simplification :

### - Bloc 1 :

Filiation et données socio-démographiques :

Âge, sexe, lieu de naissance, origine des parents, niveau d'études du patient, profession, travail, statut social et état civil.

### - Bloc 2 :

Autres données épidémiologiques :

Antécédents de toxicomanie dans la famille, durée de la consommation de drogue par le patient et périodes d'abstinence, forme sociale de la consommation, drogue principale, quantité d'héroïne, traitements antérieurs, motivation de l'arrêt actuel.

### - Bloc 3 :

Dans ce groupe de données, nous avons mis ce qui concerne directement notre sujet d'étude. Nous en parlerons de manière plus détaillée dans la suite de cet exposé, citons pour exemple : le taux de séropositivité dans notre population, les pratiques sexuelles, l'échange de seringues usagées. Nous nous intéressons particulièrement aux modifications intervenues dans les réponses aux deux derniers items, depuis l'apparition du SIDA.

## DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

L'âge des patients varie de 19 à 40 ans, la moyenne étant de 26 ans. Il y a 84 hommes (82 %) et 18 femmes (18 %). Le lieu de naissance nous indique que la plupart d'entre eux proviennent soit de la province de Barcelone (28 sujets), soit d'Andalousie (22 sujets), les autres provenances se distribuant par ordre décroissant.

Nous avons examiné l'origine géographique des parents, sans remarquer de différences importantes. Voici quelques commentaires significatifs à ce propos : on notera que la grande majorité des parents proviennent d'Andalousie (49 pères, soit 48 % et 48 mères, soit 47 %); 20 pères (20 %) et 18 mères (18 %) sont d'origine catalane, et le restant se répartit de façon très dispersée.

Il faut savoir que la zone de référence démographique de l'hôpital de Bellvitge concerne une population qui provient en majorité d'autres régions du pays, économiquement plus défavorisées.

Le niveau d'études de nos patients se situe en majorité au niveau primaire (69 sujets, soit 68 %). La distribution des autres catégories scolaires est la suivante: formation professionnelle (19 sujets, 19 %), baccalauréat supérieur (8 sujets, 8 %), études universitaires (4 sujets, 4 %) et sans études (2 sujets, 2 %).

Le niveau professionnel est représenté en majorité par des salariés non qualifiés (52 sujets, 51 %). Suivent les salariés qualifiés (26 sujets, 26 %), puis des groupes nettement plus réduits : industrie et commerce (4 sujets, 4 %), professions libérales (4 sujets, 4 %), prostitution (1 sujet, 1 %), forces de sécurité (1 sujet, 1 %), administration (1 sujet, 1 %) et enfin, 8 sujets, soit 8 % sans profession.

Il y a une petite majorité de chômeurs non rétribués (30 sujets, 29 %), 27 ont un travail occasionnel (26 %), 22 sujets ont un travail fixe (22 %). Il y a 20 chômeurs rétribués (20 %), et 3 sujets n'ont jamais travaillé (3 %).

Le statut social est en général bas dans 39 cas (38 %). Ensuite, on compte 30 sujets (29 %) appartenant à la classe moyenne, et 26 (25 %) à la classe moyenne inférieure. 5 sujets proviennent de la classe moyenne supérieure (5 %) et 2 (2 %) à la classe sociale supérieure.

Une grande majorité d'entre eux (60 sujets, 59 %) vivent avec leurs parents, contre 26 (25 %) qui vivent en couple, et 11 sujets (11 %) vivent seuls. Signalons enfin

que 2 sujets vivent avec des amis (2 %), et 3 autres sujets (3 %) sont repris dans une rubrique «divers».

Nous avons pu relever des antécédents de toxicomanie dans la famille pour 41 cas (42 %). Il s'agit, pour 30 (73 %) d'entre eux d'alcoolisme, le restant, soit 11 (27 %) étant constitué de toxicomanies diverses. Toujours à propos des antécédents, mais cette fois, sans spécifier le type de dépendance, on dénombre 11 sujets (11 %) avec un antécédent de toxicomanie dans la famille, 1 sujet (1 %) avec un antécédent de délinquance dans la famille, et 48 sujets (47 %) sans antécédent de dépendance dans la famille.

La durée de la phase de dépendance et le temps accumulé des périodes d'abstinence sont extrêmement variables et leur distribution est très dispersée.

La durée de la phase de dépendance varie d'un minimum de 7 mois à un maximum de 150, la moyenne se situant à 53 mois (E.T. 36). Le temps accumulé des périodes d'abstinence est compris entre 0 et 60 mois, avec une moyenne de 13 mois (E.T. 14).

Abordons maintenant la forme sociale de la consommation de drogue : 50 sujets (49 %) consomment leur drogue seuls, ensuite, on compte 22 sujets (22 %) qui le font en compagnie de leurs amis, 13 (13 %) en couple et 17 (17 %) utilisent des formes variées.

La principale drogue est l'héroïne (99 cas, 97 %), face à 3 cas (3 %) divers.

La quantité d'héroïne consommée est très variable, elle oscille entre un minimum de 1/8 g par jour (2 sujets, 2 %), et un maximum de 1 g par jour, pour 11 sujets (11 %). Pour la majorité de notre échantillon, la consommation est de 1/4 à 1/2 g par jour (45 sujets, 44 %). Par ordre décroissant, on dénombre ensuite une consommation de 1/2 à 1 g par jour pour 32 sujets (31 %), et 1/8 à 1/4 g par jour pour 10 sujets (10 %).

Nous avons pu relever 2 cas (2 %) qui ne consommaient pas d'héroïne depuis des mois, mais qui étaient devenus dépendants d'autres substances opiacées à l'occasion d'un traitement antérieur de désintoxication.

La plupart de nos sujets avaient déjà suivi plus d'une fois un traitement de désintoxication (65 cas, 64 %); 22 sujets (22 %) avaient reçu un traitement antérieur, et 15 (15 %) n'en avaient jamais fait l'expérience.

La plupart des sujets de notre échantillon (86, soit 84 %) quittèrent le service de soins au terme du traitement, ce qui représente une grande majorité. Notons par ailleurs que 12 sujets (12 %) s'en allèrent après avoir passé le questionnaire, et que 2 sujets (2 %) furent expulsés du service. On a également enregistré un certain nombre de fugues. Rappelons enfin que 16 patients n'ont pu être inclus dans notre échantillon, car ils s'en allèrent avant d'avoir pu répondre à l'enquête.

## SÉROPOSITIVITÉ. ÉCHANGES DE SERINGUES USAGÉES. PRATIQUES SEXUELLES.

Pour ces malades, la mise en commun d'une seringue devient une forme d'identification au groupe. Ces individus se maintiennent à l'écart de tout ce qui est établi communément, au plan de la vie sociale. De leur point de vue donc, ce rituel qui consiste à se passer la seringue l'un à l'autre leur permet de se sentir admis dans un groupe.

Nous avons analysé ce comportement dans notre échantillon, de même que les pratiques sexuelles, et nous avons cherché à mettre en évidence les éventuels changements survenus depuis l'apparition du SIDA. Nous avons donc observé le taux d'incidence de la séropositivité en rapport avec ces variables comportementales.

Nous pouvons déjà commencer par dire que dans notre échantillon de 102 patients, 68 % sont séropositifs, contre 32 % séronégatifs.

Nous avons formé 3 sous-groupes autour de l'habitude de s'échanger des seringues, avant l'apparition du SIDA : un groupe où les échanges sont une habitude, un deuxième où les échanges sont sporadiques, et un troisième, dans lequel il n'y a pas d'échanges de seringue.

Les résultats (tableau 1) sont les suivants :

Dans notre échantillon de 102 patients, 77 (76 %) s'échangeaient les seringues, avant de connaître l'existence du SIDA. Parmi eux, 55 (71 %) le faisaient de manière sporadique (soit 54 % de l'échantillon total), 22 (29 %) le faisaient habituellement (soit 22 % de l'échantillon total). Seuls 25 malades (25 %) ne s'échangeaient jamais la seringue.

Parmi les 55 patients qui s'échangeaient la seringue de manière sporadique, on pouvait dénombrer 42 (76 %) séropositifs et 13 (24 %) séronégatifs. Dans le groupe où les échanges étaient une habitude, on en dénombre 18 (82 %) séropositifs et 4 (18 %) séronégatifs. Parmi les 25 qui ne s'échangent jamais la seringue, 9 (36 %) sont séropositifs, et 16, (64 %) sont séronégatifs.

Après avoir pris connaissance de l'existence du SIDA, les données ont changé de façon substantielle.

- Pas d'échanges de seringues :

À présent, l'effectif de ce groupe s'élève à 63 sujets (62 %). On constate donc une augmentation de 38 sujets (37 %). Avant de connaître l'existence du SIDA, ces sujets faisaient partie du groupe des échanges sporadiques (30 sujets de ce groupe), et 8 sujets s'échangeaient habituellement la seringue. Ces 2 sous-

l'échantillon. De ces 63 sujets, 36 (57 %) sont séropositifs, et 27 (43 %) sont séronégatifs.

- Moins d'échanges de seringues :

28 patients (27 %) échangent moins souvent leurs seringues, après information. Ils viennent soit du sous-groupe dans lequel l'échange était habituel (18 sujets, soit 7 % de l'échantillon total), soit du sous-groupe dans lequel les échanges étaient sporadiques (8 % de l'échantillon). Parmi ces 28 sujets, 24 (86 %) sont séropositifs, et 4 (14 %) sont séronégatifs.

- Pas d'amélioration dans les habitudes d'échanges de seringues :

On trouve 11 patients (11 %) dans ce cas. Ils appartenaient au sous-groupe des échanges sporadiques (7 sujets, soit 7 % de l'échantillon). Sur ces 11 patients, 8 (73 %) sont séropositifs, et 3 (27 %) sont séronégatifs.

Tableau 1. — Échanges de seringues avant de connaître l'existence du SIDA.

	Sporadiques	Habituels	Pas d'échanges
Échanges de seringues	55 (54 %)	22 (22 %)	25 (24 %)
HIV + (%)	42 (76 %)	18 (81 %)	9 (36 %)
HIV - (%)	13 (24 %)	4 (18 %)	16 (64 %)

Pour ce qui est des pratiques sexuelles, nous avons remarqué une forte augmentation dans l'usage de préservatifs, puisque 30 % des sujets déclarent leur utilisation, 68 % d'entre eux étant séropositifs, contre 33

Tableau 2. — Échanges de seringues après la prise de connaissance du SIDA.

	Pas d'échanges	Sporadiques	Habituels	Total	HIV +	HIV -
Pas d'échanges	25	30	8	63 (62 %)	36 (57 %)	27 (43 %)
Moins d'échanges	—	10	18	28 (27 %)	24 (86 %)	4 (14 %)
Pas d'amélior.	—	7	4	11 (11 %)	8 (73 %)	3 (27 %)

groupes représentent actuellement 48 % et 13 % de l'effectif de ceux qui ne s'échangent pas la seringue, soit respectivement, 29 % et 8 % de l'effectif total de

% de séronégatifs. Il est à signaler que les sujets qui ont modifié leurs pratiques sexuelles en plus d'un aspect (concernant, par exemple les changements de partenaires, l'usage de préservatifs...) représentent 6 %

de l'échantillon, tous des sujets séropositifs. Nous avons dû écarter beaucoup d'aspects concernant les pratiques sexuelles (prostitution, homosexualité...) à cause de leur manque de fiabilité, car des regroupements entre items différents nous ont permis de démontrer que les réponses avaient été falsifiées.

Si nous comparons ces résultats avec d'autres variables de notre étude, nous en venons à dire, comme cela a été fait plus haut, qu'il est important de quantifier les changements de comportement intervenus chez les sujets qui ont déjà des antécédents de traitement, ou non. Il nous semble que ces phases de traitement sont des occasions pour faire passer une information sanitaire, ou une véritable formation.

Les résultats se trouvent rassemblés dans le Tableau 3. Remarquons un total de 15 patients (15 %) qui n'avaient jamais subi de traitement antérieur. 10 d'entre eux échangeaient sporadiquement leurs seringues avant

d'être informés sur le SIDA. À présent, 4 sujets font moins d'échanges, 5 n'en font plus, et il n'en reste qu'un seul qui pratique des échanges sporadiquement. Dans ce même sous-groupe, un des patients avait l'habitude d'échanger les seringues, et il a réduit ce type d'échanges. Les 4 sujets restants n'ont jamais fait d'échanges de seringues usagées, ni avant, ni après information.

Dans notre échantillon, 22 sujets (22 %) avaient suivi un traitement antérieur. 15 d'entre eux échangeaient sporadiquement les seringues. Après information sur le SIDA, 3 de ces 15 sujets n'ont pas modifié leur comportement, 5 sujets ont fait moins d'échanges, et 7 sujets ont abandonné cette pratique. Dans le groupe des sujets habitués à échanger leurs seringues, il y avait 2 patients, qui, tous les 2, ont fait moins d'échanges après avoir reçu l'information. Enfin, dans ce sous-groupe, il reste 5 sujets, qui n'ont jamais fait d'échanges.

**Tableau 3. — Traitements antérieurs / Échanges de seringues.**

**3.1. — Sans traitement antérieur.**

Comp. pré-SIDA	Modification du comportement post-SIDA		
	moins d'éch.	pas d'échanges	pas d'amélior.
É. sporadiques - 10	4	5	1
É. habituels - 1	1	0	0
Pas d'échanges - 4	-	4	-
<b>Total - 15 (15 %)</b>	<b>5 - (33 %)</b>	<b>9 - (6 %)</b>	<b>1 - (7 %)</b>

**3.2. — Un traitement antérieur.**

Comp. pré-SIDA	Modification du comportement post-SIDA		
	moins d'éch.	pas d'échanges	pas d'amélior.
É. sporadiques - 15	5	7	3
É. habituels - 2	2	-	-
Pas d'échanges - 5	-	5	-
<b>Total - 22 (22 %)</b>	<b>7 - (32 %)</b>	<b>12 - (55 %)</b>	<b>3 - (14 %)</b>

**3.3. — Plus d'un traitement antérieur.**

Comp. pré-SIDA	Modification du comportement post-SIDA		
	moins d'éch.	pas d'échanges	pas d'amélior.
É. sporadiques - 30	9	18	3
É. habituels - 19	7	9	3
Pas d'échanges - 16	-	16	-
<b>Total - 65 (64 %)</b>	<b>16 - (25 %)</b>	<b>43 - (66 %)</b>	<b>6 - (9 %)</b>

65 sujets (64 %) avaient suivi plus d'un traitement antérieur. Parmi eux, 30 sujets pratiquaient des échanges sporadiques, avant information. Après, 3 sujets n'ont pas revu leurs habitudes, 9 sujets échangeaient moins souvent, et 18 ont abandonné les échanges de seringues.

Des 19 sujets qui avaient pris l'habitude d'échanger leurs seringues usagées, 3 sujets ont continué de même, 7 ont échangé moins souvent, et 9 ont arrêté de le faire. Enfin, nous avons relevé 16 patients qui n'ont jamais échangé leurs seringues.

Nous avons pu relever d'autres variables susceptibles d'influencer ces comportements à risque, ou de les modifier. Citons : le niveau d'études, le statut social, le fait de vivre chez les parents, la délinquance...

En général, nous avons remarqué que ces variables ne semblent pas avoir d'effets significatifs, mis à part le cas de la délinquance ou de séjours en prison, qui semblent s'associer à des habitudes comportementales de plus haut risque, et à une plus forte résistance à la modification de ces comportements. Nous avons effectivement constaté que 100 % des sujets de niveau d'études universitaires ou appartenant à la classe sociale supérieure n'échangeaient jamais leur seringues. Mais il faut nuancer ce résultat, puisqu'il ne concerne que 4 sujets de notre échantillon. Nous avons vu, en effet que la grande majorité de nos sujets ont un niveau d'études primaires, donc, étant donné cette différence massive dans l'effectif, on ne peut guère en tirer de conclusion pertinente.

## CONCLUSIONS ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

On se souviendra de l'étude réalisée par l'Institut de Recherches Neuro-psychiatriques de Madrid, publiée l'an dernier. Ce travail avait appliqué le test d'Eysenck à un groupe de toxicomanes. Dans les conclusions, on affirmait que ces sujets modifiaient leurs comportements à risque et leurs pratiques sexuelles, en prenant connaissance de leur séropositivité. Mais ensuite, une période de suivi s'étalant sur 90 jours avait permis de montrer que ces mêmes sujets revenaient peu à peu à leurs habitudes initiales.

Dans notre étude, nous n'avons pas réussi à mettre en place une telle période de suivi. Par contre, nous

avons pu montrer un changement de comportement depuis l'apparition du SIDA. Ce changement a lieu peut-être indépendamment du fait que les sujets prennent connaissance de leur séropositivité, car pour beaucoup d'entre eux, le test de séropositivité n'a été effectué qu'au moment de leur entrée à l'U.D.D.

Rappelons ici les principales observations que nous avons pu faire :

- Dans tout l'échantillon, seuls 25 sujets n'ont jamais fait d'échanges de seringues usagées.
- Après information sur le SIDA, seuls 11 sujets n'ont pas modifié leurs habitudes à risque. Les autres ont diminué la fréquence des échanges, ou y ont renoncé.
- Dans notre échantillon, on peut constater qu'une majorité des sujets a cessé d'échanger les seringues usagées, après avoir pris connaissance de l'existence du SIDA.
- En ce qui concerne les pratiques sexuelles, le changement intervenu va dans le sens d'un usage plus fréquent des préservatifs.

Il existe une recherche très récente (Robertson, 1988), qui étudie le suivi des modifications des comportements à risque. On y fait remarquer que les changements observés dans les pratiques sexuelles et les échanges de seringues usagées sont en relation avec la réalisation de campagnes de conscientisation. Ces campagnes comportent la diffusion d'une information claire et la distribution gratuite de seringues, et font partie d'un programme de prévention du SIDA.

Beaucoup d'autres auteurs rejoignent les conclusions de Robertson. Au vu de nos résultats, nous nous sentons obligés d'appuyer ces propositions. En particulier, il nous semble important de souligner la variable que constitue la présence de traitements antérieurs. Ces phases de traitement, nous les considérons comme des occasions privilégiées pour la prise de conscience et l'information sanitaire.

Il est vrai que nous n'avons pas pu démontrer de fortes différences dans le renoncement aux échanges de seringues entre le sous-groupe de toxicomanes n'ayant pas eu de traitement antérieur, et le sous-groupe de ceux qui en avaient fait l'expérience. Mais il semble se dessiner une tendance modérée, et relativement peu significative au plan statistique, dans le sens de l'abandon de cette habitude chez les sujets qui ont reçu

plus d'un traitement antérieur. Le fait mérite quand même d'être mis en évidence, étant donné qu'il s'agit du sous-groupe dans lequel la consommation évolue le plus : c'est, en quelque sorte le groupe le plus sévèrement atteint par la dépendance.

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARENAS, F.P., 1988, «Modificaciones en la vía de administración de la heroína en Sevilla». *Rev. Esp. Drogodependencias*. 13(1) : 51-52.
- BUNNING, E.C., *et al.*, 1986, «Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam». *Lancet*.
- COE, R.M., 1973, «Sociología de la Medicina». Alianza Universal.
- EDWARDS, G., ARIF, A., 1981, «Los problemas de la droga en el contexto socio-cultural». Cuadernos de salud pública, Nº 73, OMS, Ginebra-1981.
- ESCOHOTADO, A., 1989, «Historia de las drogas». Alianza Editorial.
- FREIDSON, E., 1978, «La profesión médica». Homo sociologicus. Ed. Peninsula.
- HANDLARZ, M.C., 1978, «Los drogadictos». Ed. Paidós.
- MEJIAS, E., 1988, «Prevención del SIDA en drogodependientes y en grupos de riesgo afines». *Comunidad y drogas*. pp. 61-80.
- ROBERTSON, J.R., *et al.*, 1988, «HIV infection in intravenous drug users: a follow-up study indicating changes in risk taking behaviour». *Br. J. of Addiction*. 83 : 387-391.
- SANCHEZ, J., BRIGOS, B., CAMI, J., 1989, «Evolución de una muestra de heroinómanos dos años después del inicio del tratamiento (proyecto Emetyst)». *Medicina clínica*, pp. 135-139.

#### SOMMAIRE

Une information sur le SIDA a suscité une diminution significative des comportements à risque (partage des seringues et rapports sexuels non protégés) au sein d'un échantillon de 102 usagers d'héroïne par voie intraveineuse à Barcelone.

#### ABSTRACT

Facts about AIDS regarding the sharing of needles and unprotected sex led to a significant reduction in risk behaviour in a sample group of 102 intravenous heroin users in Barcelona.

#### SUMARIO

La información sobre el SIDA produjo una disminución significativa de comportamientos de riesgo (intercambio de jeringas y relaciones sexuales no protegidas) en una población de 102 adictos a la heroína de uso intravenoso, en Barcelona.

MASSON, P.A. (1994). *Les stéroïdes anabolisants : état de la question et risque d'infection au VIH chez les utilisateurs. DSP, RSSS Montérégie.*



RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
MONTÉRÉGIE

**Les stéroïdes anabolisants :  
état de la question et  
risque d'infection au VIH  
chez les utilisateurs**

Direction de la Santé publique

17 mai 1994

*Ce document a été élaboré par:*

*Paul André Masson  
Médecin-conseil  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la Santé et des Services  
sociaux de la Montérégie*

*Sincères remerciements aux intervenants de l'équipe  
MTS-SIDA du module maladies transmissibles de la  
direction de la Santé publique pour leur support, leur  
expertise et leurs commentaires dans la réalisation du  
présent document:*

- Suzanne Auger, agente de planification socio-sanitaire*
- Joanne Émond, médecin-conseil*
- Maryse Guay, médecin-conseil*
- Danièle Longpré, médecin-conseil*
- Danièle Moore, agente de planification socio-sanitaire*
- Ghislaine Robitaille, médecin-conseil*

*Enfin, des remerciements particuliers à Madame  
France B. Robidoux, secrétaire et Monsieur Alain Déry,  
technicien en documentation, pour leur précieuse  
collaboration.*

---

**TABLE DES MATIÈRES**

---

I	Introduction .....	1
II	Stéroïdes anabolisants .....	1
	1. Classes .....	2
	2. But et efficacité .....	5
	3. Autres substances dopantes .....	6
	4. Modes d'utilisation .....	8
	5. Modes d'administration .....	8
	6. Effets secondaires .....	9
	7. Détection .....	9
	8. Approvisionnement .....	10
	9. Prévalence d'utilisation .....	11
III	Stéroïdes anabolisants et partage de seringues .....	12
IV	Stéroïdes anabolisants et infection au VIH .....	13
V	Interventions à privilégier .....	14
VI	Conclusion .....	16
VII	Bibliographie .....	17

## I. INTRODUCTION:

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est un problème sérieux de santé publique associé à trois principaux facteurs de risque: les relations sexuelles, l'utilisation de drogues injectables et la transfusion sanguine. Depuis le début de cette épidémie, la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) lors de l'utilisation de drogues injectables a toujours été associé aux drogues injectées par voie intraveineuse, comme la cocaïne, l'héroïne, etc...

Suite à certaines constatations faites récemment dans quelques centres de distribution et d'échange de seringues pour usagers de drogues intraveineuses (UDI) où des utilisateurs de stéroïdes anabolisants, par voie intramusculaire, désiraient s'approvisionner en seringues stériles, les responsables du dossier MTS-Sida de la Santé publique de la Montérégie ont amorcé une réflexion visant à évaluer l'importance de ce facteur de risque face à l'infection au VIH dans cette clientèle d'utilisateurs.

Ce document vise donc à répondre aux interrogations qui se posent face à l'évaluation d'un tel risque, à savoir, l'importance et les modalités de consommation, les risques d'infection au VIH et enfin, les interventions de santé publique face à ce facteur de risque qui menace les utilisateurs de stéroïdes anabolisants.

## II. STÉROÏDE ANABOLISANTS:

Les stéroïdes anabolisants (S.A.) sont des dérivés synthétiques de l'hormone mâle testostérone dans lesquelles l'effet androgénique (masculinisateur) est minimisé au profit de la propriété anabolisante responsable du développement musculaire recherché en athlétisme. L'action androgénique n'est jamais totalement absente des stéroïdes anabolisants mais réduite tout au plus de 25%. Par conséquent, les stéroïdes anabolisants conservent les mêmes effets secondaires que la testostérone<sup>1</sup> et ils sont d'autant plus amplifiés que les utilisateurs multiplient habituellement la dose recommandée par 10 à 100 fois<sup>2</sup>. Ces stéroïdes dérivés de la testostérone

sont distincts de ceux produits par le cortex surrénalien qui n'ont pas d'action anabolique et qui sont habituellement utilisés comme agents anti-inflammatoires.

L'utilisation de ces substances en athlétisme a pris beaucoup d'ampleur publicitaire depuis leur bannissement par la Commission médicale du Comité International olympique (CIO) en 1974 et plus près de nous depuis qu'ils ont fait l'objet de tests de dépistage en 1976 au cours des Jeux olympiques de Montréal. Qu'on se rappelle aussi toute l'importance médiatique accordée aux records de vitesse du canadien Ben Johnson sous l'influence des stéroïdes anabolisants<sup>3</sup>.

Devant l'importance de ce problème, le Gouverneur général du Canada, le 5 octobre 1988 a nommé commissaire Charles L. Dubin "pour faire enquête et formuler des recommandations sur le recours aux drogues et pratiques interdites pour améliorer la performance athlétique". Suite à son mandat, la commission émettait quelques 70 recommandations dont l'une (#20) touche la reclassification des stéroïdes anabolisants comme "drogues contrôlées" au niveau de la Loi sur les aliments et drogues<sup>3</sup>. À l'heure actuelle, ces drogues ne s'obtiennent que sur prescription d'un médecin, d'un dentiste ou d'un vétérinaire (Loi sur les aliments et drogues: Article 38 et Annexe G).

#### 1. CLASSES:

Il existe sur le marché plusieurs classes de stéroïdes anabolisants qui ne diffèrent entre eux que par les modifications structurales apportées à la molécule originale de la testostérone dans le but de réduire son potentiel androgénique ou de modifier son délai d'absorption<sup>4,5</sup>. L'énumération suivante constitue la liste des principaux<sup>1</sup>:

- \*Androstanolone (stanolone).
- \*\* Andractim® (Besins-Iscovesco).  
 Ermalone® (Roussel).  
 Neodrol® (Pfizer).  
 Protona® (Ethica, Canada).  
 Stanaprol® (Pfizer, Canada).
- Androstènediol.**  
 Bisexovis® (Vister, Italie).  
 Stèrandiol® (Gréy-Longuet).
- Drostanolone (dromostanolone).**  
 Drolban® (Lilly).  
 Masterid® (Grünenthal).  
 Permastril® (Cassenne).
- Ethylestrénol**  
 Durabolin O® (Organon).  
 Orabolin® (Organon).  
 Orgabolin® (Organon).
- Métandiène (méthandrosténolone).**  
 Dianabol® (Ciba-Geigy).  
 Lanabolin® (Labatec, Suisse).  
 Metabolina® (Guidi, Italie).
- Méténolone (méthylandrostanolone).**  
 Nibal® (Squibb).  
 Primobolan® (Schering).
- Méthandriol (méthylandrostènediol).**  
 Métandiol® (Roussel).
- Méthandriol (suite)**  
 Neosteron® (Organon).  
 Protandren® (Ciba-Geigy).
- Nandrolone (norandrostanolone).**  
 Anador® (Logeais).  
 Anadur® (Leo).  
 Durabolin® (Organon).  
 Dynabolin® (Théramex).  
 Kératyl® (Novopharma).
- Noréthandrolone.**  
 Nilevar® (Searle).
- Oxandrolone.**  
 Anavar® (Searle).
- Oxymestérone.**  
 Oranabol® (Farmitalia).  
 Théranabol® (Théraplix).
- Oxymétholone.**  
 Anapolon® (I.C.I.).  
 Nasténon® (Syntex).  
 Plenastril® (Grünenthal).
- Stanozolol**  
 (androstanazole).  
 Stromba® (Winthrop; Bayer).  
 Strombaject® (Winthrop).  
 Winstrol® (Zambon).
- Trenbolone.**  
 Finaplix® (Hoechst).  
 Parabolan® (Negma).

\* NOM GÉNÉRIQUE

\*\* NOM COMMERCIAL

Selon les statistiques recueillies par la Commission médicale du CIO, les types de stéroïdes anabolisants décelés entre 1986 et 1989 selon leur importance ou fréquence d'utilisation sont les suivants:

Types de stéroïdes anabolisants décelés dans l'urine d'athlètes olympiques, de 1986 à 1989: nombre de cas.

Stéroïdes anabolisants	1986	1987	1988	1989
Nandrolone	250	262	304	224
Testostérone	22	83	155	166
Stanozolol	19	37	89	77
Méténolone	28	42	60	22
Métandiénone	72	27	54	37
Méthyltestostérone	25	20	33	25
Oxandrolone	10	6	22	10
Boldénone	--	17	19	11
Déshydrochlorméthyltestostérone	5	7	16	12
Oxymétholone	2	3	12	11
Mestérolone	1	1	11	8
Clostébol	4	9	6	4
Drostanolone	--	1	4	2
Formebolone	--	--	2	--
Fluoxymestérone	--	3	1	--
Méthandriol	--	1	1	--
Trenbolone	--	--	1	--
Noréthandrolone	1	1	--	--
Quinabolone	--	1	--	--
Oxymesterone	--	--	--	1
Total	439	521	790	610

Source: Statistiques recueillies par la Commission médicale du CIO<sup>3</sup>.

## 2. BUT ET EFFICACITÉ:

Le but premier de l'utilisation des stéroïdes anabolisants est l'amélioration de la performance. Les effets réels des stéroïdes anabolisants n'ont jamais fait l'objet de recherches formelles; leur utilisation étant illégale, les diverses collectes de données sont difficiles. Ce ne sont la plupart du temps que les impressions ou les affirmations des utilisateurs qui ont déterminé leur efficacité relative<sup>2</sup>.

Une étude exhaustive de l'American College of Sports Medicine<sup>6</sup> conclut que les stéroïdes anabolisants auraient la possibilité d'augmenter la masse et la force musculaire d'un individu s'ils sont associés à une diète et un entraînement physique adéquats. Ils n'auraient cependant pas d'effet sur l'augmentation de l'oxygénation.

L'efficacité de ces drogues est d'autant plus difficile à prouver, qu'elle peut être la résultante d'autres facteurs concomitants ou associés:

- le type de diète
- l'intensité de l'entraînement physique
- la rétention de sodium et de liquide
- l'association simultanée d'autres drogues
- la dose et le type de stéroïdes utilisés
- la durée d'utilisation
- les facteurs génétiques
- les facteurs psychologiques
- etc.

Suite à leur étude, Buckley et col.<sup>6</sup> évaluent que 57.8% des utilisateurs de stéroïdes anabolisants croient que leur force musculaire s'est accrue au dessus de la normale, alors que 27.8% des autres répondants non utilisateurs ne sont pas d'accord avec cette opinion. Il semble de plus exister une corrélation entre cette croyance et la pratique des sports: 65.4% des sportifs utilisateurs de stéroïdes anabolisants estiment cette croyance réaliste, alors que seulement 35.1% des sportifs non utilisateurs partagent la même opinion.

Dans son rapport, suite à la commission d'enquête Dubin, le commissaire cite: "Les données recueillies au cours de cette enquête montrent sans conteste que les stéroïdes anabolisants améliorent la performance athlétique. L'un après l'autre, les témoins nous ont parlé des effets positifs suivants: augmentation de la force et de

la taille; plus grande capacité de s'entraîner avec intensité; de résister à la douleur des séances d'entraînement et de récupérer... Entraîneurs et médecins, qui sont les mieux placés pour observer les athlètes, nous ont aussi, de façon non équivoque, vanté les mérites des stéroïdes anabolisants comme moyen d'améliorer la performance...". Force est pour le commissaire Dubin d'admettre que "les stéroïdes anabolisants améliorent vraiment la performance athlétique"<sup>3</sup>.

L'utilisation des stéroïdes anabolisants n'a pas comme but exclusif l'augmentation de la performance athlétique. Dans son rapport final de l'Étude scolaire nationale sur la drogue et le sport<sup>9</sup>, le Centre canadien sur le dopage sportif mentionne que, parmi les répondants qui déclarent utiliser des S.A., 49.5% des garçons et 42% des filles l'ont fait pour améliorer leur apparence physique. Cette étude touchait 16,000 étudiants canadiens dont les âges s'échelonnent de 11 à 18 ans. Contrairement aux autres provinces canadiennes, au Québec la plupart des étudiants affirment utiliser les S.A. pour améliorer leur apparence physique.

### 3. AUTRES SUBSTANCES DOPANTES:

Parmi les autres substances dopantes utilisées, en association ou non aux stéroïdes anabolisants, citons<sup>3,5</sup>:

1. Les stimulants, tels que: amphétamine, cocaïne, caféine, strychnine, éphédrine, etc. Leur but est d'augmenter la compétitivité, l'attention et l'agressivité, tout en réduisant l'impression de fatigue.
2. Les narcotiques analgésiques, comme: codéine, héroïne, morphine. Ces substances sont utilisées pour élever le seuil de la douleur.
3. Les bêtabloquants: le propranolol et substances apparentées sont normalement utilisés pour contrôler l'hypertension artérielle, l'arythmie cardiaque, l'angine, etc. Dans le sport, ces substances auraient comme utilité de diminuer les effets nuisibles de l'activité sympathique, en particulier la tachycardie et les tremblements lors des épreuves de tir (carabine, arc, etc.).

4. Les diurétiques et autres substances apparentées seraient utilisés dans trois circonstances:
  - baisse rapide du poids pour conserver une classe de compétition ou compétitionner dans une classe inférieure.
  - dilution des substances dopantes dans les urines lors de test anti-dopage.
  - meilleure apparence du profil musculaire<sup>7</sup>.
5. La gonadotrophine chorionique: cette hormone stimule la production naturelle de stéroïdes anabolisants et permet d'augmenter le taux de testostérone tout en ne dépassant pas les limites imposées par la Commission médicale du CIO, c'est-à-dire un rapport: testostérone/ épitestostérone de 6:1.
6. L'hormone de croissance, GH (growth hormone): elle est utilisée pour stimuler le métabolisme des lipides et des hydrates de carbone dans le but d'améliorer la performance sportive. Cette substance devenait, avant son interdiction, intéressante pour les athlètes parce qu'elle n'était pas détectable lors des tests anti-dopage.
7. Thyroxine: hormone thyroïdienne qui produit une augmentation du métabolisme de base provoquant une meilleure compétitivité.
8. Bicarbonate: cette substance augmente le Ph musculaire et retarde l'apparition de la fatigue musculaire.
9. Le dopage sanguin: auto ou hétérotransfusion de sang total ou concentrés sanguins dont le but serait d'accroître l'oxygénation.

#### 4. MODES D'UTILISATION:

Il existe plusieurs modes d'utilisation des stéroïdes anabolisants<sup>2,4,5,6</sup>:

- Le "BLENDING": association d'un stéroïde avec une autre drogue
- Le "CYCLING": alternance de consommation et d'abstinence de stéroïdes selon un cycle régulier, ex.: consommation de 6 à 8 semaines suivie d'une abstinence de même durée
- Le "PLATEAUIING": atteinte d'un niveau non efficace
- Le "PYRAMIDING": augmentation graduelle de la dose puis diminution
- Le "SHOTGUNNING": technique de consommation au hasard
- Le "STACKING": utilisation de plus d'un type de stéroïde à la fois
- Le "TAPERING": baisse progressive de la consommation

#### 5. MODES D'ADMINISTRATION:

En ce qui concerne les modes d'administration des stéroïdes anabolisants, une étude de Perry et col.<sup>7</sup> démontre que la voie orale est préférée dans 24.2% des cas, la voie intramusculaire exclusive chez 8.1% des utilisateurs de stéroïdes anabolisants (UDI-S), alors que la majorité des consommateurs, c'est-à-dire 67.7%, associent la voie orale et la voie intramusculaire. Cette étude indique aussi que 58% des UDI-S ont utilisé la voie intramusculaire plus de 30 fois au cours de l'année précédente.

Cependant Buckley et col.<sup>8</sup> rapportent des chiffres inférieurs à ceux de cette étude: 38.1% des utilisateurs utilisent la voie orale et intramusculaire.

## 6. EFFETS SECONDAIRES:

Les effets secondaires des stéroïdes anabolisants sont multiples et ce d'autant plus qu'ils sont souvent consommés à des doses énormes (10 à 100 fois la dose usuelle):<sup>1,2,3,5,6,10</sup>. Parmi les principaux, citons:

- altération de la fonction hépatique
- problèmes cardio-vasculaires: hypertension, hypercholestérolémie, etc.
- troubles endocrinologiques: atrophie testiculaire, stérilité, gynécomastie, virilisation chez la femme (hirsutisme, atrophie des seins), etc.
- altération du système immunitaire: baisse de la production des immunoglobulines A, G, M.
- manifestations psychologiques: troubles du sommeil, irritabilité, agressivité, syndrome affectif, etc.
- troubles de la croissance chez l'adolescent: soudure prématurée des épiphyses.
- tumeurs du foie, du rein et de la prostate
- alopecie, acné, etc.

## 7. DÉTECTION:

Lors des test anti-dopage, les stéroïdes anabolisants sont détectés par un test urinaire. Cependant il est très difficile de préciser la durée d'abstinence nécessaire pour que ces drogues ne soient plus détectables lors des tests puisque leur concentration dans l'urine est fonction de multiples facteurs dont<sup>3</sup>:

- la durée et la fréquence de la consommation
- le type de stéroïde utilisé
- l'importance de la dose
- la capacité d'élimination de chaque individu
- etc.

On sait cependant que les athlètes cessent leur consommation quelques semaines avant la date prévue du test afin d'abaisser leur excrétion urinaire de stéroïdes à des niveaux non décelables. Les athlètes ont tenté par divers moyens de fausser ces tests soit par substitution d'urine, soit par l'utilisation de certaines substances dont l'effet masquant reste à prouver: bicarbonate de soude, acide citrique, probénicide, etc., ou soit en tentant de diluer l'urine par l'emploi de diurétiques<sup>3,4</sup>.

#### 8. APPROVISIONNEMENT:

Les stéroïdes anabolisants ne sont à peu près plus utilisés en médecine traditionnelle où leur usage était principalement indiqué comme adjuvant dans le traitement de l'hypogonadisme masculin, de l'endométriose, des métastases du cancer du sein, de l'ostéoporose, de certains états post-opératoires ou débilissants, etc.<sup>3,4,5</sup>.

Les utilisateurs de stéroïdes anabolisants peuvent se les procurer sur les marchés clandestins opérant dans les gymnases où l'on retrouve des distributeurs de même que la possibilité de commande par la poste. Les médecins, les vétérinaires et les pharmaciens constituent l'autre source d'approvisionnement<sup>3</sup>, quoique cette situation est rendue plus difficile maintenant au Canada, suite aux modifications de la Loi sur les aliments et drogues (article 38 et annexe G) qui en oblige la vente exclusivement sur prescription (drogues contrôlées). Aux États-Unis où ces substances subissent un contrôle semblable à celui du Canada<sup>14</sup>, selon l'Étude de Buckley<sup>8</sup>, 21% des étudiants consultés ont affirmé s'être approvisionnés chez un professionnel de la santé. Plus de 3 millions de prescriptions touchant ces produits sont faites chaque année aux États-Unis<sup>4</sup>.

Ces substances sont aussi vendues assez souvent par des amis ou connaissances des utilisateurs<sup>10</sup>.

Le Mexique a été pendant longtemps le pourvoyeur en stéroïdes anabolisants sur le marché noir. Suite à la fermeture de son principal laboratoire en 1989, c'est maintenant de l'Europe qu'originent les provisions nord-américaines, marché florissant, compte tenu du fait qu'il permet aux athlètes canadiens d'utiliser les mêmes produits que leurs compétiteurs européens<sup>3,8,10</sup>.

### 9. PRÉVALENCE D'UTILISATION:

On estime qu'aux États-Unis il existe 1,000,000 de consommateurs de stéroïdes anabolisants qui dépenseraient \$100 millions par année pour se procurer ces drogues sur le marché noir. On évalue de plus à 250,000 le nombre d'étudiants d'écoles secondaires qui ont utilisé des stéroïdes anabolisants et cette consommation chez les adolescents ne cesse de croître<sup>11</sup>. La médiane d'âge de la première consommation se situe à 18 ans dans la population générale; alors qu'elle est à 15 ans chez les adolescents<sup>12</sup>. Une étude de Buckley et col.<sup>8</sup> faite aux États-Unis auprès de 3403 étudiants de sexe masculin de 12e année répartis dans 46 écoles publiques et privées indique que 6.6% utilisent ou ont utilisé des stéroïdes anabolisants. De ce nombre, 47.1% ont consommé cette drogue pour des raisons de performance alors que 26.7% l'ont fait pour des raisons esthétiques. Vaughan et col.<sup>13</sup> rapportent un taux de consommation de 10.9% chez les étudiants de 9e et 10e année de trois écoles de l'État de New-York, et les utilisateurs sont majoritairement de sexe masculin. Johnson et col.<sup>10</sup> dans une recherche auprès de 1775 étudiants de 11e année de six écoles secondaires d'Arkansas indique un taux de consommation de 11.1% chez les garçons alors qu'il est négligeable chez les filles (0.5%). Cette étude identifie de plus les raisons de consommation: 64% désirent augmenter leur force physique, 50% leur poids, 27% leur apparence et 10% subissent l'influence d'amis consommateurs.

De son côté, l'Étude scolaire nationale sur la drogue et le sport faite auprès d'étudiants canadiens montre un taux d'utilisation de stéroïdes anabolisants de 2.8%, majoritairement dans le groupe d'âge 14-18 ans, avec une prédominance nettement masculine (4.1% vs 1.5%)<sup>9</sup>.

Le monde des gymnases privés n'échappe pas au phénomène. L'étude de Perry et col.<sup>7</sup> faite auprès de 160 personnes fréquentant ces gymnases montre un taux

de consommation de 38.8%, majoritairement dans un but de culturisme (71% des cas) et ce dans une proportion sensiblement égale selon les groupes d'âges:

20-24 ans = 32.3%

25-29 ans = 33.9%

30-34 ans = 30.6%

Fait intéressant, environ 75% des consommateurs dans les gymnases privés sont dans ces groupes d'âges (20-34 ans). La majorité (67.7%) utilise à la fois la voie intramusculaire et la voie orale.

### III STÉROÏDES ANABOLISANTS ET PARTAGE DE SERINGUES:

En dépit du fait que les athlètes ont tendance à considérer leurs corps comme un "temple" et qu'ils évitent de consommer d'autres substances nocives que les stéroïdes anabolisants, il n'en demeure pas moins qu'ils acceptent dans une certaine mesure d'échanger leurs seringues, risquant ainsi de se contaminer avec le VIH et le virus de l'hépatite B et d'en provoquer la propagation dans leurs communautés. La seringue à insuline distribuée dans les programmes d'échange pour utilisateurs de drogues injectables (UDI) étant peu adéquate à une injection intramusculaire qui requiert un volume plus important (2 à 5 cc.) et une aiguille plus longue, les UDI-S doivent alors faire appel au marché noir pour se procurer seringues et aiguilles, sinon ils en pratiquent l'échange.

Malgré le fait que la seringue distribuée dans les programmes d'échange soit peu adéquate pour une injection intramusculaire, Perry et col.<sup>7</sup> rapportent un taux de fréquentation des sites d'échange pour UDI conventionnels de 43.3% par les UDI-S dans l'un de leurs sites et de 36.4% dans un autre, alors que seulement 8 des 160 répondants révélaient qu'il y avait eu un partage de seringues entre personnes.

L'Étude scolaire nationale sur la drogue et le sport<sup>9</sup> vient de démontrer que 29.2% des utilisateurs de stéroïdes anabolisants avaient partagé leurs seringues avec

d'autres utilisateurs. Cette tendance diminue cependant avec l'âge, passant de 57.8% pour le groupe des 11 à 13 ans à 17.9% chez les 16 ans et plus.

Une étude récente de Durant et col.<sup>11</sup> auprès de 1881 étudiants de 9<sup>e</sup> année, a révélé un taux d'échange de 24.7% au cours des 30 jours qui ont précédé le questionnaire. Ces UDI-S ont tendance à se percevoir souvent comme invulnérables, ne se considérant pas partie de la classe générale des UDI.

#### IV STÉROÏDES ANABOLISANTS ET INFECTION AU VIH:

En dépit d'un taux d'échange de seringues très significatif tant dans la communauté athlétique qu'étudiante, il est à priori surprenant de voir le peu de cas d'infection à VIH reliés à ce facteur de risque dans la littérature médicale. En effet, on ne rapporte actuellement que trois cas documentés de transmission du VIH par le partage de seringues entre UDI-S<sup>15,16,17</sup>. À ce sujet, plusieurs hypothèses ou interrogations peuvent être soulevées:

1. La séroprévalence parmi les communautés UDI-S serait très faible;
2. L'injection intramusculaire serait moins à risque face au VIH que l'injection intraveineuse. Ne serait-elle pas plus à risque qu'une exposition professionnelle par piqûre?
3. Les UDI-S pratiquent leurs injections beaucoup moins souvent que les UDI et durant une période plus limitée.
4. Plus soucieux de leur santé, les UDI-S seraient plus enclins à stériliser leurs seringues.
5. Les UDI-S partageraient leurs seringues moins souvent que les UDI.
6. Les cas de SIDA reliés spécifiquement à ce facteur de risque seraient inclus dans les cas reliés à l'usage de drogues intraveineuses lors de l'enquête épidémiologique ou inclus parmi les cas où l'on n'a pas

retracé de facteurs de risque. Ne devrait-on pas indiquer ce facteur de risque dans les enquêtes épidémiologiques et les données statistiques?

Quoiqu'il en soit, les professionnels de la santé devraient toujours avoir à l'esprit la possibilité d'une infection à VIH chez un UDI-S en apparence d'excellente santé ou lorsqu'ils sont en présence d'un cas d'infection à VIH sans aucun facteur de risque identifiable<sup>18</sup>.

## V INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER:

La littérature sur le sujet est unanime pour affirmer que l'utilisation des stéroïdes anabolisants constitue un problème de santé important si l'on considère les effets secondaires à moyen et long terme et les risques de transmission du VIH dans une communauté où la séroprévalence semble être encore faible. Il existe de plus un consensus visant l'information comme moyen d'intervention à privilégier. La sensibilisation doit s'axer surtout sur l'importance des effets secondaires souvent permanents en regard d'une augmentation de la performance athlétique habituellement passagère<sup>6</sup>.

Les professionnels de la santé devraient lorsque possible insister sur l'importance des effets secondaires à la prise de stéroïdes anabolisants en démontrant à l'aide de tests hépatiques, formule sanguine et autres tests biologiques, l'incompatibilité entre cette consommation et l'image d'un corps en santé que se font les UDI-S. Les cliniciens devraient aussi mettre l'accent sur les dangers de l'infection au VIH et les façons de la prévenir<sup>19</sup>. Le "bouche à oreille" étant un moyen d'information privilégié chez cette clientèle, une telle confrontation peut provoquer beaucoup d'effets positifs<sup>6,7</sup>.

Dans une démarche de sensibilisation, il est important de considérer aussi les sources d'information les plus populaires chez ces individus. Selon Johnson et col.<sup>10</sup>, ce sont:

- Les amis:	51%
- La télévision:	41%
- Les "muscles magazines":	36%
- Les professionnels de la santé:	29%
- Les journaux:	20%

En déterminant les groupes à cibler, on doit garder à l'esprit qu'il s'agit d'une clientèle sous-estimée en termes de volume; les UDI-S en effet ont tendance à sous-déclarer l'importance de leur consommation dans le but de se conformer davantage à certains standards de comportements socialement acceptables<sup>8</sup>.

La littérature est unanime en ce qui concerne les clientèles à privilégier, c'est-à-dire le milieu scolaire et les gymnases privés. Au niveau scolaire, ce sont principalement les établissements à incidence plus sportive c'est-à-dire ceux qui possèdent ou opèrent des équipes organisées de sport, qu'elles soient intra ou extra-muros. Les interventions doivent s'adresser non seulement aux étudiants ou aux athlètes, mais elles doivent inclure leurs entraîneurs, moniteurs sportifs, éducateurs physiques, infirmières scolaires, etc.<sup>8,20</sup>. La sensibilisation doit s'effectuer auprès des clientèles les plus jeunes possible, sans négliger pour autant les plus âgées.

Les interventions doivent s'ajuster au profil des utilisateurs qui n'est pas uniforme<sup>9</sup>:

1. Les croyances et attitudes sont différentes selon les âges
2. Les garçons consomment beaucoup plus que les filles (4.1% vs 1.5%)
3. La consommation augmente avec l'âge
4. Les plus jeunes partagent beaucoup plus souvent leurs seringues
5. Les motifs de consommation sont souvent distincts: performance vs apparence
6. Les influences sont différentes selon les groupes d'individus: en athlétisme, ce sont surtout les entraîneurs qui influencent la consommation, alors que chez ceux et celles qui consomment dans le but d'améliorer leur apparence physique, ce sont les amis ou les connaissances qui orientent l'utilisation.

Le test anti-dopage en cours d'entraînement ou après les épreuves sportives avec sanctions si nécessaire, constituerait un outil essentiel. Cependant cette alternative est difficilement applicable à cause des coûts et des problèmes techniques inhérents à celle-ci<sup>2-19</sup>.

Il faut aussi garder en mémoire que les jeunes ont un goût inné du risque souvent alimenté par une pensée magique d'invulnérabilité.

Les interventions de sensibilisation sont d'autant plus susceptibles d'apporter les bénéfices escomptés qu'elles s'adressent à une clientèle pour qui la santé, la performance et la beauté constituent des valeurs fondamentales. À cet effet, Durant et col.<sup>12</sup> rapportent que le partage de seringue se situait à 30.6% chez les utilisateurs non informés et s'abaissait à 18.9% chez la clientèle sensibilisée aux conséquences néfastes de l'échange de seringues.

Ce type d'intervention devrait être priorisé si l'on considère que le taux d'infection au VIH semble être faible dans cette clientèle, si l'on considère aussi les effets néfastes pour la santé, et l'importance croissante de la consommation qui a maintenant débordé le sport d'élite pour pénétrer dans les vestiaires d'école et à peu près dans tous les gymnases du pays.

## VI CONCLUSION:

Cette revue de la littérature médicale attire l'attention sur l'importance de la consommation des stéroïdes anabolisants par injection et de la fréquence du partage de seringues chez ces utilisateurs.

Face à un tel risque de dissémination de l'épidémie au VIH dans ces communautés, il est impérieux pour les intervenants de santé publique et leurs partenaires de porter une attention particulière à cette clientèle dans le but d'éviter une explosion de cette infection, comme ce fut le cas dans plusieurs communautés d'utilisateurs de drogues injectables.

## VII BIBLIOGRAPHIE

1. Fattorusso V, Ritter O. Vademecum Clinique du diagnostic au traitement. (Paris: Éditions Masson 1993); 181.
2. Brower KJ. Anabolic steroids. *Psychiatric Clinics of North America* 1993; 16:97-103.
3. Dubin CL. Commission d'enquête sur le recours aux drogues et aux pratiques interdites pour améliorer la performance athlétique (Ottawa: Centre d'Édition du Gouvernement du Canada, 1990); 89-449.
4. Kennedy MC. Anabolic steroid abuse and toxicology. *Aust. NZ J Med* 1992; 22:374-381.
5. Goldman B. Anabolic Androgenic steroids, ergogenic and drug use in sports competition. Position paper of the International Federation of Bodybuilders 1988, Montréal; 5-26.
6. Hallagan JB, Hallagan LF, Snyder MB. Anabolic androgenic steroid use by athletes. *The New England J. of Medicine* 1989; 321: 1042-1045.
7. Perry HM, Wright D, Littlepage BNC. Dying to be big: a review of anabolic steroid use. *British J of Sports Medecine* 1992; 26:259-261.
8. Buckley WE, Yesalis III CE, Friedl KE, Anderson WA, Streit AL, Wright JE. Estimated prevalence of anabolic steroid use among male high school seniors. *JAMA* 1988; 260:3441-3445.
9. Centre Canadien sur le dopage sportif. Étude Scolaire Nationale sur la drogue et le sport. 1993. Gloucester, Ontario; 21-38.
10. Johnson MD, Jay S, Shoup B, Rickert VI. Anabolic steroid use by male adolescents. *Pediatrics* 1989; 83:921-924.

11. Durant RH, Rickert VI, Seymore Ashworth C, Newman C, Slavens G. Use of multiple drugs among adolescents who use anabolic steroids. *New England J of Medicine* 1993; 328:922-925.
12. Yesalis CE, Kennedy NJ, Kopstein AN, Bahrke MS. Anabolic - androgenic steroid use in the United States. *JAMA* 1993; 270:1217-1221.
13. Vaughan RD, Walter HJ, Gladis MM. Steroid use among adolescents: another look. *Aids* 1991; 5:112-113.
14. Hallagan JB, Thompson DR, Hallagan LF, Snyder MB. Letter. *The New England Journal of Medecine* 1990; 322:776.
15. Henrion R, Mandelbrot L, Delfieu D. Contamination par le VIH à la suite d'injections d'anabolisants. *La Presse Médicale* 1992; 21:218.
16. Nemechek PM. Anabolic steroid users - Another potential risk group for HIV infection. *New England J of Medecine* 1991; 325:357.
17. Sklarek MH, Mantovani RP, Erens E, Heisler D, Niederman MS, Fein AM. Aids in a bodybuilder using anabolic steroids. *New England J of Medecine* 1991; 311:1701.
18. Goldberg L, Bosworth E, Elliot DL, Bents R. Use of anabolic androgenic steroids by athletes. *New England J of Medecine*, 1990; 322:775-776.
19. Scott MJ, Scott Jr MJ. HIV infection associated with injections of anabolic steroids. *JAMA* 1989; 262:207-208.
20. Goldberg L, Bosworth EE, Bents RT, Trevisan L. Effect of an anabolic steroid education program on knowledge and attitudes of high school football players. *Journal of Adolescent Health Care* 1990; 11:210-214.

NOEL, Lina et GAGNON, Hélène (1993). *Le profil des toxicomanes en milieu urbain et semi-urbain et les comportements à risque pour la transmission du VIH*. Québec, Centre de Santé publique de Québec: 35-39

- Les toxicomanes qui ont participé à l'enquête ont en moyenne 30 ans pour les hommes et 28 ans pour les femmes. Ils sont peu scolarisés (76% des hommes et 67% des femmes sont sans diplôme d'études secondaires), sans emploi (86% des hommes et 88% des femmes sont sans emploi rémunéré) et ils vivent dans des conditions de pauvreté (29% des hommes et 20% des femmes sont sans domicile fixe). Cinquante pour cent des femmes et 30% des hommes ont des enfants .
- Les toxicomanes de la présente étude sont proportionnellement moins nombreux à avoir obtenu un score parfait pour les connaissances sur les MTS et le sida (34%) comparativement à celui observé dans l'enquête Santé-Québec auprès des jeunes de 15 à 29 ans (45%)(8). Toutefois, les toxicomanes qui ont été recruté au sein des organismes en toxicomanie et ceux qui indiquent avoir déjà consulté en désintoxication ont généralement une meilleure connaissance que ceux qui ont été recrutés dans la rue ou à Point de Repères et ceux qui n'ont jamais consulté.
- Malgré le niveau relativement élevé des connaissances sur les MTS et le sida, les toxicomanes présentent des pratiques à risque liées à leur toxicomanie, que ce soit le partage du matériel à injection et les relations sexuelles non-protégées. Au cours des 6 derniers mois, 84% des répondants ont consommé de la cocaïne (94% des UDI, 76% des non-UDI). Pour cette même période, 38% des UDI ont fréquenté les piqueries, 42% se sont fait faire leur injection par un partenaire de consommation dont ils ont utilisé les seringues dans 59% des cas et 46% ont partagé leur matériel à injection durant cette même période.
- À Québec, Point de Repères (64%) et la pharmacie (63%) sont les principales sources d'approvisionnement en seringues, tandis qu'en région semi-urbaine, la pharmacie (92%) et les amis UDI (39%) constituent les principales sources d'approvisionnement. Toutefois, à Québec comme en région semi-urbaine il n'y a pas de pharmacie ouverte la nuit.
- Les toxicomanes et plus particulièrement les UDI et les non-UDI ont de nombreux partenaires sexuels occasionnels (UDI 56%, non-UDI 74%) et s'adonnent à la prostitution (UDI 30%, non-UDI 10%). Au cours des 6 derniers mois 79% des prostitués mâle ont eut des partenaires de sexe masculin. Soixante-dix pour cent des toxicomanes utilisent le condom

(presque toujours ou toujours) lors de relations vaginales avec leurs clients. Cette proportion descend à 27% avec les partenaires occasionnels et à 19% avec les partenaires réguliers. Pour la relation anale, active ou passive, la proportion de ceux et celles qui rapportent utiliser le condom toujours ou presque toujours ne dépasse pas 25% et ce, même avec les clients.

- Les toxicomanes ont des taux de MTS et d'hépatite de trois à quatre fois supérieurs à celui de la population en général et un taux de séropositivité qui voisine les 10%. Le manque d'étude de séroprévalence auprès de ces groupes à Québec et dans les deux régions semi-urbaines de l'étude ne permet qu'une estimation approximative de la prévalence du VIH. Toutefois, parmi ceux qui rapportent avoir passé un test de dépistage, on constate que 9% des UDI, 10% des toxicomanes qui ont un partenaire sexuel UDI et 13,6% de ceux qui indiquent avoir partagé leur matériel à injection au cours des 6 derniers mois se déclarent séropositifs au VIH.
- Du point de vue de leur intégration à la société, ils font partie des groupes marginaux, sous-scolarisé et sans emploi. Les deux tiers d'entre eux ont déjà consulté en désintoxication et, 81% des femmes et 63% des hommes ont consulté pour un problème de santé au cours des 6 derniers mois. Leur source de revenu provient souvent d'activités illégales ce qui entraîne des démêlés avec la justice (82% ont déjà été arrêtés et 75% ont fait un séjour en prison). Soixante-trois pour cent des toxicomanes qui ont fait un séjour en prison ont consommé de la drogue durant leur séjour et près du quart l'ont fait par voie intraveineuse.
- Les risques du sida, ils en sont conscients mais ces derniers ne sont pas omniprésents comme le sont la crainte d'être battu, de faire un "overdose" ou d'être arrêté par la police. Seulement 33% s'estiment à haut risque pour la transmission du VIH.
- Les régions semi-urbaines ne sont pas à l'abri du phénomène de consommation par voie intraveineuse. Un nombre important de toxicomanes interviewés sont des UDI (45%) et, un plus grand nombre d'UDI partagent leur matériel à injection en région semi-urbaine comparativement à ceux en région urbaine.

A la lumière de ces données, il apparaît important de préparer des interventions visant à prévenir le passage à la consommation par voie intraveineuse chez les consommateurs de drogue. De plus, la sous-scolarisation des répondants laisse présumer un analphabétisme fonctionnel dont il faut tenir compte dans le développement de programmes et d'outils d'intervention auprès de cette clientèle.

Le partage des seringues est un comportement qui présente des risques importants pour la transmission du VIH et il peut être modifié. La plus grande accessibilité à du matériel stérile en milieu urbain permet de limiter le nombre d'UDI qui partagent leurs seringues. Cependant, il ne faut pas croire que ce processus de changement puisse se faire rapidement. Les informateurs indiquent avoir partagé des seringues avec des partenaires de consommation et ce même s'ils sont conscients des risques. Certains toxicomanes indiquent des trucs pour distinguer leur seringues de celles des autres consommateurs présents à l'appartement ou à la piquerie. Par ailleurs, plusieurs disent que quand le besoin se fait sentir ou quand la personne est sous l'effet de la drogue, la sécurité devient secondaire et le partage est fréquent. Cependant, plus le nombre d'UDI qui refusent de partager leur matériel à injection augmentera plus la norme en faveur du caractère personnel de la seringue se développera (une seringue c'est un effet personnel que je ne prête pas).

La clientèle des piqueries apparaît comme un groupe différent, ils connaissent

généralement bien le site d'échange de seringues (pour ceux de la région de Québec), mais ce ne sont pas des clients du site. Ils reçoivent bien les messages qui sont transmis par le travailleur de rue et ne refusent jamais ses visites. Ils ne sont pas prêt à se déplacer vers un lieu d'échange de seringues, mais ils se montrent intéressés par les services du programme de prévention. Il y a peut-être lieu de développer des programmes de prévention qui viseraient à encourager l'échange de seringues dans certaines piqueries.

Du point de vue des relations sexuelles non-protégées le défi est beaucoup plus important puisque les femmes, qui sont les plus concernées par la transmission hétérosexuelle du VIH, ne peuvent utiliser le condom sans le consentement des hommes. Elles sont souvent en situation de dépendance économique ce qui réduit d'autant plus leur pouvoir de négociation. Des programmes visant le regroupement des travailleuses et travailleurs du sexe en vue de leurs faire prendre conscience des risques du VIH devraient faire partie de nos préoccupations pour la prévention du VIH. Dans un contexte où 50% des femmes toxicomanes ont des enfants, il apparaît important de se préoccuper de la transmission mère-enfant et de développer une approche visant à les sensibiliser à l'importance de se protéger contre la transmission du VIH qu'elles risquent ensuite de transmettre à leurs bébés.

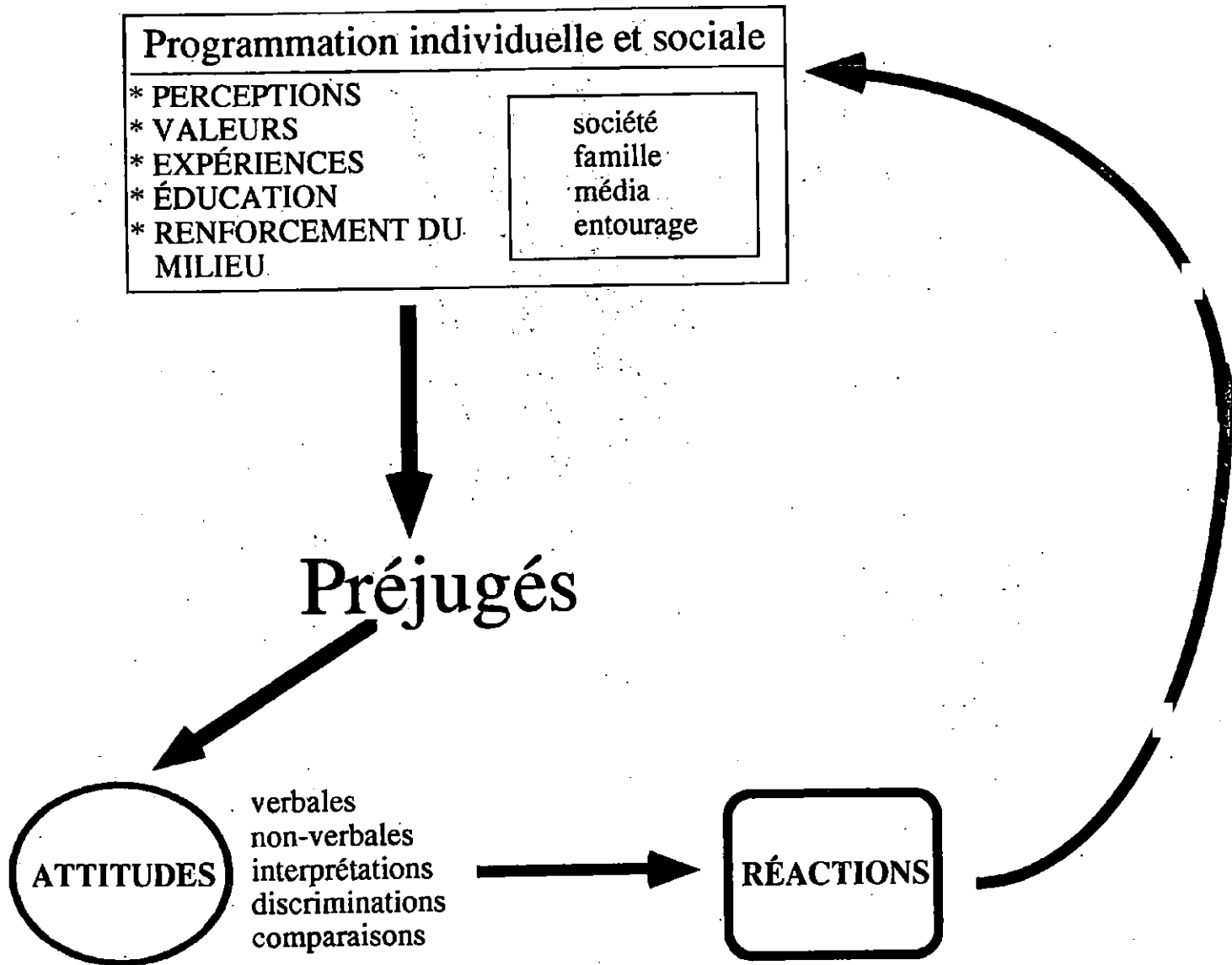
Les intervenants en toxicomanie sont de plus en plus nombreux à constater

l'ampleur du phénomène UDI. Ils sont plus informés sur le sida et ce sont eux qui interviennent auprès de la clientèle toxicomane et qui supportent les messages de prévention. Le rôle des intervenants en toxicomanie dans la prévention du sida est de la plus haute importance. Ils sont en relation avec la clientèle visée par les programmes de prévention et les données de la présente étude montrent que les toxicomanes qui ont déjà fréquenté un programme en toxicomanie ont un niveau de connaissance supérieure à ceux qui n'y sont jamais allés. En région semi-urbaine où la clientèle UDI est plus dispersée sur le territoire, les intervenants en toxicomanie apparaissent comme des alliés important pour la transmission des messages de prévention en toxicomanie et sur le VIH.

Au cours des prochaines années, le nombre de toxicomanes séropositifs ira croissant et ce sont les intervenants en toxicomanie qui seront appelés à fournir des services à cette clientèle. L'expérience française montre que les toxicomanes séropositifs se retrouvent du côté des services en toxicomanie plutôt que du côté des services de santé (communication personnelle Intersecteur de soins pour toxicomanies : Rennes). Ils se sentent plus à l'aise avec les gens qui les ont supportés dans leur problèmes de consommation et c'est vers eux qu'ils se tournent pour demander de l'aide lorsque survient cette grande difficulté. Un lien plus étroit entre les personnes impliquées dans la prévention du sida et les différents intervenants en toxicomanie permettra d'accroître l'efficacité dans la prévention et dans la distribution des services aux personnes séropositives.

# **ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 12**

# Le monde de mon tour du monde



Conception: Pierre PAQUIN, 1995

# Le monde de mon tour du monde

**NE PAS JUGER, CELA VEUT DIRE FAIRE CONFIANCE**

<b>QUE FAIRE ?</b>	<b>COMMENT ?</b>	<b>ATTITUDE</b>
<b>RÉCEVOIR</b>	<b>ÉCOUTER</b>	<b>DISPONIBILITÉ</b>
<b>ACCEPTER</b>	<b>NE PAS ÉTIQUETER</b>	<b>OUVERTURE</b>
<b>ACCOMPAGNER</b>	<b>S'AJUSTER</b>	<b>RESPECT</b>

**CONCEPTION: PIERRE PAQUIN, 1996.**

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 13A**

## Document vidéo

### **EXTRAITS**

Émission *3000 scénarios contre le sida* (TV5, 1994)

*Courts scénarios conçus par des jeunes et réalisés par des équipes professionnelles sur le thème de la lutte anti-sida.*

**Temps total: environ 5 minutes.**

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 13B**

COTÉ, P. (1991). Expérience de soins intégrés aux toxicomanes séropositifs à Montréal. In P.A. Vamos et P.J. Corriveau (dir.): *Drogues et société, d'aujourd'hui à l'an 2000* (590-591). Montréal, Le Programme de Portage relatif à la dépendance de la drogue Inc.

## Expérience de soins intégrés aux toxicomanes séropositifs à Montréal

*Pierre Côté, M.D.  
Clinique de l'Alternative  
Montréal (Québec)*

C'est en 1984 que les premiers cas de SIDA furent diagnostiqués à Montréal. Les personnes infectées provenaient en majorité de la population homosexuelle masculine. On se souciait alors très peu de la population toxicomane comme groupe-cible.

En 1991 cependant, cette réalité se transforme. On ne peut ignorer les usagers de drogues injectables lorsqu'on pense au VIH. Bien que le nombre d'UDI sidéens déclarés soit présentement minime au Québec, tous les intervenants s'accordent à dire que le nombre de nouveaux cas s'accroît de façon paniquante depuis un an. L'infection au VIH n'étant pas une maladie à déclaration obligatoire au Québec, les statistiques (cas de SIDA) le montreront dans plusieurs années.

Ces personnes infectées réclament donc des soins. Peu de médecins travaillent auprès des séropositifs. Peu de médecins travaillent auprès des toxicomanes. Quoi dire alors des médecins qui travaillent auprès des toxicomanes séropositifs?

Les toxicomanes séropositifs requièrent-ils des soins spécifiques? Oui, à Montréal, la majorité des UDI consomment de la cocaïne. Par ses propriétés pharmacologiques, la cocaïne amène à des comportements spécifiques. Entre autres, l'effet stimulant au niveau du système nerveux central, la très courte durée d'action de la substance, de même que ses effets à long terme, font que les comportements violents et anti-sociaux sont fréquents chez les abuseurs de cocaïne. Cette population se plie difficilement au système institutionnel déjà mis en place pour les séropositifs. Appelons-les des cas difficiles.

Donc, devant la demande croissante de soins spécifiques aux UDI séropositifs, un réseau très informé d'intervenants s'est formé à Montréal. Ce réseau est formé de rares médecins intéressés à la problématique, d'intervenants en réhabilitation (centres de thérapie, de courte et de longue durée, de communautés thérapeutiques, etc.) et d'intervenants qui travaillent de façon plus indépendante.

Ce réseau, rappelons-le, très informel, s'est formé passivement à cause des ressources déjà minimes en toxicomanie. Les intervenants se connaissent et développent des intérêts dans certains domaines. Des liens se sont alors créés parmi ces intervenants intéressés à la double problématique du SIDA et de la toxicomanie.

Le nombre de toxicomanes qui fréquentent les ressources étant aussi limité, l'intervention peut être plus personnalisée. Le client est ainsi référé plus facilement et plus rapidement à la ressource appropriée. Pour l'intervenant, il peut aussi être encourageant de savoir qu'un client est toujours dans le réseau.

---

Il est cependant très évident que ce type de réseau ne peut pas accueillir toute la population toxicomane séropositive de Montréal. D'une part, il ne répond pas aux besoins de chacun et d'autre part il a une capacité limitée quant au nombre de clients à qui il peut offrir de l'aide.

Dans un avenir rapproché, il faudra donc mettre sur pied des structures d'accueil pour ces gens. Que ce soit pour la désintoxication, pour la réhabilitation, pour un suivi médical ou psychosocial, pour des soins aigus ou prolongés, pour de l'hébergement ou des soins palliatifs, nous devons développer des structures originales, adaptées spécifiquement à cette population.

Peut-être pourrions-nous alors maintenir le toxicomane à l'intérieur du réseau, maintenir sa sobriété, améliorer sa qualité de vie et qui sait... diminuer la propagation du virus.

LAUZON, P. (1991). Situation canadienne concernant l'usage de la méthadone. In P.A. Vamos et P.J. Corriveau (dir.): *Drogues et société, d'aujourd'hui à l'an 2000* (1249-1251). Montréal, Le Programme de Portage relatif à la dépendance de la drogue Inc.

## Situation canadienne concernant l'usage de la méthadone

Pierre Lauzon  
Centre de Recherche et Aide pour Narcomanes  
CLSC Centre Sud  
Montréal (Québec)

Le Canada est un vaste pays comportant une diversité régionale considérable aux points de vue linguistique, culturel, économique, politique, religieux. Cette diversité est également présente au niveau des services de santé et des services aux personnes toxicomanes, qui sont de responsabilité strictement provinciale.

Des différences sont également observées au niveau des substances consommées. Ainsi l'abus de talwin et ritalin est un problème spécifique de l'Ouest canadien. À l'opposé dans certaines provinces maritimes comme Terre Neuve et l'Île du Prince Édouard, l'héroïne n'est à peu près pas disponible.

Il n'est donc pas étonnant que la méthadone soit utilisée de façon inégale à travers le Canada. Ainsi, lors de la dernière enquête publiée sur la situation de la méthadone à la fin de 1987, 1100 personnes recevaient cette substance à des fins thérapeutiques au Canada. De ce nombre 750 étaient dans la seule province de la Colombie Britannique, 150 au Québec, 100 en Ontario, 75 en Alberta et les six autres provinces avaient de 0 à 20 personnes.

Également la méthadone n'est pas dispensée de la même façon d'une province à l'autre. Ainsi la Colombie Britannique ayant fermé ses programmes structurés au milieu des années 80, la méthadone y est dispensée sous forme de maintenance médicale. En Ontario et en Alberta elle n'est dispensée que dans des programmes structurés et, au Québec, les deux types de dispensation coexistent.

À l'échelle du Canada en 1987, 75 % des patients sont en maintenance médicale. La priorité du ministère fédéral de la Santé est de définir des standards de pratique médicale avec cette clientèle (1988). Le gouvernement fédéral ne peut pas forcer les provinces à mettre sur pied des programmes structurés même si la maintenance médicale est sous-optimale pour plusieurs héroïnomanes.

### Situation au Québec

Plus spécifiquement au Québec le problème de consommation d'héroïne est présent depuis la fin des années 60 à Montréal.

Au début des années 70, deux hôpitaux montréalais ont offert des services de maintenance mais ont cessé leurs activités après quelques années. Dix ans se sont passés avant qu'une autre clinique ne voit le jour en 1986.

Beaucoup de résistance ou de scepticisme ont dû être surmontés tant au ministère de la Santé, que parmi les autres centres de traitement ou les associations professionnelles.

---

En ce qui concerne son type d'organisation, la clinique de méthadone de Montréal a choisi de s'intégrer aux établissements de santé existants plutôt que de se développer en parallèle de ce système. Ainsi nos deux cliniques sont situées dans des CLSC qui sont des établissements publics dispensant des services de santé et des services sociaux à la population générale.

Le type d'organisation, en plus de permettre des économies, présente aussi d'autres avantages pour nos patients tels qu'un accès plus facile à divers services de santé (soins médicaux, prélèvements de laboratoire, services prénatals, consultation en nutrition). Ce système a aussi l'avantage de mêler notre clientèle héroïnomanie avec la population générale et au cours des cinq dernières années ceci s'est fait de façon harmonieuse démontrant ainsi la capacité des toxicomanes de fonctionner dans des conditions dites "normales".

Une autre particularité de notre clinique par rapport aux autres d'Amérique du Nord est le fait que la méthadone est dispensée en pharmacie. Notre réseau en compte actuellement 19 sur le territoire de la Communauté Urbaine de Montréal. Ce système nous semble présenter les avantages suivants : les héroïnomanes sont encore une fois mêlés à la population générale et non pas isolés entre eux; l'accessibilité géographique et temporelle est accrue; notre clientèle est dispersée dans un grand nombre de lieux, ce qui a prévenu des problèmes avec le voisinage des lieux de dispensation de méthadone.

Étant donné que nous soignons une clientèle plus âgée et avec plusieurs problèmes associés à leur toxicomanie nous avons fait le choix de développer une vaste gamme de services, souvent en collaboration avec d'autres ressources. Ainsi nous sommes en mesure d'offrir une combinaison des services suivants à chacun de nos clients :

- thérapie individuelle, familiale, de groupe;
- psychothérapie;
- soins psychiatriques;
- soins prénatals et accouchement;
- counseling parental.

Par entente de services avec d'autres établissements nous pouvons offrir en plus :

- désintoxication médicale en centre hospitalier;
- traitement résidentiel avec continuation de la méthadone (2 semaines à 6 mois);
- continuation de la médication au centre de détention pour femmes;
- soins psychiatriques;
- counseling professionnel.

Comme l'a mentionné le Dr Ball, il est établi que les résultats obtenus dans les programmes de méthadone sont directement reliés à la qualité et à l'étendue des services qui y sont offerts. Il est donc prioritaire pour nous de maintenir cette situation de haute qualité et de diversité dans les services plutôt que de traiter un plus grand nombre de personnes avec une faible intensité de service.

En terminant, voici ce qui me semble être les problèmes qui persistent de façon très aiguë pour notre clientèle héroïnomanie.

- *L'accessibilité.* Notre clinique fonctionne avec une liste d'attente qui à plusieurs moments de l'année dépasse six mois. Chaque année plusieurs personnes sur notre liste d'attente meurent. Cette situation est un pur scandale social surtout que nous disposons d'interventions efficaces et avec un bon coût-bénéfice pour traiter ces personnes.
- *L'épidémie d'infection à VIH.* À Montréal l'épidémie est beaucoup moins avancée que dans d'autres villes et la séroprévalence chez les usagers de drogues intraveineuses serait d'environ 10 %. Nous sommes donc en situ-

---

ation de prendre des mesures pour prévenir la flambée qui a été observée dans d'autres villes. Les décisions se prennent cependant avec une telle lenteur que l'on peut douter que le cours habituel de l'épidémie ne soit modifié. Si tel devait être le cas nous porterions alors une très lourde responsabilité comme collectivité.

- *Services aux hommes incarcérés.*
- *L'éducation du public.* Des efforts devront être faits de notre part pour informer le public sur le traitement par la méthadone de façon à diminuer la stigmatisation sociale associée non seulement à l'héroïnomanie mais aussi au traitement par la méthadone. Nous sommes chanceux à Montréal de n'avoir jamais dû affronter une forte opposition publique à cette forme de traitement. Il faut donc profiter de la situation pour aller encore plus loin et faciliter l'accueil et la réintégration de notre clientèle par la communauté.

REISINGER, M. (1990). Influence de la politique des soins des toxicomanes sur l'épidémiologie du SIDA. *Psychotropes*, VI, 1: 51-59.

AIDER

# Influence de la politique des soins des toxicomanes sur l'épidémiologie du SIDA. \*

Marc Reisinger \*\*

Le champ de la toxicomanie a toujours été animé de multiples débats portant à la fois sur la définition de la toxicomanie, ses causes, son traitement et l'évaluation de ce traitement.

Depuis quelques années, un problème nouveau se greffe sur les problèmes de toxicomanie, à savoir la propagation du SIDA. On sait, en effet, que les toxicomanes, ou plus précisément les «usagers de drogues par voie intraveineuse» (nous utiliserons ici le terme *toxicomane* à la place de cette périphrase), constituent un des premiers groupes touchés par l'épidémie, et qu'ils sont devenus, dans certains pays d'Europe, le principal groupe atteint par la maladie.

## LE SIDA COMME CRITÈRE D'ÉVALUATION

La prévalence du SIDA chez les toxicomanes pourrait constituer un critère d'évaluation du traitement

\* Extrait du livre *Arrêter l'héroïne*, Bruxelles, Éditions Complexe: 1990

\*\* Médecin-psychiatre. Chercheur à l'Université libre de Bruxelles.

des toxicomanes acceptable par la majorité des intervenants en ce domaine, quelles que soient leurs positions pratiques et théoriques. Le caractère dramatique des conséquences individuelles et sociales du SIDA impose en effet de mettre ce critère à l'avant-plan et d'y réagir de manière urgente. L'Organisation mondiale de la santé souligne le fait que «le contrôle de la propagation de l'infection par le virus HIV doit être considéré comme une priorité absolue» (O.M.S., 1989).

C'est pourquoi nous avons tenté de comparer les politiques des soins des toxicomanes de différents pays européens par rapport à ce critère. Celui-ci permet, en tout cas, de déceler d'importantes différences entre les pays européens.

La prévalence des cas cliniques de SIDA chez les toxicomanes (colonne 6) varie de 0,7 par million d'habitants, en Grande-Bretagne, à 34 millions d'habitants en Italie, c'est-à-dire dans un rapport de 1 à 50 (voir graphique), tandis que la prévalence des cas cliniques de SIDA au sein de la population générale (colonne 5) ne varie que dans un rapport de 1 à 3 (34,9/million en Grande-Bretagne contre 101,7/million en France).

**Tableau I**  
**INFLUENCE DE LA POLITIQUE DES SOINS DES TOXICOMANES SUR**  
**L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU SIDA DANS NEUF PAYS EUROPÉENS.**

PAYS	Traitement à la méthadone		Toxicomanes en traitement (3)	Seringues en vente libre (4)	Cas de SIDA (par million d'hab.) (5)	Toxicomanes atteints du SIDA (par million d'hab.) (6)	Cas de SIDA dus à la toxicomanie (7)	Toxicomanes séropositifs (8)	Enfants atteints du SIDA (mères toxicomanes) (9)
	Centres spécialisés (1)	En dehors des centres spécialisés (2)							
	G-B.	+							
BELGIQUE	+	+	5 %	+	42,8	0,8	1,9 %	10-15 %	0
DANEMARK	+	+	6 %	+	70,2	2,0	2,8 %	10-15 %	1
HOLLANDE	+	+	25 %	+	47,5	3,1	6,5 %	10-15 %	1
RFA	-	-	-	-	45,6	4,5	9,9 %	20-35 %	15
FRANCE	-	-	-	-	101,7	15,1	14,8 %	50-60 %	28
SUISSE	+	+	5 %	-	93,0	24,6	26,5 %	50-60 %	7
ESPAGNE	+	-	5 %	+	55,5	33,4	60,2 %	50-60 %	30
ITALIE	+	-	7,5 %	+	52,4	34,0	64,9 %	50-60 %	48
<b>moyenne</b>						<b>13,1</b>			

Colonne (1): Traitement à la méthadone disponible dans des centres spécialisés.

Colonne (2): Traitement à la méthadone disponible en dehors des centres spécialisés.

Colonne (3): Pourcentage des toxicomanes en traitement à la méthadone.

Colonne (4): Seringues en vente libre.

Colonne (5): Cas de SIDA par pays.

Colonne (6): Nombre de toxicomanes atteints du SIDA.

Colonne (7): Pourcentage de personnes atteintes du SIDA pour cause de toxicomanie.

Colonne (8): Pourcentage de toxicomanes séropositifs.

Colonne (9): Nombre d'enfants de mères toxicomanes atteints du SIDA.

(Source des données épidémiologiques: Centre collaborateur O.M.S. Paris.

Prévalences au 31/12/88; pour la Suisse: 30/9/88; SIDA pédiatriques: 30/6/88).

## LE CONTRASTE NORD/SUD

La prévalence du SIDA chez les toxicomanes présente des écarts beaucoup plus marqués que la prévalence globale de la maladie dans ces différents pays. Un contraste apparaît globalement entre l'Europe du Nord et l'Europe du Sud. Comment expliquer cette différence, et quelles conséquences pratiques peut-on en tirer?

Quatre hypothèses ont été envisagées (Buning, Van Brussel, 1988).

- 1° Le virus HIV a pénétré plus tôt dans les pays méridionaux. Cette hypothèse n'est pas confirmée par la comparaison des courbes de prévalence du SIDA des pays européens, qui montre au contraire que des cas de SIDA ont été observés plus précocement dans les pays du Nord.
- 2° Les pays méridionaux ont un problème de toxicomanie plus important. Cette différence existe probablement. La prévalence estimée de l'héroïnomanie est de 2 à 5 pour mille dans les pays du Sud, par rapport à 1,5 pour mille dans les pays du Nord. Cependant, une telle différence ne suffit pas à expliquer le fait que la prévalence du SIDA soit de 20 à 50 fois plus importante dans les pays méridionaux.
- 3° Il existe des différences importantes entre la subculture et les réactions sociales dans les pays du Nord et du Sud. De telles différences pourraient entraîner une propension plus ou moins grande à se droguer en groupe et à partager des seringues. Une telle hypothèse devrait être validée par une approche de type anthropologique, qui n'a pas été effectuée à notre connaissance.
- 4° Les pays du Nord ont un dispositif de soins des toxicomanes plus efficace. Il nous paraît utile de commencer l'investigation à ce niveau, où nous disposons de données analysables. Nous avons choisis deux éléments de comparaison des systèmes de soins des toxicomanes dont la relation avec le SIDA a déjà été démontrée, à savoir la disponibilité des seringues et l'usage de la méthadone dans le traitement des héroïnomanes.

On sait que le virus HIV se propage par voie sanguine, et que la propagation rapide du virus chez les toxicomanes est essentiellement due aux partages de

seringues usagées (De Wit *et al.*, 1986). Une comparaison entre deux villes d'Écosse, Glasgow et Édimbourg, a montré que la séroprévalence HIV était beaucoup plus élevée à Edimbourg, où la vente des seringues aux toxicomanes était interdite (Robertson, 1986).

La relation entre la méthadone et le SIDA est moins directe, mais tout aussi nette. Les toxicomanes qui suivent un traitement à la méthadone utilisent moins fréquemment de l'héroïne, et des seringues, et ils pratiquent moins souvent le partage des seringues (Ball *et al.*, 1987). C'est pourquoi le taux de séropositivité des toxicomanes en traitement à la méthadone est inférieur à celui des autres toxicomanes (C.D.C., 1987). À New York, par exemple, le taux de séropositivité des héroïnomanes «de rue» (*street addicts*) est de 67 %, tandis qu'il est seulement de 6 % pour les patients en traitement à la méthadone depuis 5 ans (C.R. Schuster, Symposium Satellite sur l'Abus des Drogues, Liège 30/7/88). En Suisse, le taux de séropositivité des toxicomanes en traitement à la méthadone est deux fois moins élevé que celui des autres toxicomanes (J.J. Deglon, communication personnelle). En Italie également, le taux de séropositivité des toxicomanes en traitement à la méthadone est inférieur à celui des autres toxicomanes (Tidone *et al.*, 1987).

Il faut noter que nous avons tenu compte - tant en ce qui concerne la disponibilité des seringues que l'utilisation de la méthadone - de la situation qui prévalait avant 1986. Certains pays ont modifié ultérieurement leur politique sanitaire, en raison de l'épidémie de SIDA. Mais, étant donné la durée d'incubation de la maladie, la prévalence actuelle du SIDA reflète essentiellement les conditions épidémiologiques présentes au début des années 1980.

## FACTEURS EXPLICATIFS

### La disponibilité des seringues:

Le tableau 1 montre que les seringues étaient en vente libre (colonne 4) dans tous les pays où la prévalence du SIDA chez les toxicomanes est inférieure à la moyenne des pays considérés: Grande-Bretagne, Belgique, Danemark et Pays-Bas. L'Allemagne constitue une exception apparente, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

Cependant, les seringues étaient également vendues librement dans les deux pays où la prévalence du

SIDA chez les toxicomanes est la plus élevée, à savoir l'Espagne et l'Italie. Le rôle des seringues dans la transmission du SIDA est bien connu, et certaines études ont pu montrer le rôle prophylactique de la libre disposition des seringues (Robertson et al., 1986). Pourquoi cet effet protecteur n'aurait-il pas joué en Italie et en Espagne?

Des observateurs de ces deux pays signalent que l'usage d'héroïne en prison y est assez courant, et que la disponibilité des seringues est beaucoup moins grande dans ces conditions. Les prisons pourraient constituer des micro-foyers de contamination importants pour les toxicomanes de ces pays, comme les bars échangistes l'ont été pour les homosexuels. Cette hypothèse mériterait d'être étudiée ultérieurement.

En Grande-Bretagne, au Danemark et aux Pays-Bas, il existe un suivi thérapeutique des toxicomanes en prison, et la consommation d'héroïne y semble exceptionnelle. La situation de la Belgique est comparable à celle de ces derniers pays (Reisinger, 1988 a). Ceci souligne l'intérêt majeur d'assurer un suivi thérapeutique valable des toxicomanes en prison.

### L'utilisation de la méthadone:

La méthadone est un opiacé de synthèse utilisé comme traitement de substitution pour les héroïnomanes, à titre expérimental depuis 1964, et à une large échelle depuis la fin des années 1960 aux États-Unis - où 75 000 héroïnomanes environ reçoivent ce traitement.

En Europe le recours à la méthadone est très variable. Certains pays ont banni complètement son usage, tels l'Allemagne et la France (en réalité il existe en France un programme de traitement expérimental à la méthadone comprenant 40 patients, dont nous n'avons pas tenu compte dans notre tableau en raison de son caractère «symbolique»). D'autres pays ont rapidement intégré cette modalité thérapeutique, tels la Grande-Bretagne et les Pays-Bas. D'autres encore ont établi des règlements destinés à restreindre l'accès à la méthadone, mais ceux-ci n'ont pas été appliqués strictement, comme au Danemark et en Belgique. Nous avons tenu compte, dans le Tableau I (colonnes 1, 2 et 3) de la *situation réelle* et non de la situation légale de ces pays.

La méthadone était utilisée dans la plupart des pays d'Europe étudiés, à l'exception de la France et de

l'Allemagne, et la présence ou l'absence de ce type de traitement ne paraît pas directement corrélée à la prévalence du SIDA chez les toxicomanes. La méthadone était notamment utilisée en Espagne et en Italie, où la prévalence du SIDA chez les toxicomanes est la plus élevée. La *proportion* de toxicomanes traités à l'aide de méthadone (colonne 3) ne semble pas non plus constituer une donnée discriminative, puisqu'elle est à peu près semblable dans tous les pays qui recourent à ce traitement, sauf aux Pays-Bas.

Les *modalités* selon lesquelles la méthadone est distribuée jouent sans doute un rôle plus important. Ces modalités déterminent une *accessibilité* plus ou moins grande des traitements à la méthadone. Et cette accessibilité influence sans doute, comme nous le verrons plus loin, le *type de toxicomanes* qui suivent le traitement.

Les modalités de prescription de la méthadone sont très variables, et nous ne pouvons pas analyser en détail ici la situation de chaque pays. Dans certains cas, les héroïnomanes ne peuvent recevoir la méthadone que dans quelques centres spécialisés, à condition d'avoir un certain âge, une certaine ancienneté de toxicomanie, et d'avoir déjà tenté plusieurs cures de sevrage sans méthadone. Dans d'autres cas, comme en Hollande, des autobus circulent et distribuent de la méthadone aux toxicomanes au sein de leur quartier, et sans autre exigence que la preuve de leur toxicomanie, établie par une seule analyse d'urine (Jacques, 1987).

L'accessibilité de la méthadone dépend d'un grand nombre de facteurs: nombre et localisation des centres de distribution, conditions d'admission, possibilité d'obtenir la méthadone en dehors de ces centres. Pour simplifier cet exposé, nous avons retenu un critère d'accessibilité à la méthadone, qui semble assez discriminatif par rapport à la prévalence du SIDA chez les toxicomanes, à savoir la possibilité d'obtenir ce médicament auprès d'un *médecin individuel*. On peut concevoir pour quelles raisons ce critère jouerait un rôle important par rapport à la propagation du SIDA.

Il faut savoir que les *centres spécialisés* qui prescrivent de la méthadone le font généralement selon des règles assez strictes: plusieurs entretiens préliminaires, conditions d'admission sévères, liste d'attente éventuelle, analyses d'urine régulières pour détecter la prise éventuelle de drogues (avec exclusion éventuelle du

traitement dans ce cas), entretiens obligatoires avec des psychologues ou des assistants sociaux. Les toxicomanes les plus «difficiles», les plus désinsérés socialement, les plus suicidaires s'adaptent généralement mal à ces contraintes bureaucratiques.

Or, ce type de toxicomanes est sans doute aussi le plus exposé au risque de contamination par le virus HIV. Nos observations personnelles, ainsi que celles de C.R. Schuster (directeur du *National Institute on Drug Abuse*) à propos des *street addicts* de New York, de même que des données recueillies en Italie (Tidone *et al.*, 1987) confirment cette hypothèse. Il faut ajouter que ce type de toxicomane est aussi le plus susceptible de se livrer à la prostitution, et donc de propager l'infection dans la population générale.

La prescription par des praticiens individuels (médecins généralistes ou psychiatres) permet un accès plus direct à la méthadone, et assure un meilleur contact avec les toxicomanes qui ont le comportement le plus «à risque».

Par contre, on peut craindre que les systèmes de soins qui empêchent le traitement «individuel» à la méthadone et n'autorisent que le traitement «institutionnel», laissent échapper la frange de toxicomanes qui présente le plus grand risque de contamination et de transmission du SIDA.

Le Tableau I (colonne 2) montre que la possibilité de traitement à la méthadone en dehors des centres spécialisés existe dans tous les pays où la prévalence du SIDA chez les toxicomanes est inférieure à la prévalence moyenne des neuf pays considérés, sauf en Allemagne (nous reviendrons plus loin sur ce cas).

Au contraire, les traitements individuels à la méthadone ne sont pas pratiqués dans les pays où la prévalence du SIDA chez les toxicomanes est supérieure à la moyenne - sauf en Suisse. Il faut cependant tenir compte de l'hétérogénéité de la Suisse, où la politique de santé relève de la compétence des cantons. Dans certains cantons, la méthadone était peu accessible (comme Zürich, Bâle ou le Tessin), alors qu'elle l'était plus dans d'autres cantons, comme celui de Genève. La prévalence du SIDA en Suisse est probablement le résultat d'une moyenne entre des zones dont le système de soins est différent. Il serait donc utile de comparer la prévalence du SIDA chez les toxicomanes des différents cantons.

## SYNTHÈSE

La disponibilité des seringues et l'accessibilité aisée à la méthadone apparaissent comme des facteurs corrélés avec la prévalence du SIDA chez les toxicomanes. Les pays où ces deux facteurs étaient positifs ont une prévalence inférieure à la moyenne. Les pays où ces deux facteurs étaient négatifs ont une prévalence supérieure à la moyenne.

Ceci à l'exception de l'Allemagne, où la méthadone n'était pas utilisée et où les seringues n'étaient pas en vente libre. Comment se fait-il que la prévalence du SIDA chez les toxicomanes y soit néanmoins faible? Cela pourrait se comprendre si la prévalence de la toxicomanie était plus faible en Allemagne que dans les autres pays de l'Europe. Les chiffres qui ont été rapportés sont plus faibles, en effet, que dans d'autres pays. Un rapport de 1986 au Parlement Européen cite le nombre de 50 000 toxicomanes, ce qui représente une prévalence de 0,8 pour mille, inférieure donc à la prévalence de la plupart des autres pays d'Europe, qui varie de 1 à 5 pour mille. Ce type d'estimation chiffrée est évidemment assez incertain, dans la mesure où il s'agit d'un phénomène illicite (Parlement Européen, 1986).

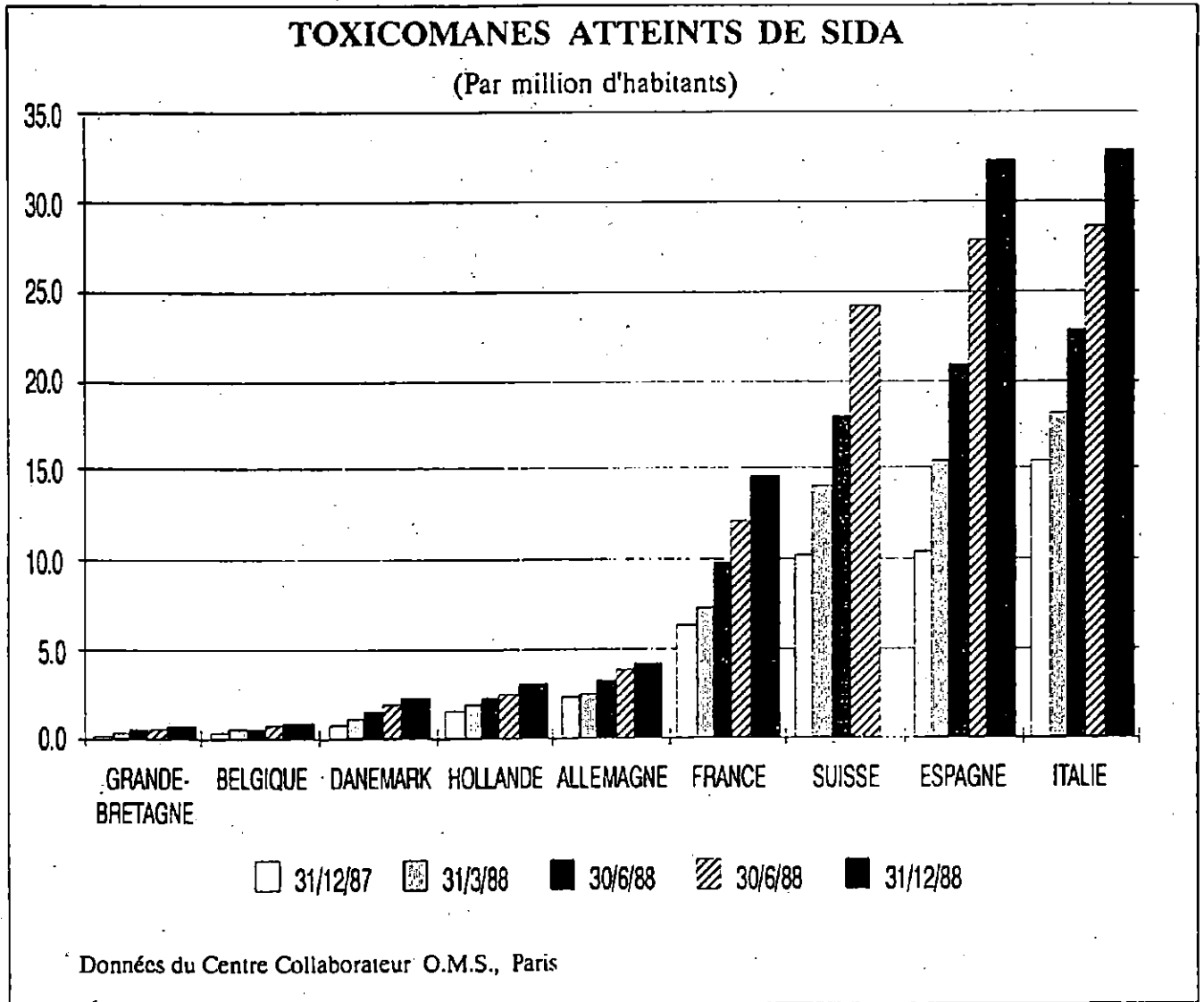
Cependant le taux de séropositivité HIV des héroïnomanes allemands, qui a été établi à partir d'échantillons assez importants, est plus élevé que celui des pays d'Europe du Nord (colonne 8). Ceci permet de penser que le taux de SIDA chez les toxicomanes allemands est plus important que dans les pays du Nord, mais que cela n'apparaît pas dans le tableau, parce que la prévalence de la toxicomanie est plus faible en Allemagne que dans les autres pays d'Europe. Le nombre d'enfants de mère toxicomane atteints de SIDA, qui est un autre indice de la prévalence inférieure de la toxicomanie en Allemagne pourrait être liée à la prospérité économique et au faible taux de chômage du pays, qui contribueraient à faire de la toxicomanie un phénomène plus marginal (1).

## TENDANCES ACTUELLES

Les courbes d'évolution de la prévalence du SIDA chez les toxicomanes montrent que l'écart entre les pays européens s'accroît au fil des mois, d'une manière assez inquiétante pour les pays à prévalence élevée.

Ces courbes expriment l'importance de la contamination des toxicomanes par le virus HIV. Mais elles traduisent ce phénomène avec un certain retard, car plusieurs années s'écoulent entre la contamination et l'apparition des symptômes. Le nombre de cas de SIDA qui apparaîtront dépend à long terme du nombre (ou du «stock») de toxicomanes séropositifs.

plusieurs années seulement que les résultats de telles modifications pourront se faire sentir. La prévalence du SIDA devrait donc continuer à augmenter - et l'écart entre les divers pays s'accroître - pendant plusieurs années encore, d'autant plus longtemps que les réformes auront été tardives ou insuffisantes.



Si ce nombre dépend (comme cela semble le cas) de la politique sanitaire adoptée à l'égard des toxicomanes, il dépend aussi de la durée pendant laquelle cette politique a été appliquée. Les pays qui ont modifié leur politique en fonction de ce problème n'ont pas commencé à le faire avant 1986-1987. C'est dans

L'apparition de l'épidémie de SIDA a déjà entraîné, heureusement, un certain nombre de modifications importantes de l'approche des toxicomanes. Cette maladie renforce la tendance à envisager les problèmes de toxicomanie en termes de santé publique plutôt qu'en termes répressifs ou moraux.

L'interdiction de la vente des seringues aux toxicomanes a été levée dans les pays où elle était d'application. Certains pays ont même mis au point des dispositifs d'échange de seringues - comme les Pays-Bas et la Grande-Bretagne - ou de distribution gratuite de seringues - comme le Danemark.

Des programmes de traitement à la méthadone ont été instaurés ou élargis dans certaines régions, par exemple en Suisse et en Allemagne. En France, le docteur Olievenstein, qui était opposé au traitement à la méthadone, estime qu'il faut actuellement «commencer à élargir le champ de la distribution de la méthadone (Drogue et SIDA, *Le Monde*, 30 novembre 1988). «Élargir» est un euphémisme quand on sait qu'il existait jusqu'à présent 40 patients en traitement à la méthadone en France).

L'Organisation mondiale de la santé a également souligné récemment la nécessité de développer autant que possible le traitement des toxicomanes, y compris le traitement à la méthadone (O.M.S., 1989).

## SERINGUES ET MÉTHADONE EN BELGIQUE

En Belgique, les seringues sont officiellement en vente libre, bien que de nombreux pharmaciens manifestent encore des réticences dans l'application de cette loi (Reisinger, 1988 b).

L'histoire de l'utilisation de la méthadone en Belgique, est paradoxale. Au cours des années 1978-1982, elle fut prescrite à un nombre important de toxicomanes par un petit nombre de médecins. Ces derniers prescrivaient en dehors de toute institution, et les rares institutions traitant des toxicomanes n'utilisaient pas de médicaments de substitution. L'Ordre des Médecins et la Commission Médicale Provinciale du Brabant édictèrent, en 1982, des normes de prescription de la méthadone comparables à celles qui étaient en vigueur dans les centres spécialisés américains, alors que de tels centres n'existaient pas en Belgique.

Par conséquent, les prescripteurs de méthadone et d'autres médicaments de substitution se trouvèrent en défaut par rapport à ces règles, et ils firent l'objet de poursuites judiciaires, certains étant condamnés à de lourdes peines de prison. Rétrospectivement, on peut cependant se demander si ces «prescriptions sauvages» de méthadone n'ont pas contribué à préserver les

toxicomanes de l'introduction précoce du virus HIV en Belgique.

Par la suite, un centre de traitement à l'aide de méthadone a été mis en place à Bruxelles en 1983, tandis que la prescription de méthadone par des médecins privés se poursuivait à bas bruit. Cependant cette désorganisation n'a pas empêché la Belgique de se maintenir dans le peloton de tête en matière de prévention du SIDA chez les toxicomanes.

Le cas de la Belgique est comparable à celui du Danemark, où les autorités avaient pris, en 1973 et en 1979, une attitude restrictive quant au traitement de longue durée à l'aide de méthadone. Ce traitement ne pouvait pas être prescrit par des médecins généralistes, et les centres spécialisés dans le traitement des toxicomanes étaient autorisés à traiter 300 patients au maximum à la méthadone. Ces recommandations ne furent pas suivies. Les centres qui devaient ajouter le traitement à la méthadone à leur mode de fonctionnement habituel refusèrent de le faire, pour des raisons essentiellement idéologiques, et les médecins généralistes continuèrent à prescrire la méthadone à quelques 500 patients par an (Hilden, 1983). Le Danemark a néanmoins réussi à préserver largement les toxicomanes de l'épidémie de SIDA. L'exemple de la Belgique et du Danemark semble confirmer l'importance que la prescription de méthadone par les praticiens individuels peut avoir dans la prévention du SIDA.

Ce mode de prescription «individuel» peut être la conséquence soit d'une politique délibérée, soit de «désordres heureux». Le sens clinique et le courage de praticiens isolés peut, quelquefois, se substituer à une politique de santé déficiente. Dans d'autres cas, comme en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, les responsables de la Santé Publique eurent la sagesse de laisser une grande place à la liberté thérapeutique (Van de Wijngaert, 1988; Trebach, 1982).

## LA BELGIQUE À CONTRE-COURANT

Peut-être serait-il temps de tenir compte des enseignements qu'on peut tirer des réussites et des erreurs passées, pour tenter d'élaborer une politique européenne plus homogène et plus performante en matière de traitement des toxicomanes. Une telle politique aurait non seulement pour effet de réduire l'incidence du SIDA chez les toxicomanes, mais

probablement aussi au sein de la population générale, dans la mesure où les toxicomanes constituent une voie de transmission de l'épidémie vers la population générale, par la prostitution, par les relations sexuelles en général, et par la transmission foetale (tableau I: colonne 9).

Cette tendance à revoir le traitement des toxicomanes en fonction de l'épidémie de SIDA se manifeste dans certains pays qui remettent en cause leur politique antérieure, ou qui essaient de l'améliorer. La confrontation des diverses expériences internationales a été encouragée par plusieurs réunions récentes de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S., 1988, 1989a, 1989b).

Il est particulièrement inquiétant, dans ce contexte, d'observer la tendance qui se manifeste en Belgique, à travers des directives récentes de l'Ordre des Médecins. Celles-ci prétendent ramener la méthadone au rang de «traitement expérimental», au mépris de la vaste expérience scientifique accumulée à ce sujet au niveau international.

La méthadone ne pourrait plus «en aucun cas» être prescrite par un praticien individuel «quelle que soit sa qualification», ce qui est contraire à la tendance observée dans de nombreux pays, y compris aux États-Unis (Novick, 1988). De plus les patients admis en traitement à l'aide de méthadone dans les centres spécialisés seraient obligés de se soumettre à un protocole d'étude, et leur nombre serait strictement limité.

Le fait de limiter l'accès à ce médicament, dans le contexte actuel de l'épidémie de SIDA, au nom d'un travail expérimental dont la pertinence est discutable, soulève un problème éthique qui a été exprimé par certains praticiens. Ces nouvelles directives risquent de réduire la protection contre le SIDA dont les toxicomanes - et indirectement le restant de la population - ont pu bénéficier en Belgique à ce jour.

## PERSPECTIVES

Nous considérons, comme de nombreux experts, que le traitement des héroïnomanes à l'aide de méthadone devrait être développé, au lieu d'être freiné. Non pas parce que ce traitement serait seul efficace, ou plus efficace que les autres types de traitement. Son taux d'efficacité semble analogue à celui des autres traitements (Simpson, 1982). Mais les demandes de

traitement à la méthadone sont beaucoup plus nombreuses et, par conséquent, les résultats de ce traitement sont quantitativement plus importants.

Nous ne voyons pas pourquoi il faudrait refuser de répondre à cette demande, sauf si l'on considère que le traitement à l'aide de méthadone n'en est pas un (en dépit des multiples évaluations réalisées à ce jour), ou si l'on estime que les toxicomanes doivent être privés du droit de choisir leur propre traitement. Espérons que l'épidémie de SIDA contribue à dissiper ces présupposés aussi peu rationnels que démocratiques.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BALL, J.C. *et al.*, 1987, *Patient Characteristics, Services Provided and Treatment Outcome in Methadone Maintenance Programs in Three Cities, 1985-1986*, The University of Maryland.
- BUNING, E., VAN BRUSSEL, G.H.A., 1988, *Combating Aids among intravenous drug users in Amsterdam*, Publication Drug department, Amsterdam.
- C.D.C. AIDS Weekly*, 19 octobre 1987, 14.
- DE WIT, S., JACQUES, J.P., CLUMECK, N., 1986, Toxicomanie intraveineuse et infection à HIV en Belgique, *Psychotropes*, Vol. III(2).
- HILDEN, J. *et al.*, 1983, Metadon-og hvad sei? Alcohol-og Narkotikaveidet, 207-222.
- JACQUES, J.P., 1987, Le modèle hollandais: des toxicomanes nombreux et en bonne santé? *Psychotropes*, Vol. III(3):85-88.
- NOVICK, D.M. *et al.*, 1988, Methadone Maintenance Patients in General Medical Practice, *JAMA*, 259(22): 3299-3302.
- PARLEMENT EUROPÉEN, 1986, La Politique des états membres de la Communauté en matière de lutte contre la drogue, *Dossiers de Recherche et Documentation*.
- REISINGER, M., 1988a, SIDA et prisons, *Le Journal du Médecin*, Vol. 401(6).
- REISINGER, M., 1988b, Toxicomanes et SIDA, *Le Journal du Médecin*, Vol. 393(6).

ROBERTSON, J.R. *et al.*, 1986, Regional variations in HIV seropositivity, *Lancet*, ii, 1435-1436.a

SIMPSON, D.D. *et al.*, 1982, Six-year Follow-up of Opioid Addicts After Admission to Treatment, *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 39: 1318-1323.

TIDONE, L. *et al.*, 1987, AIDS in Italy, *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, Vol.13(4): 485-486.

TREBACH, A.S., 1982, *The heroin solution*, Yale University Press, New Haven and London.

### SOMMAIRE

La comparaison de l'incidence du SIDA chez les toxicomanes de neuf pays européens révèle des contrastes importants. Ces contrastes semblent liés aux différentes politiques de soins des toxicomanes. Deux facteurs paraissent jouer un rôle préventif par rapport au SIDA: la libre disponibilité des seringues et le traitement à la méthadone. L'accès à ce traitement continue néanmoins à être freiné dans un certain nombre de pays.

### ABSTRACT

The incidence of AIDS among addicts is compared for nine European countries and reveals major differences. These differences seem linked to the various policies concerning the treatment of drug addicts. Two main factors appear to play a significant role in the prevention of AIDS: the availability of syringes and of methadone treatment. Access to such treatment however, continues to be halted in a certain number of countries.

### SUMARIO

La comparación de la incidencia de SIDA entre los drogadictos de nueve países europeos revela contrastes importantes. Estos contrastes parecen ligados a las diferentes políticas sobre el tratamiento de los toxicomanos. Dos factores podrían jugar un rol preventivo con respecto al SIDA: la libre disponibilidad de jeringas y el tratamiento con metadona. El acceso a este tratamiento, sin embargo, sigue siendo restringido en algunos países.

# **MODULE 3**

## **LE VÉCU SEXUEL ET LES COMPORTEMENTS À RISQUE DES UDI**

- \* Connaître l'impact du vécu sexuel sur la consommation de drogues et les comportements des UDI. (CONNAISSANCES)
- \* Percevoir l'importance de la dimension sexualité dans le style de vie des personnes UDI. (ATTITUDES)
- \* Évaluer les facteurs de risque liés au vécu sexuel des UDI. (HABILETÉS)

## THÈME 3.1 SEXUALITÉ ET TOXICOMANIE

---

### Activité d'apprentissage 15

**Objectif:** Réfléchir sur sa propre vision de la sexualité.

**Matériel:** *Élément d'accompagnement 15*  
\* Questionnaire: *Réflexion sur ma sexualité.*

**Déroulement:**

1. Les participants se groupent en équipes de cinq personnes et répondent, individuellement d'abord, au questionnaire de la feuille *Réflexion sur ma sexualité* (élément 15). (3 min.)
2. Ils échangent ensuite sur les questions 1, 2 et 4 avec les membres de leur équipe. L'animateur les aura d'abord informés qu'ils sont libres de déterminer d'avance ce qu'ils ont envie de confier aux autres membres de leur équipe. (20 min.)
3. De retour en plénière, l'animateur propose aux participants de s'exprimer sur le déroulement de l'exercice dans chacun des groupes et sur les réflexions qu'il a suscitées, plutôt que sur le contenu proprement dit.
4. Puis il leur demande comparer les résultats de leurs réflexions avec les besoins auxquels la sexualité répond chez les personnes toxicomanes.
5. Selon le groupe, on pourra choisir de faire cet exercice après l'exposé sur la sexualité de l'activité 19.

**Durée:** 25 minutes.

---

### Activité d'apprentissage 16

**Objectif:** Prendre conscience de la difficulté de parler de sa propre sexualité à une personne étrangère.

**Matériel:** *Élément d'accompagnement 16*  
\* Le jeu du questionnaire.

**Déroulement:**

1. L'animateur invite chaque participant à former une dyade avec une personne qu'il ne connaît pas. Il avise les participants qu'ils ne sont pas tenus de dire la vérité à chaque question, qu'ils peuvent

- «inventer» les réponses, le but de l'exercice étant de prendre conscience pour soi des difficultés rencontrées. Il les informe aussi qu'ils doivent élaborer sur chacune des réponses et ne pas se limiter à répondre uniquement par «oui» ou «non».
2. Les participants doivent d'abord déterminer qui sera le premier intervieweur et le premier répondant.
  3. Le premier intervieweur pose les cinq premières questions auxquelles son vis-à-vis devra répondre le plus spontanément possible. Les rôles sont inversés pour les cinq dernières questions.
  4. L'animateur invite les participants à revenir en plénière et à s'exprimer sur les difficultés de l'exercice. Il leur demande comment ils se seraient sentis s'ils avaient été tenus de dire la vérité lors des réponses aux questions.
  5. En conclusion, l'animateur demande aux participants de faire le lien entre ce qu'ils viennent de vivre et le fait que les personnes toxicomanes soient régulièrement confrontées à ce type de questionnaires.

**Durée:** 25 minutes.

## Activité d'apprentissage 17

**Objectif:** Comprendre la sexualité des personnes toxicomanes.

**Matériel:** *Élément d'accompagnement 17A*

\* Notes de contenu (acétates).

*Élément d'accompagnement 17B*

\* Texte d'accompagnement:

CHAMPAGNE, Danielle (1994). Drogues, sexualité et problèmes sociaux.  
*In P. Brisson (dir.): L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II (31-56).*  
 Boucherville, Gaëtan Morin.

- Déroulement:**
1. L'animateur donne un bref aperçu de la réalité sexuelle des personnes toxicomanes (élément 17A), et invite les participants à noter leurs questions et à les garder pour la fin.
  2. Les participants posent des questions s'il y a lieu.
  3. Les participants sont invités à approfondir leurs connaissances sur le sujet par la lecture du texte suggéré en complément de formation (élément 17B)

**Durée:** 40 minutes

## THÈME 3.2

# TRANSMISSION DU VIH ET SEXUALITÉ DES UDI

---

### Activité d'apprentissage 18

- Objectif:** Connaître certains effets des drogues sur la sexualité.
- Matériel:** *Élément d'accompagnement 18*  
\* Tableau comparatif de l'effet des drogues sur la réponse sexuelle.
- Déroulement:**
1. L'animateur explique l'effet spécifique de chaque drogue sur la sexualité à partir d'acétates (élément 18) en ajoutant des exemples concrets au besoin.
  2. Après l'exposé, l'animateur répond aux questions s'il y a lieu.
- Durée:** 15 minutes.
- 

### Activité d'apprentissage 19

- Objectif:** Identifier les situations à haut risque de transmission sexuelle du VIH chez les UDI.
- Matériel:** *Élément d'accompagnement 19*  
\* Notes de contenu.
- Déroulement:**
1. L'animateur demande aux participants d'identifier spontanément les situations à haut risque de transmission sexuelle du VIH chez les UDI.
  2. Il les inscrit au fur et à mesure au tableau.
  3. Les participants complètent, s'il y a lieu, les notes de contenu du cahier (élément 19).
- Durée:** 10 minutes.

# THÈME 3.3

## PROSTITUTION, TOXICOMANIE ET INFECTION AU VIH

### Activité d'apprentissage 20

**Objectif:** Se familiariser avec l'intervention auprès des personnes toxicomanes prostituées.

**Matériel:** *Élément d'accompagnement 20A*

\* Mises en situation 1 à 4.

*Élément d'accompagnement 20B*

\* Texte en complément de formation.

NOEL, Lina et GAGNON, Hélène (1995). *Revue de littérature: Prostitution et VIH/SIDA*. Québec, Centre de Santé Publique de Québec.

- Déroulement:**
1. L'animateur demande aux participants de constituer des équipes de cinq personnes et attribue à chaque équipe une mise en situation (élément 20A).
  2. L'animateur avise les participants que les mises en situation ne visent pas à chercher une seule bonne réponse, mais à permettre à tous les membres de l'équipe de s'exprimer sur une difficulté d'intervention particulière et à parvenir à faire un consensus.
  3. Les participants se nomment un secrétaire d'équipe et répondent à la mise en situation. (20 min.)
  4. De retour en grand groupe, les secrétaires donnent le compte rendu de leur atelier.
  5. L'animateur dirige la discussion en respectant un temps de dix minutes par situation. (40 min.)
  6. L'animateur demande aux participants de conclure en reprenant les grandes pistes d'intervention dégagées par les mises en situation.
  7. Les participants sont invités à approfondir leurs connaissances sur le sujet par la lecture du texte suggéré en complément de formation (élément 20B)

**Durée:** 65 minutes.

# ***ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 15***

## ***Réflexion sur ma sexualité***

1. Quelle est la raison la plus fréquente pour laquelle j'ai des relations sexuelles?

---

2. Quels sont les besoins auxquels je réponds lorsque j'ai des activités sexuelles?

-tendresse  
-affection  
-partage  
-intimité  
-reconnaissance  
-jouissance  
-extase  
-réconfort  
-liberté  
\_\_\_\_\_

-plaisir  
-détente  
-communication  
-chaleur  
-contact  
-défoulement  
-communion  
-proximité  
-respect  
\_\_\_\_\_

-sécurité  
-acceptation  
-paix  
-valorisation  
-jeux  
-amour  
-passion  
-appartenance  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Quels sont les besoins auxquels je ne réponds pas lorsque j'ai des activités sexuelles?

---

---

4. Quels sont les trois mots qui expriment le mieux ma définition d'une sexualité idéale?

---

---

5. Quels sont les trois mots qui expriment le mieux l'état actuel de ma sexualité?

---

---

6. Quelle réflexion puis-je faire sur la similitude ou la divergence entre mes réponses aux questions 4 et 5?

---

---

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 16**

## ***"Jeu du questionnaire"***

- 1. Avez-vous des relations sexuelles avec un partenaire stable?**
- 2. Avez-vous des relations sexuelles avec d'autres partenaires?**
- 3. Combien de partenaires avez-vous eu au cours du dernier mois? De la dernière semaine?**
- 4. Avez-vous des relations orale-génitales? Si oui, avec ou sans condom?**
- 5. Avez-vous des relations anale-génitales? Si oui, avec ou sans condom?**
- 6. Avez-vous des relations vaginales? Si oui, avec ou sans condom?**
- 7. À quand remonte votre dernier rapport sexuel?**
- 8. À quand remonte votre dernier rapport sexuel non-protégé?**
- 9. Vous arrive-t-il d'échanger des objets sexuels (vibrateurs, ou autres) lors de vos rapports sexuels?**
- 10. Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes ou des femmes?**

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 17A**

## **SEXUALITÉ, TOXICOMANIES ET TRANSMISSION DU VIH:** **QUELQUES LIENS**

### **1. HISTOIRES D'ABUS SEXUELS**

**-LA TOXICOMANIE COMME CONSÉQUENCE DES  
AGRESSIONS SEXUELLES**

**-LA PROSTITUTION COMME CONSÉQUENCE DES  
AGRESSIONS SEXUELLES**

**-D' AUTRES CONSÉQUENCES ET LEUR IMPACT SUR LA  
TRANSMISSION DU VIH**

**-SENTIMENT D'IMPUISSANCE  
FACE À LA SEXUALITÉ ET AU  
DÉSIR DE L'AUTRE**

**-AVERSION POUR LES RELATIONS  
SEXUELLES, OU BIEN PROMISCUITÉ  
SEXUELLE ET PARTENAIRES MULTIPLES**

**-DIFFICULTÉS AVEC L'INTIMITÉ**

**-DÉPENDANCE AFFECTIVE**

**-REJET DE SON PROPRE CORPS**

**-DISSOCIATION DU CORPS PENDANT  
L'ACTIVITÉ SEXUELLE**

**-FANTASMES OU COMPORTEMENTS SADO-  
MASOCHISTES**

**-ETC...**

### **2. ASSOCIATION ENTRE L'INTERDIT ET LA SEXUALITÉ**

**-ÉROTISATION DE L'INTERDIT:**

**- FAVORISÉE PAR LA CULTURE**

**- RÉSULTANTE D'ACTIVITÉS SEXUELLES  
TRAUMATISANTES DANS L'ENFANCE, LA**

**B T É, OU L'ADOLESCENCE. ON ÉROTISE**

**CE QUI NOUS A FAIT MAL POUR POUVOIR  
VIVRE AVEC.**

**DROGUE ILLÉGALE + ACTIVITÉ SEXUELLE  
« INTERDITE » = +++ D'EXCITATION  
(LA PRÉVENTION DU VIH EST-ELLE  
COMPATIBLE AVEC LA TRANSGRESSION???)**

**-AUGMENTATION DES DÉLITS SEXUELS**

**-AUGMENTATION DE LA CONSOMMATION DE  
PROSTITUÉS/ÉES**

**-LA PERSONNE TOXICOMANE CHERCHE À DÉFIER LA  
NORME.  
ELLE A DE LA DIFFICULTÉ À INTÉGRER UN MODÈLE  
FIXE**

### **3. TRANSFERT DE DÉPENDANCE**

**-LA PERSONNE EN SITUATION D'ASSUÉTUDE EST  
AVANT TOUT CENTRÉE SUR LA SATISFACTION DU  
BESOIN**

**-TRANSFERT DE LA SUBSTANCE À LA SEXUALITÉ**

**-SIMILITUDE ENTRE LES DEUX  
PROCESSUS DE RECHERCHE**

**-SIMILITUDE ENTRE LES DEUX  
RÉSULTATS ATTEINTS**

**-TRANSFERT DE LA SUBSTANCE À LA DÉPENDANCE  
AFFECTIVE**

**-IMPORTANCE DE LA SEXUALITÉ  
DANS LA DÉPENDANCE  
AFFECTIVE**

## NOTES DE CONTENU

### ***1. Le processus de l'obsession sexuelle***

(Référence: Lemay, Michel (1990). Obsession et fantasme en société de consommation sexuelle. *Bulletin de l'Association des Sexologues du Québec*, XII, 1, octobre-novembre: 23-30.)

- L'obsession sexuelle est le résultat d'une émotion dérangeante.
- Les obsessions surgissent à des moments spécifiques:

ÉMOTION FORTE QUI DÉSTABILISE



TRANSFORMATION EN DÉSIR SEXUEL



ACTUALISATION DE L'OBSESSION SEXUELLE



SENTIMENT DE DÉTENTE DE COURTE DURÉE



SUIVI D'UN MALAISE

<b>RECHERCHE D'EXTASE À TRAVERS LA RÉPONSE SEXUELLE</b>	<b>RECHERCHE D'EXTASE À TRAVERS LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES</b>
<b>DÉSIR SEXUEL:</b> recherche d'un partenaire et/ou d'une situation propice. Le désir sexuel est précédé d'un déclencheur lié à des stimulations venues de l'intérieur de l'être, ou de l'extérieur.	<b>DÉSIR DE CONSOMMER:</b> recherche de la substance et d'un lieu de consommation. Le désir de consommer est précédé d'un déclencheur lié à des stimulations venues de l'intérieur de l'être ou de l'extérieur.
<b>EXCITATION SEXUELLE:</b> préliminaires, caresses, baisers correspondant à des manifestations spécifiques du SNC	<b>PRÉPARATION À LA CONSOMMATION:</b> préparation de la substance par soi-même ou une autre personne, correspondant à une montée d'excitation accompagnée de manifestations spécifiques du SNC
<b>PLATEAU:</b> l'excitation sexuelle atteint son maximum d'intensité. L'orgasme est imminent	<b>ADMINISTRATION DE LA SUBSTANCE:</b> apparition graduelle des effets de la substance, montée du plaisir, point culminant de l'excitation liée à la consommation
<b>ORGASME:</b> état de conscience modifié, accompagné de réactions neurophysiologiques spécifiques	<b>IVRESSE, "RUSH", "HIGH", ETC:</b> état de conscience modifié, accompagné de réactions neurophysiologiques spécifiques
<b>RÉSOLUTION:</b> relâchement des tensions sexuelles et retour à la normale	<b>RETOUR À LA RÉALITÉ, "DOWN", ETC:</b> retour à la normale, période où s'effectue le sevrage de la substance
<b>PHASE RÉFRACTAIRE:</b> période de pause avant un nouveau cycle de la réponse sexuelle. Cette phase présente de grandes variabilités d'une personne à l'autre. Chez certaines, elle n'existe pas.	<b>PHASE RÉFRACTAIRE:</b> période de pause avant de consommer à nouveau. Cette phase présente de grandes variabilités d'une personne à l'autre. Chez certaines, elle n'existe pas.

## LA DÉPENDANCE SEXUELLE

Les personnes dépendantes de la sexualité ressentent :

- un besoin urgent et puissant de s'extérioriser sexuellement
- un manque de contrôle sur leurs comportements sexuels
- un changement d'humeur pendant l'activité sexuelle
- une impossibilité de cesser les comportements excessifs, malgré les conséquences néfastes qui peuvent en découler

Les différentes formes que peut prendre la dépendance sexuelle sont :

- la masturbation excessive, parfois jusqu'à des dommages corporels
- l'achat excessif de matériel pornographique
- dépenser beaucoup d'argent pour des téléphones sexuels
- des aventures extra-conjugales à répétition, ou des aventures d'un soir en séries
- la fréquentation des prostitué(es)
- les rencontres sexuelles anonymes dans les toilettes publiques, les parcs, etc.
- le voyeurisme et l'exhibitionnisme
- faire des téléphones obscènes
- l'abus sexuel d'enfants
- le viol ou d'autres assauts sexuels

*(N.B. : les comportements ci-haut mentionnés ne sont pas toujours négatifs ou dommageables, cependant en situation de dépendance sexuelle, ils le deviennent par l'obsession qui les motive et par le pouvoir magique que leur confère la personne dépendante.) - D. Champagne*

Croyances de base des dépendants sexuels :

- je suis fondamentalement une personne mauvaise et sans valeur
- personne ne peut m'aimer comme je suis
- mes besoins ne seront jamais comblés si je dois m'en remettre aux autres
- la sexualité est mon plus important besoin

(réf.: B. Schneider, The cocaine-sex connection. Understanding our sexual acting-out. Hazelden. 1992)

## **LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE RELATIONS SAINES**

1. **La relation superficielle** (sans engagement)
2. **La relation de connaissance** (où l'activité est plus importante que la personne)
3. **La relation d'amitié** (où la personne est plus importante que l'activité)
4. **La relation d'amour romantique** (d'abord une relation d'amitié, dans laquelle s'échangent la passion, la sensualité, l'érotisme, la sexualité)
5. **La relation d'association fonctionnelle** (relation d'amour qui évolue vers la conjugalité, la cohabitation)

**Note:** Les personnes dépendantes s'attendent souvent à pouvoir franchir toutes ces étapes en une seule soirée! La recherche de gratification spontanée ne leur permet pas de prendre le temps qu'une relation s'établisse. De plus, elles confondent les niveaux de relations et prennent par exemple les relations superficielles pour des relations amoureuses.

## CARACTÉRISTIQUES D'UNE RELATION DE DÉPENDANCE

1. **Les attentes irréalistes ou magiques** (l'autre nous changera, nous améliorera)
2. **La gratification instantanée** (les relations avec une sexualité intense sont les seules possibles, notre partenaire doit nous faire tripper sur demande, la peur (montée d'adrénaline) est confondue avec l'excitation sexuelle et l'intensité amoureuse, parce que nous imitons la relation d'amour qui existait entre nos deux parents et peut-être leur drogue, deux types de relations empreintes de peurs)
3. **Le manque d'honnêteté** (la relation sera détruite si notre partenaire apprend tout à notre sujet, règle du silence, absence de transparence)
4. **Le contrôle** (le maintien de la relation nous obsède, on tente de contrôler pour ne pas être abandonné, de changer l'autre à notre façon)
5. **L'isolement social** (le couple contre l'univers, refermé sur son point le plus fort, la sexualité)
6. **Le cycle de la souffrance et du désespoir** (plaisir intense - souffrance - désillusion - blâme...)
7. **Rupture** (et recherche d'un nouveau partenaire identique au précédent)

## **CARACTÉRISTIQUES D'UNE RELATION SAIN**

1. **Attentes rationnelles, réalistes et saines** (l'autre ne nous améliorera pas, cela relève de notre propre responsabilité, avoir une bonne relation amoureuse ne règle aucun autre aspect de notre vie)
2. **Progression graduelle de la relation** (on vérifie avec le temps si la relation est appropriée et si elle évolue de façon saine, on établit plusieurs rencontres avant de s'engager plus intimement ou sexuellement)
3. **Honnêteté et transparence** (besoin d'être accepté pour ce que l'on est réellement et d'aimer l'autre pour ces mêmes raisons, sans gêne, ou fausse pudeur)
4. **Égalité et coopération volontaire** (ne pas être en opposition constante, collaborer, passer ensemble à travers les problèmes, faire chacun sa part et s'entraider)

5. **Confiance rationnelle** (ne pas s'attendre à ce que l'autre change pour soi, accepter que chacun vit en accord avec sa nature fondamentale, chacun agit dans ses propres intérêts, au meilleur de sa connaissance, exercice du libre choix, de la liberté d'expression)
  
6. « **Développement de croissance progressive** » (chacun garde son identité propre; il y a mes problèmes, dont je m'occupe personnellement, tes problèmes dont tu t'occupes personnellement et nos problèmes dont nous nous occupons ensemble)
  
7. **Cycle de contentement et de satisfaction** (les satisfactions sont multiples parce que les problèmes sont réglés au fur et à mesure)

## **PRINCIPES DE BASE POUR ARRIVER À UNE RELATION FONCTIONNELLE**

1. Être sain.
2. Établir par des attentes réalistes ce qu'est une relation saine.
3. Choisir le/la partenaire approprié/e.
4. Vivre des choses ensemble.
5. Apprendre à changer la recherche du risque pour la recherche du confort.
6. Apprendre à discuter de ce dont on a besoin et de ce que l'on veut de notre relation. Écouter les besoins et attentes de notre partenaire, communiquer, répondre à nos besoins et demander de l'aide professionnelle s'il y a lieu.
7. Dire à notre partenaire comment on le perçoit, ce qu'on pense de lui, ce qu'il représente pour nous, ce que l'on ressent pour lui.

*(Réf: Terence T. Gorsky. Relations de dépendances. Pourquoi l'amour va mal en période de rétablissement. Enregistrement d'une conférence prononcée pour le Mouvement E.A.D.A, États-Unis, janvier 1987.)*

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 17B**

**CHAMPAGNE, Danielle (1994). Drogues, sexualité et problèmes sociaux. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II* (31-56). Boucherville, Gaëtan Morin.**

## **Drogues, sexualité et problèmes sociaux**

Danielle CHAMPAGNE

*L'auteure, soulignant la place de la sexualité humaine dans l'usage des drogues, présente différentes dimensions du rapport entre ces deux types de pratiques. En premier lieu, elle analyse l'effet physiologique des diverses substances sur l'activité sexuelle, à court et à long terme, ainsi que les principales conséquences sexuelles de la surconsommation de psychotropes. En second lieu, elle fait un survol des problématiques sociales mettant en jeu le couple drogue et sexualité, soit les traumatismes sexuels, la prostitution et le sida.*

Depuis les temps les plus reculés de l'Antiquité et même de la préhistoire, les êtres humains ont attribué à la sexualité un pouvoir magique et lui ont spontanément associé l'usage des substances psychotropes. De Bacchus aux sorcières du Moyen Âge, du marquis de Sade aux prêtresses vaudou, la magie amoureuse recèle une variété impressionnante de parfums, philtres et pom-mades aphrodisiaques de toutes sortes (Verbeek, 1978).

Dans notre culture, drogue et sexualité sont encore intimement liées, que ce soit par le biais de la publicité de substances licites, par exemple l'alcool, ou par l'association de la sexualité à l'interdit, et de là, aux drogues illégales.

L'expérience sexuelle et l'utilisation de drogues relèvent toutes deux d'une recherche qui permet d'accéder à d'autres niveaux de conscience. C'est pourquoi, en situation de contrainte – lorsque l'individu perd une partie de son autonomie, de sa valeur ou de sa liberté –, la sexualité et la drogue peuvent si facilement devenir objets d'assuétude. Lorsqu'il est question du lien entre drogue et sexualité, la prise en considération de la dynamique de l'effet – la substance, l'individu et le contexte – est d'une grande importance. En effet, la sexualité est probablement le domaine où les réactions aux différentes substances présentent le plus de variabilité d'une personne à l'autre. Il faut tenir compte des attentes de l'individu, de son éducation sexuelle, de la réputation autant que de la dose effective de la drogue consommée, de l'environnement où se pratique la consommation et de quantité d'autres facteurs.

D'autre part, la surconsommation de psychotropes est intimement liée à des problématiques socio-sexuelles d'importance, telles que la prostitution, les traumatismes sexuels, le sida.

Nous proposons une exploration des rapports entre drogues, sexualité et problèmes sociaux en abordant d'abord l'effet des principaux groupes de substances sur l'activité sexuelle, puis les conséquences de la surconsommation sur la vie sexuelle, après quoi nous analyserons certains des principaux problèmes sociaux qui relèvent de cette alliance entre la drogue et la sexualité.

## LES EFFETS DES SUBSTANCES SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE

L'effet d'un psychotrope sur la sexualité est fonction des propriétés de la substance, de sa répercussion sur la neurophysiologie sexuelle, des caractéristiques de l'usager (sexe, âge, état de santé, histoire sexuelle, inhibitions, attentes) et du contexte plus ou moins érotisant dans lequel a lieu cette consommation (Lemay, 1990). Il est donc difficile, en raison de la complexité de cette dynamique, d'affirmer nettement que telle substance produit toujours le même effet sur la sexualité. En ce qui concerne l'activité sexuelle, il existe cependant des constantes. L'activité sexuelle consiste en une série d'étapes menant à l'orgasme et entraînant un processus neurophysiologique particulier. C'est à ce niveau que les substances psychotropes interfèrent le plus souvent.

D'une manière générale, à faibles doses et à court terme, l'effet le plus fréquent des psychotropes sur la sexualité est la désinhibition. Si nous étions moins inhibés sexuellement, si l'éducation sexuelle nous avait imposé moins de limites et de restrictions (Jaccard, 1975), cet effet des drogues serait certainement moins notoire.

À fortes doses et à long terme, pour la majorité des substances, c'est une diminution de l'attraction sexuelle qui est constatée. La drogue prend alors toute la place, reléguant la sexualité au second plan. Il est également possible de rencontrer certaines dysfonctions sexuelles, telles que l'absence ou la difficulté d'érection ou de lubrification, le retard ou l'absence d'orgasme (anorgasmie).

### Les déprimeurs

La majorité des déprimeurs a pour effet d'accroître le désir sexuel si les doses sont faibles et de le diminuer si les doses sont fortes. L'association alcool et sexualité remonte aussi loin que l'origine du vin. Dionysos, dieu du vin, était également célébré pour son action bienfaisante sur la fécondité. Les fêtes données en son honneur étaient naturellement bien arrosées et fortement érotiques. On attribue à cette association vin-érotisme l'origine du baiser. Une coutume des débuts de la Rome antique, appelée *ius osculi*, obligeait la femme à embrasser, le matin, le premier homme de la famille qu'elle rencontrait afin

lui interdisant de boire du vin. Cet interdit avait pour but d'empêcher que les femmes, dont les sens auraient été échauffés, commettent l'adultère (Bologne, 1991). La coutume s'est par la suite étendue aux hommes et transformée jusqu'à sa forme contemporaine du baiser passionné.

L'opinion voulant que l'alcool pousse à la sexualité n'est donc pas nouvelle. Ovide (cité dans Lenois, 1980: 89) avait déjà tout compris:

Le vin dispose notre âme à l'amour, si l'on n'en prend pas beaucoup et que nos sens noyés par d'abondantes libations ne soient pas engourdis. Le vent entretient le feu, le vent l'éteint, légère une brise alimente la flamme, trop forte elle l'éteint.

C'est donc une question de dosage. Les capacités sexuelles diminuent proportionnellement à la quantité consommée. À faibles doses, l'alcool a sur la sexualité un effet stimulant indéniable. Il sert, en quelque sorte, de frein au contrôle de la formation réticulée sur les centres sexuels du cerveau, d'où son effet libérateur sur les inhibitions. Cette action de l'alcool dépendrait aussi beaucoup des attentes des consommateurs et du contexte social ou intime dans lequel on le consomme, d'autant plus que l'alcool favorise la détente et diminue le stress.

Mais lorsque l'alcoolémie est trop élevée, on peut observer, tant chez les hommes que chez les femmes, des difficultés sur le plan de l'excitation sexuelle et de l'atteinte de l'orgasme dont l'intensité peut également diminuer (Malatesta et coll., 1979; 1982). Ces effets sont d'ailleurs observables pour tous les déprimeurs: plus la consommation augmente, plus le désir sexuel diminue, ce qui peut aller jusqu'à sa complète extinction (voir tableau 2-1). La fonction de l'hormone lutéinisante, la LH<sup>1</sup>, est importante dans ce processus.

Notons finalement que l'on observe souvent, lors du sevrage et au cours de la période qui suit, une augmentation de la libido pouvant aller, dans certains cas, jusqu'à un sentiment d'urgence sexuelle. Cet effet se produit plus particulièrement avec les benzodiazépines, peut-être en raison de la demi-vie propre à ce type de substances.

### Les stimulants

La cocaïne est depuis longtemps associée à la sexualité. Déjà, au temps des Incas, on représentait, côte à côte sur un même vase, la plante de coca et différents comportements sexuels que les conquérants espagnols ont jugés, à l'époque, plutôt inhabituels (Siegel, 1982). La pâte de coca a également été utilisée par certains peuples indigènes d'Amérique du Sud lors des rituels d'initiation, plus particulièrement de défloration. On introduisait alors une mixture d'eau

<sup>1</sup> La LH, ou hormone lutéinisante, est une hormone hypophysaire agissant par rétroaction en favorisant la sécrétion d'œstrogène et de progestérone dans les ovaires et de testostérone dans les testicules.

**TABEAU 2-1**  
**Effets des dépresseurs sur l'activité sexuelle**

	Faibles doses/court terme	Fortes doses/long terme	Mécanismes d'action possibles
<b>Alcool</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du désir sexuel s'il y avait inhibition.</li> <li>- Importance du contexte de consommation et des attentes de l'individu.</li> <li>- Possibilité de prolongation de la période d'excitation à cause d'une diminution de la sensualité.</li> <li>- Diminution de la pression vaginale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du désir sexuel.</li> <li>- Difficultés d'érection ou de lubrification.</li> <li>- Inhibition de l'érection ou de la lubrification (les hommes sont souvent plus affectés que les femmes).</li> <li>- Retard ou inhibition de l'orgasme.</li> <li>- L'alcool est parmi les plus importants responsables de l'impuissance masculine à partir de l'andropause.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépression générale du système nerveux central (SNC).</li> <li>- Atteinte des réflexes spinaux = difficultés d'érection.</li> <li>- Diminution de la testostérone = augmentation de la LH = diminution du désir.</li> <li>- Des études rapportent que chez l'homme alcoolique chronique, le foie, endommagé par l'alcool, pourrait convertir une grande quantité des androgènes en œstrogènes, ce qui provoque à long terme des effets de féminisation, la gynécomastie et la stérilité.</li> </ul>
<b>Disulfirame (Antabuse®)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du désir.</li> <li>- Difficultés d'érection (à partir de 2 g par jour).</li> </ul>	
<b>Tranquillisants mineurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifications du désir sexuel.</li> <li>- Augmentation du désir s'il y avait inhibition ou une trop grande anxiété (15-75 mg par jour).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du désir sexuel.</li> <li>- Possibilité d'orgasme retardé (à partir de 30 mg par jour).</li> <li>- Possibilité de stérilité pour les femmes qui font une surconsommation de médicaments avec de l'alcool.</li> </ul>	
<b>Sédatifs et hypnotiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réputation d'aphrodisiaques, surtout chez les femmes, probablement basée sur la levée des inhibitions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilité d'impuissance érectile (1,5-3,0 g par jour).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il existe très peu d'études sur les mécanismes d'action.</li> </ul>
<b>Barbituriques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu d'études à ce sujet.</li> <li>- Effets supposés similaires à ceux des autres dépresseurs.</li> </ul>		

**TABEAU 2-2**  
**Effets des stimulants sur l'activité sexuelle**

	Faibles doses/court terme	Fortes doses/long terme	Mécanismes d'action possibles
Amphétamines et dérivés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimulation de l'imaginaire érotique.</li> <li>- Augmentation du désir sexuel, observée particulièrement chez les femmes lorsque la substance est ingérée par voie orale.</li> <li>- Orgasmes plus intenses fréquemment rapportés.</li> <li>- Possibilité d'orgasmes multiples.</li> <li>- On rapporte parfois des comportements sexuels qui diffèrent des normes habituelles du consommateur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du désir sexuel.</li> <li>- Retard ou absence d'orgasme.</li> <li>- Difficultés d'érection.</li> <li>- Retard possible de l'éjaculation (parfois même à faibles doses et par voie orale).</li> <li>- Le <i>rush</i> peut remplacer l'activité sexuelle (lors d'administration intraveineuse).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Différents dosages ainsi que le mode de consommation affecteraient divers centres du SNC et pourraient produire des effets inattendus.</li> <li>- Action sur le système dopaminergique.</li> <li>- Stimulation alpha-adrénergique = orgasmes multiples.</li> </ul>
Cocaïne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réputation d'aphrodisiaque.</li> <li>- Stimulation de l'imaginaire érotique.</li> <li>- Augmentation du désir sexuel.</li> <li>- Augmentation de l'excitation sexuelle.</li> <li>- Possibilité d'orgasmes multiples.</li> <li>- Érections spontanées possibles après injection de la substance.</li> <li>- Les comportements sexuels peuvent différer des normes habituelles du consommateur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du désir sexuel, bien que l'imaginaire érotique puisse continuer d'être stimulé.</li> <li>- Retard de l'orgasme.</li> <li>- Pour certains, impossibilité d'atteindre l'éjaculation durant le <i>rush</i>, puis, éventuellement, l'érection elle-même.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimulation générale du SNC.</li> <li>- Augmentation de la fonction sympathique du SNC.</li> <li>- Augmentation de la concentration de dopamine.</li> </ul>
Nicotine		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilité de difficultés d'érection (à partir de 15 cigarettes par jour).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution de l'afflux sanguin vers le pénis.</li> </ul>
Caféine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de données.</li> </ul>		

et de pâte ou poudre de coca dans une pipe en bois, en forme de pénis, que l'on plaçait à l'entrée du vagin des filles nubiles, puis, on soufflait dans la pipe afin que la substance se répande sur l'hymen et l'insensibilise. La pipe servait ensuite à ouvrir la membrane de l'hymen (Basile, 1977). En 1913, à Paris, la moitié des prostituées de Montmartre consommaient de la cocaïne, sous forme de douches vaginales, pour anesthésier le vagin, en améliorer les contractions et stimuler le système nerveux afin de vaincre la fatigue (Grinspoon et Bakalar, 1982). Aujourd'hui encore, la cocaïne est fréquemment utilisée en application locale sur les organes génitaux, l'anus et les mamelons lors des jeux sexuels.

Le lien que l'on fait souvent entre la cocaïne et les rites sexuels pourrait avoir une explication physiologique. La substance exerce son action au niveau du système limbique, siège des fantasmes et de la sexualité; en bloquant la recapture de dopamine, neurotransmetteur directement lié à l'augmentation du désir sexuel, la cocaïne amplifie le désir et les fantasmes sexuels (voir tableau 2-2). Chez certains usagers, l'association entre la prise de cocaïne et la sexualité est tellement forte que la consommation ne s'effectue qu'accompagnée de scénarios sexuels spécifiques.

Notons que le système limbique est également associé à la mémoire des événements anciens et de l'expérience humaine, tant sur le plan des émotions que de la sexualité (Lafond, 1990). Il est lié au centre du plaisir et de la douleur, à l'élaboration des comportements sexuels, à la satisfaction sexuelle et à sa recherche. Rien d'étonnant à ce qu'une drogue, censée stimuler le système limbique, stimule également la sexualité, parfois même jusqu'à l'obsession. Ainsi, la personne qui en fait un usage immodéré ne peut s'empêcher d'associer la cocaïne à des activités sexuelles au point que, lors des périodes d'abstinence, le seul fait de penser à la sexualité peut induire le goût de la substance et, inversement, le simple fait de parler de la cocaïne a le pouvoir de stimuler la sexualité. Cet effet ne se rencontre pas chez tous les usagers et il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

### Les narcotiques

Les recherches sur les effets de l'usage des narcotiques, opiacés et synthétiques, sur la sexualité sont à peu près inexistantes. Les préjugés occidentaux à l'endroit de cette catégorie de substances nous auraient-ils empêchés d'en faire l'investigation scientifique? Les consommateurs de narcotiques non dépendants et menant une vie stable, car il en existe, sont ignorés des chercheurs. Les sujets des études sont, pour la plupart, des héroïnomanes qui font un usage abusif de la substance depuis longtemps.

Ces héroïnomanes recourent souvent à cette drogue comme moyen de protection contre la souffrance, physique, psychologique ou morale. La drogue sert ainsi de tampon entre la réalité et la sensibilité. La plupart du temps, les

héroïnomanes éprouvent un faible intérêt pour la sexualité. Ils ont davantage tendance à choisir cette substance parce qu'elle les met à l'abri des blessures liées à la sexualité, antérieures ou futures. L'héroïne agit à la manière d'une bulle sécurisante qui fait obstacle aux stimulations et agressions du monde; par la même occasion, elle fait aussi obstacle aux stimulations de nature sexuelle (voir tableau 2-3).

### Les cannabinoïdes

Les études consacrées aux effets du cannabis sur la réaction sexuelle sont, entre toutes, les plus contradictoires (Buffum, 1982). Pour certains chercheurs (Cohen, 1982; Tordjman, 1987), la marijuana serait la substance qui augmenterait le plus le plaisir sexuel (voir tableau 2-4). À faible dose, le cannabis élèverait le niveau de testostérone, ce qui faciliterait la montée du désir sexuel ainsi que l'érection. Il agirait également sur les perceptions sensorielles en augmentant leur qualité, et sur la perception du temps en donnant l'impression que l'orgasme dure plus longtemps.

Les cannabinoïdes ont aussi une influence marquée sur le plan socioculturel dans la mesure où ils ont été associés aux mouvements *beat* puis contre-culturel, qui prônaient la non-violence, le retour aux sources et la liberté sexuelle. Aujourd'hui encore, fumer un joint avant de faire l'amour est, dans la majorité des cas, considéré comme un élément relationnel positif qui ajoute à l'intensité du plaisir, tant par son effet physiologique réel qu'en raison de sa réputation d'aphrodisiaque.

### Les psychédéliques et perturbateurs

#### Le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD)

À l'époque où le LSD était utilisé dans le traitement de l'alcoolisme et de la schizophrénie, il n'était guère question de son potentiel aphrodisiaque. Albert Hofmann, à qui on attribue la découverte de la substance, a mené ses recherches en solitaire, dans un milieu austère et un contexte somme toute assez éloigné des préoccupations sexuelles. La réputation aphrodisiaque du LSD s'est établie surtout à partir des travaux de Timothy Leary qui en a vanté les mérites dans plusieurs de ses écrits. Leary a effectué la plupart de ses expériences en groupes mixtes, dans des contextes de détente et où la recherche sensuelle était présente. Dans une entrevue au magazine *Playboy*, en septembre 1966, il affirmait que le LSD était le plus puissant aphrodisiaque que l'homme ait jamais découvert. Son effet le plus important se révélait surtout sur le plan de la sensualité et de la réception sensorielle, qu'il amplifiait des milliers de fois. Leary disait que l'objectif principal de la prise de LSD était de faire l'amour, d'abord avec Dieu, puis avec soi-même et éventuellement avec une autre personne.

**TABEAU 2-3**  
Effets des narcotiques sur l'activité sexuelle

	Faibles doses/court terme	Fortes doses/long terme	Mécanismes d'action possibles
<b>Opium, morphine, codéine (Naturels)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de données.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de désir.</li> <li>- Impuissance érectile.</li> <li>- Retard ou inhibition de l'éjaculation.</li> <li>- Possibilité d'aménorrhée (absence de flux menstruel).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépression générale du SNC.</li> <li>- Dépression directe des centres sexuels.</li> <li>- La morphine cause une vasodilatation périphérique (libération d'histamine) qui peut avoir comme effet de détourner la circulation sanguine du pénis.</li> </ul>
<b>Héroïne, hydromorphone (Semi-synthétiques)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Éjaculations prématurées plus fréquentes à faibles doses et pendant certains sevrages.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du désir sexuel jusqu'à perte complète.</li> <li>- Retard ou inhibition de l'éjaculation.</li> <li>- Diminution ou inhibition de l'érection.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution de la testostérone et de la LH = diminution du désir sexuel.</li> <li>- Diminution de la testostérone = difficulté d'érection.</li> </ul>
<b>Méthadone (Synthétiques)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Données contradictoires.</li> <li>- Mêmes effets qu'avec l'héroïne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du désir sexuel.</li> <li>- Difficulté ou inhibition de l'érection.</li> <li>- Retard ou inhibition de l'orgasme.</li> <li>- Comparativement à l'héroïne, diminution de 50% du volume des sécrétions de la prostate et des vésicules séminales dans l'éjaculat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La diminution de la testostérone est plus grande avec la méthadone qu'avec l'héroïne.</li> </ul>

**TABEAU 2-4**  
Effets des cannabinoïdes sur l'activité sexuelle

	Faibles doses/court terme	Fortes doses/long terme	Mécanismes d'action possibles
<b>Marijuana, hachisch, huile de hachisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Désinhibition.</li> <li>- Augmentation de la perception sensorielle.</li> <li>- Augmentation de l'excitation sexuelle.</li> <li>- Augmentation du désir sexuel.</li> <li>- Augmentation de la qualité du plaisir sexuel.</li> <li>- Des effets négatifs sont rarement rapportés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du désir sexuel.</li> <li>- Diminution de la capacité d'érection très rarement rapportée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On ne connaît pas exactement comment agit le THC. La majorité des études sont peu claires et contradictoires.</li> <li>- Augmentation de la testostérone à faible dose et diminution à forte dose.</li> <li>- Le THC pourrait avoir des effets sur la contraction musculaire lors de l'orgasme.</li> </ul>

### La psilocybine

Les anciens peuples d'Amérique, notamment les Aztèques, faisaient surtout usage de cette drogue lors des célébrations religieuses; c'est d'ailleurs une réputation de drogue spirituelle, plutôt que sexuelle, qui lui est restée. La psilocybine s'apparente au LSD par ses effets physiques, bien que ceux-ci soient moins forts et moins prolongés que ceux du LSD. Elle provoque toutefois plus d'euphorie et d'acuité perceptuelle. En ce qui concerne la sexualité, ce sont surtout les attentes des individus et les conditions d'utilisation qui jouent.

### La mescaline

Contemporaine de la psilocybine, la mescaline a été associée aux rituels religieux chez les Amérindiens. Aujourd'hui encore, les autochtones appartenant à la Native Church of North America bénéficient d'un statut légal particulier leur permettant de faire un usage modéré de cette substance. L'écrivain Aldous Huxley a expérimenté le produit, seul, en laboratoire et sous la surveillance d'un chercheur. À l'instar d'Hofmann, ses découvertes n'ont pas été de nature érotique bien que la sensualité et le sens esthétique se soient avérés plus exacerbés encore avec la mescaline qu'avec le LSD. L'initiation à la mescaline a plutôt conduit Huxley à une révélation spirituelle.

Les effets de la mescaline ressemblent beaucoup à ceux de la psilocybine, mais la répercussion sur la sensualité est plus forte et des situations d'extase sexuelle sont plus souvent associées à cette substance.

### Le méthylméthylènedioxyamphétamine (MMDA)

Communément baptisée *Ecstasy* (XTC), *Love Drug*, *Love Pill* ou *Adam*, cette substance combine les effets des amphétamines (augmentation du désir sexuel) à ceux de la mescaline (modifications des perceptions sensorielles). On l'utilise expressément pour un *trip* sexuel où la communication, la sensualité et l'esthétisme tiennent une place importante.

Elle rencontre aussi des adeptes dans les milieux thérapeutiques liés à la pensée « Nouvel Âge », où on rapporte qu'elle permet de se sentir davantage en harmonie avec le monde et de mieux s'aimer (Watson et Beck, 1991).

### La phencyclidine (PCP)

La PCP est d'abord un anesthésique dont l'usage médical, chez l'humain, a rapidement été délaissé au profit des animaux. C'est pour ses effets hallucinogènes qu'elle est surtout réputée (Giroux, 1988). À fortes doses, elle agit sur les centres de la violence et de l'agressivité. Dans un contexte sexuel, la PCP est utilisée comme anesthésique lors des rapports anaux-génitaux (voir tableau 2-5). On l'associe d'autre part à certains rituels sadomasochistes.

**TABEAU 2-5**  
**Effets des psychédéliques et perturbateurs sur l'activité sexuelle**

	Faibles doses/court terme	Fortes doses/long terme	Mécanismes d'action possibles
LSD 25, Psilocybine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Études contradictoires.</li> <li>- Modification dans la fréquence des relations sexuelles, à la hausse ou à la baisse selon les individus.</li> <li>- Possibilité d'orgasmes plus intenses.</li> <li>- La psilocybine produit des effets moins intenses et d'une durée moins longue que le LSD 25.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de données.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu de données.</li> <li>- Possibilité d'inhibition de la sérotonine.</li> <li>- Vasoconstriction possible à des dosages non mentionnés.</li> </ul>
Mescaline	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de la perception sensorielle.</li> <li>- Possibilité d'augmentation du désir sexuel.</li> <li>- Possibilité d'augmentation de l'intensité de l'orgasme: extases sexuelles quelquefois rapportées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de données.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interruption de la neurotransmission dans le système limbique et le système réticulé ascendant.</li> </ul>
MDA, MMDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perçus comme pouvant faciliter la communication et l'activité sexuelles.</li> <li>- Amélioration de la vision en trois dimensions et du sens esthétique.</li> <li>- Modifications de la perception sensorielle.</li> <li>- Aucune étude ne démontre de dysfonctions sexuelles associées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Étant donné la similarité avec les amphétamines, il est possible de penser à des effets similaires à fortes doses, tels la diminution du désir sexuel, des retards dans l'orgasme et des difficultés d'érection.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu de données.</li> <li>- Probablement comme pour les stimulants.</li> </ul>
Phencyclidine (PCP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Désinhibition.</li> <li>- Les utilisateurs modérés éprouveraient une diminution du désir après consommation.</li> <li>- Utilisée comme anesthésiant et désinhibiteur lors des rapports anaux-génitaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cinquante pour cent des gros utilisateurs se sentiraient plus érotisés après la prise.</li> <li>- Difficultés d'érection et d'éjaculation possibles, mais moins fréquentes qu'avec l'héroïne ou la cocaïne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de la dépression du SNC après la prise de faibles doses = diminution du désir sexuel.</li> <li>- Il n'y aurait pas de dépression du SNC à fortes doses, ce qui explique que les gros utilisateurs soient plus érotisés.</li> </ul>

## Les aphrodisiaques et produits apparentés

Il existe des écrits de toutes sortes sur les substances aphrodisiaques: épices, racines, plantes et fruits de mer que l'on mélange à certains moments du mois, par certaines températures, dans certaines conditions (Lenois, 1980). Ces recettes dites aphrodisiaques nécessitent temps, patience et soins. C'est pour cela qu'on leur préfère les substances à la réputation magique des *sex-shops* (voir tableau 2-6). Celles dont on entend le plus parler n'ont aucun effet sur l'attirance ou le désir sexuel: les nitrites ou *poppers* sont des vasodilatateurs, et la cantharide ou *spanish fly*, un irritant.

La yohimbine est l'alcaloïde extrait de l'écorce d'un arbre du Cameroun, le *Pansinystalia Yohimbe*. On l'utilise principalement pour combattre l'impuissance chez l'homme, lors de l'andropause. Elle a une action érectogène en provoquant un afflux sanguin vers les tissus péniens. Associée à la noix vomique, au phosphore de zinc et aux androgènes, il arrive que la yohimbine soit aussi recommandée aux femmes souffrant de troubles de l'excitation sexuelle. Dans certains pays d'Europe, dont la France, ce produit s'obtient en vente libre (Lenois, 1980). Au Canada, le chlorhydrate de yohimbine est vendu sous ordonnance.

Par ailleurs, depuis une dizaine d'années, les recherches ont conduit à la découverte d'une phéromone humaine, extraite des sécrétions sexuelles et de la transpiration, pouvant augmenter l'attirance sexuelle (Durdin-Smith et Desimone, 1985). Peut-être sommes-nous sur la piste d'un aphrodisiaque naturel et inoffensif, entièrement produit par le métabolisme humain et ayant la propriété de se manifester au moment opportun.

En résumé, nous observons que la plupart des substances, lorsqu'elles sont consommées à court terme et en quantité proportionnelle aux capacités des individus, peuvent favoriser le plaisir sexuel. Les difficultés naissent de la surconsommation; les aspects psychosexuels liés à l'abus des drogues restent, en effet, les plus importants.

## LES EFFETS DE LA SURCONSOMMATION SUR LA SEXUALITÉ

Depuis plus de dix ans, il nous a été donné de rencontrer nombre de personnes ayant éprouvé des épisodes d'assuétude aux psychotropes et plusieurs groupes de femmes et d'hommes en traitement. Ces individus présentaient, pour la plupart, des manifestations sexuelles d'un autre ordre que celles qui sont strictement associées à la physiologie de l'activité sexuelle. Lors de la surconsommation, les inhibitions tombent et la capacité de juger diminue; la personne peut alors accomplir des gestes qu'elle ne se serait peut-être pas permis sans avoir pris de drogue.

**TABLEAU 2-6**  
**Effets des aphrodisiaques et produits apparentés sur l'activité sexuelle**

	Faibles doses/court terme	Fortes doses/long terme	Mécanismes d'action possibles
<b>Nitrites</b> Nitrites d'amylo et d'isobutyle ( <i>Poppers</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucun effet sur le désir sexuel.</li> <li>- Impression de prolongation de l'orgasme (on ne connaît pas encore de moyens physiologiques de prolonger l'orgasme).</li> <li>- L'inhalation doit se faire juste avant l'orgasme sinon il y a perte d'érection.</li> <li>- Utilisation lors des relations anales pour relaxer le sphincter de l'anus.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vasodilatation des artères = vasocongestion locale des organes génitaux.</li> <li>- Peut causer des occlusions coronariennes.</li> </ul>
<b>Cantharide</b> ( <i>Spanish fly</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucun effet sur le désir sexuel.</li> <li>- Priapisme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Priapisme prolongé qui peut provoquer des lésions incurables des corps caverneux du pénis et entraîner l'impuissance.</li> <li>- Lésions des reins = urines sanglantes.</li> <li>- Hémorragies digestives = perte de sang par l'anus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Action sur le système périphérique.</li> <li>- Irritation du tractus gastro-intestinal, de la vessie et de l'urètre, qui provoque une pseudo-excitation.</li> <li>- Poison pouvant être mortel.</li> </ul>
<b>Yohimbine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitation de l'érection.</li> <li>- Utilisation en association avec la testostérone et la noix vomique dans le traitement de l'impuissance à l'andropause.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Priapisme.</li> <li>- Agent producteur d'anxiété.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vasodilatation des artères génitales.</li> <li>- Stimulation des centres érecteurs de la moelle épinière.</li> <li>- Effet sur le système nerveux autonome = augmentation de l'anxiété.</li> </ul>
<b>Phéromones</b> (Alpha-androsténol)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de l'attrance sexuelle.</li> <li>- Stimulation du désir sexuel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de données.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu de données.</li> <li>- Agirait sur les centres de l'olfaction et probablement sur le système limbique.</li> </ul>

Voici quelques exemples de changements sur le plan de la sexualité, rapportés par des individus en traitement dans différents centres de la grande région de Montréal (Domrémy, Jean-Lapointe, Toxivic, ASPA).

- Effets rapportés par les femmes en réadaptation:
  - multiplicité des partenaires sexuels;
  - discrimination moins grande dans le choix des partenaires;
  - désinhibition;
  - actualisation des fantasmes;
  - centration accrue sur leurs besoins sexuels propres plutôt que sur ceux de leur partenaire;
  - culpabilité moins forte vis-à-vis des valeurs sociales;
  - tendance à blâmer l'autre pour des difficultés sexuelles dues à la consommation;
  - confusion dans les mœurs sexuelles, surtout au début de la consommation;
  - perte du respect de son corps;
  - perte du respect du corps de l'autre;
  - modifications de l'orientation sexuelle;
  - activités sexuelles accrues pendant la consommation, en raison de l'incapacité de faire l'amour sans avoir consommé;
  - prostitution pour obtenir la substance;
  - diminution du désir sexuel;
  - augmentation des comportements à risque;
  - perte de l'intimité;
  - banalisation de la sexualité.
- Effets rapportés par les hommes en réadaptation:
  - choix moins sélectif des partenaires;
  - multiplicité des partenaires;
  - diminution des interdits sexuels;
  - activités sexuelles de groupe;
  - augmentation de la fréquence des comportements sexuels dits déviants;
  - augmentation de la violence sexuelle et de la criminalité à caractère sexuel;
  - désorientation du sens moral;
  - impossibilité de répondre à ses propres attentes sexuelles;
  - masturbation plus fréquente;
  - isolement;
  - utilisation d'objets au cours de l'acte sexuel;
  - sentiment d'urgence sexuelle;
  - modifications de l'orientation sexuelle;
  - prostitution pour obtenir de la drogue;
  - utilisation du sexe comme drogue;
  - obsessions sexuelles et transfert de dépendance;
  - égocentrisme et mensonge sur les intentions envers les partenaires;
  - perte d'estime de soi;
  - agressivité envers les amoureux.

L'intervention sexologique relève davantage ici d'un travail de déculpabilisation, de démythification, d'accueil et d'éducation sexuelle que de l'intervention traditionnelle sur les dysfonctions sexuelles. En effet, si la fonction sexuelle peut être entravée par l'abus de psychotropes, elle se rétablit avec facilité dès la cessation de la consommation. Il en va différemment pour les sphères de la vie sexuelle où entrent en jeu l'affectivité, l'estime de soi, les relations interpersonnelles, les valeurs sociales, l'éthique personnelle, etc.

Par ailleurs, les adultes issus de familles dysfonctionnelles – en fait, une grande partie de la clientèle en toxicomanie –, n'ont souvent pas reçu une éducation sexuelle de base positive, axée sur le plaisir, le respect du corps et l'autonomie. Ils supportent depuis leur enfance humiliations et blâmes à propos des manifestations sexuelles normales de leur développement. Ils se sentent coupables et honteux d'avoir un corps sexué et tentent de se normaliser en adoptant des conduites stéréotypées et contraignantes. Plusieurs auteurs ont déjà signalé l'importance des contraintes qu'impose le rôle sexuel dans les processus d'assuétude (Brisson, 1988; Guyon, Simard et Nadeau, 1981). La sexualité se présente alors comme une véritable épreuve ou comme l'exutoire à tous les maux. Certaines personnes, qui n'ont jamais fait l'amour « à jeun », éprouvent de réelles difficultés à vivre une sexualité sans drogue. Pour plusieurs, la sexualité constitue le second objet d'assuétude après les psychotropes.

### Le transfert de dépendance

Comment se fait-il que l'assuétude à la sexualité soit si fréquente chez les personnes toxicomanes après la cessation de la consommation? Nous comprenons que, pour le cocaïnoman, les effets de la substance elle-même s'apparentent au parcours de l'excitation sexuelle et que le *rush* par injection (ou par inhalation de *crack* ou de *freebase*) est souvent associé à l'orgasme. Comment expliquer la situation pour les usagers de substances qui ne présentent pas ce type d'effets spécifiques? Il s'agit, en fait, d'un simple transfert de dépendance. Les étapes de l'excitation sexuelle sont les mêmes que celles traversées pour arriver à l'ivresse ou au *high*; l'objectif, dans les deux cas, est identique: atteindre un état modifié de conscience. Le tableau 2-7 présente la similitude des deux processus.

Généralement, pour parvenir à l'orgasme, nous traversons certaines étapes clés. D'abord, un déclencheur stimule notre désir: ce peut être une stimulation sensorielle ou psychique, une situation particulière, une émotion ou un sentiment. La phase du désir correspond aussi à la recherche d'un partenaire et d'un moment ou d'un lieu propices à l'activité sexuelle. Vient ensuite l'excitation sexuelle, accompagnée de baisers et de caresses qui correspondent à certaines manifestations précises au niveau du système nerveux central. La phase du plateau est atteinte, juste avant l'orgasme; l'excitation sexuelle parvient alors au maximum de son intensité. C'est alors l'orgasme, que l'on peut considérer comme un état altéré de conscience, impliquant des réactions neurophysiologiques spécifiques.

**TABEAU 2-7**  
**Progression des étapes dans l'acte sexuel et la consommation de psychotropes**

Recherche de plaisir dans l'acte sexuel	Recherche de plaisir par la consommation de psychotropes
Désir sexuel	Désir de consommer
Excitation sexuelle	Préparation à la consommation
Plateau	Administration de la substance
Orgasme	Euphorie, ivresse, <i>rush</i> , <i>high</i>
Relâchement	Retour à la réalité, <i>down</i>
Phase réfractaire	Phase réfractaire

Lors de la phase de résolution, le corps se calme, les organes génitaux, le pouls, la respiration, la couleur de la peau reviennent à la normale. Certaines personnes connaîtront une phase réfractaire, soit un temps de pause entre deux cycles de l'activité sexuelle où le corps se repose et peut refuser une nouvelle stimulation. Cette phase présente une grande variabilité d'une personne à l'autre.

Reprenons ces étapes dans le cadre d'une recherche de plaisir liée à la consommation de psychotropes. La phase du désir de consommer une substance est elle aussi liée à un déclencheur, à l'intérieur ou à l'extérieur de la personne, telles une situation, une stimulation ou une émotion particulière; c'est lors de cette étape que l'on cherchera un partenaire et un lieu de consommation. La deuxième phase consiste en une préparation à la consommation: on apprête (ou on se fait préparer) la substance à consommer. L'anticipation du plaisir conduit à un état d'excitation accompagné de manifestations précises au niveau du système nerveux central. En fait, le rituel menant à l'euphorie pharmacologique est aussi important que celui qui précède l'extase orgasmique; dans les deux cas, certaines personnes le préfèrent même au plaisir qu'il annonce. Vient ensuite la phase de l'administration de la substance: elle correspond à l'apparition graduelle des effets et à la montée du plaisir. L'excitation y est à son comble. Un état modifié de conscience s'ensuit, que l'on pourra nommer ivresse, *rush*, *high*, extase, et qui entraîne, lui aussi, des réactions neurophysiologiques spécifiques. Lors de la phase de descente (ou « retour à la réalité »), les caractéristiques de l'organisme (pouls, respiration, couleur de peau, etc.) retrouvent leur condition normale. Les symptômes de sevrage, le cas échéant, apparaissent progressivement. Là encore, certaines personnes connaissent une phase réfractaire de durée variable où elles ne peuvent consommer à nouveau avant un certain temps.

On peut comprendre ici qu'une personne toxicomane ayant l'habitude de rechercher l'ivresse pour fuir un malaise ou un stress fasse de même avec la sexualité lorsqu'il n'y a plus possibilité d'user de substances. L'arrêt de la consommation abusive ne règle pas tous les problèmes et les rétablissements sont

souvent pénibles. Peu à peu surgissent les difficultés auxquelles on s'était appliqué à ne pas faire face. C'est à ce moment que se développe l'obsession.

Il est facile de changer l'objet d'assuétude car la quête et le résultat sont les mêmes. L'obsession sexuelle relève du même ordre que l'obsession de la substance: elles procèdent des mêmes étapes et l'angoisse qui les motive demeure la même. Toutes deux sont perçues comme une solution magique (Peele, 1982).

## LES PROBLÉMATIQUES SEXUELLES RELIÉES À LA TOXICOMANIE

### Les traumatismes sexuels

Au Canada, en 1984, le comité Badgley soumettait au public un rapport de recherche d'envergure nationale sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes. Cette recherche portait sur 2008 personnes constituant un échantillon représentatif de la population canadienne. Badgley voulait, entre autres, évaluer le nombre de jeunes Canadiens ayant subi des actes sexuels non désirés. Il définissait ces actes comme des attouchements, du harcèlement sexuel, des scènes de voyeurisme ou d'exhibitionnisme, l'agression sexuelle et l'inceste. On incluait donc un large éventail de comportements, en mettant davantage l'accent sur le fait que ces actes étaient subis. Les résultats ont indiqué qu'environ une femme sur deux et un homme sur trois auraient été victimes d'actes sexuels non désirés à un moment ou l'autre de leur vie. Les quatre cinquièmes de ces incidents auraient eu lieu dans l'enfance ou l'adolescence des victimes. Les agresseurs pouvaient provenir de différents milieux et être liés aux enfants de multiples façons. Cependant, en sélectionnant les agressions sexuelles commises uniquement par des membres de la famille immédiate ou des adultes faisant figure parentale, nous arrivons approximativement à 21 % (Badgley, 1984).

Le fait que près d'une fois sur quatre l'agresseur soit un parent entraîne des conséquences sérieuses. L'enfant est trahi par la personne même de qui il était en droit d'attendre protection, sécurité, réconfort. Cela a pour effet de saper les racines profondes de sa confiance et de son estime personnelle et d'installer en son for intérieur le germe d'un malaise qu'il aura peut-être à fuir à travers l'assuétude.

Il est étonnant de constater le nombre de personnes en centres de traitement ayant été victimes d'agressions sexuelles durant l'enfance. Quelques centres québécois rapportent de façon officielle que, lors de certains séjours (d'une durée d'environ trois à quatre semaines), jusqu'à 85 % de leurs clientes dévoilaient avoir été victimes d'agressions sexuelles diverses. Du côté des hommes, le pourcentage s'élève parfois jusqu'à 70 %. Nous avons observé des pourcentages similaires dans d'autres centres de traitement pour les hommes et les femmes.

Il est compréhensible qu'une concentration aussi forte de victimes se retrouvent face à des problèmes de toxicomanie, surtout lorsqu'on prend conscience de la multiplicité des conséquences des traumatismes sexuels subis dans l'enfance. En voici une liste non exhaustive, inspirée de divers auteurs (Brooks, 1985; Finkelhor, 1982; 1990; Messier, 1986; Zeller, 1987).

- Conséquences à court terme des traumatismes sexuels subis durant l'enfance:
  - anxiété;
  - sentiment d'être victime et attitude de victime;
  - perte d'estime de soi;
  - fuite: fugues, délinquance, toxicomanie;
  - confusion dans les sentiments;
  - dépression: maladies psychosomatiques, automutilations, automanipulations, tentatives de suicide;
  - sexualisation de toute relation humaine;
  - sexualité débridée: promiscuité, prostitution;
  - culpabilité;
  - difficultés d'apprentissage;
  - problèmes de personnalité;
  - hostilité envers les parents et envers tout le monde;
  - comportements antisociaux et agissements délinquants;
  - réactions masochistes;
  - inadaptations sexuelles: approche sexuelle d'enfants plus jeunes, homosexualité réactionnelle, dysfonctions sexuelles.
- Conséquences à long terme des agressions sexuelles subies dans l'enfance:
  - problèmes somatiques: nervosité, anxiété, troubles du sommeil;
  - symptômes de dépression pouvant aller jusqu'à des désordres psychiatriques: dissociation, dépersonnalisation, obsessions et compulsions;
  - sentiment d'impuissance;
  - manque de pouvoir personnel;
  - honte et culpabilité très fortes;
  - autodestruction: idées suicidaires et tentatives de suicide, automutilations ou désir de se blesser soi-même;
  - image de soi négative, estime de soi peu élevée;
  - sentiment puissant de n'être pas aimé;
  - problèmes relationnels: difficultés à faire confiance aux hommes et aux femmes; isolement, aversion de l'intimité; problèmes conjugaux et familiaux; dépendance face aux autres;
  - comportements antisociaux et colère forte;
  - problèmes physiques: maladies psychosomatiques, problèmes génitaux, urinaires, insatisfaction, promiscuité sexuelle, confusion quant à la morale et aux comportements sexuels;
  - répétition de comportements incestueux ou de contextes favorisant l'inceste;

- inaptitude à donner des soins et à comprendre les besoins des enfants;
- prostitution;
- abus de l'alcool et des drogues.

Tant à court qu'à long terme, on peut noter une incidence de la toxicomanie. Devant l'importance des malaises ressentis, il est facile de comprendre que cette voie puisse devenir une façon de vivre et même, dans bien des cas, un moyen de survie pour les victimes.

Depuis le début des années 1980, de nombreux chercheurs reconnaissent que la toxicomanie peut être une conséquence des traumatismes sexuels (Silbert et Pines, 1981; Covington et Kohen, 1984; Lindbert et Distad, 1985; Brunngaber, 1986; Beck et Van Der Kolk, 1987). L'étude comparative menée par Miller et ses collègues (1987) auprès de groupes de femmes alcooliques et non alcooliques confirme que les alcooliques ont plus souvent subi des sévices sexuels de toutes sortes dans leur enfance et pendant de plus longues périodes. Les victimes d'agressions sexuelles présentent également plus de risques d'être atteintes de troubles psychiatriques, particulièrement liés à l'abus de psychotropes (Scott, 1992).

L'autre lien entre traumatismes sexuels et toxicomanie concerne les agresseurs, qui sont souvent des toxicomanes. De 35% à 50% des pères incestueux ont été diagnostiqués alcooliques (Herman, 1983; Finkelhor, 1978). Les données sont similaires en ce qui concerne les violeurs (Rada, 1976). Dans une proportion importante d'agressions sexuelles, l'alcool et les drogues sont considérés comme un facteur déclenchant du passage à l'acte (Amir, 1971). L'état de désinhibition rendrait la transgression des tabous plus facile, l'agresseur se servant alors de la substance pour rationaliser et justifier son comportement (Finkelhor, 1978). Ce ne sont pas les substances psychotropes comme telles qui sont responsables des violences sexuelles, mais les motivations profondes de l'usage excessif qui en est fait, motivations comparables à celles qui poussent un individu à l'agression sexuelle (Van Guiseghem, 1988; Herman, 1983). Par ailleurs, les pères incestueux alcooliques, comparativement à ceux qui ne boivent pas, commettent des agressions plus violentes et envers des enfants plus jeunes (Finkelhor, 1978); là encore, ces chiffres peuvent s'appliquer aux violeurs (Bourget, 1984).

Plusieurs études ont démontré une relation entre l'inceste et la toxicomanie de l'un ou l'autre des parents (Herman et Hirshman, 1981; Justice et Justice, 1979; Meiselman, 1980). Barnard, en 1983, a mis au jour 13 éléments caractéristiques des familles incestueuses, éléments que l'on retrouve également dans les familles d'alcooliques. En fait, les familles incestueuses sont des familles dysfonctionnelles, ce qui engendre des conséquences multiples pour les enfants. Pour un enfant, grandir au sein de ce type de famille et dans la violence semble être un puissant facteur de risque de toxicomanie et d'agression sexuelle (Finkelhor, 1986; 1990; Laviola, 1992).

Les agresseurs, quant à eux, viennent le plus souvent de familles dysfonctionnelles où ils ont eux-mêmes subi divers sévices et leurs conséquences, en plus d'avoir intégré des modèles de comportements abusifs (Longo et Groth, 1983; Seghorn et Boucher, 1979).

## La prostitution

L'agression sexuelle fait croire à l'enfant qu'il n'a pas de valeur, qu'il peut être trompé et utilisé. Il apprend que son corps peut servir de monnaie d'échange. Or, les premiers pas dans la prostitution se font précisément au sein de la famille et de l'entourage immédiat des enfants (Dorais et Ménard, 1987). La prostitution n'est pas une activité volontaire dans laquelle un jeune s'engage librement. Elle succède à des situations familiales abusives et répond à des impératifs de survie (James et Meyerding, 1978; Silbert et Pines, 1981; 1982; Badgley, 1984; Fraser, 1985).

Une quantité impressionnante d'études sur la prostitution féminine démontrent qu'il y a un lien étroit entre les agressions sexuelles subies dans l'enfance et les activités de prostitution (James et Meyerding, 1978; Boyer et James, 1983; Bagley et Young, 1987). Les recherches menées auprès des prostitués hommes en arrivent aux mêmes résultats (Boyer, 1989; Earls et David, 1989). En fait, la fréquence des agressions sexuelles chez les prostitués des deux sexes est remarquablement plus grande que dans la population générale. Ainsi, à San Francisco, 61% des prostitués avaient été victimes d'exploitation sexuelle (Silbert et Pines, 1982); en Alberta, 73% des prostituées avaient connu l'inceste, comparativement à 29% des femmes d'un groupe témoin, choisi au hasard (Bagley et Young, 1987).

On a aussi observé que les prostituées agressées dans l'enfance avaient subi des sévices beaucoup plus graves, ce qui a eu pour effet d'empirer la détérioration de la santé mentale et de l'estime de soi (Bagley et Young, 1987), d'augmenter le degré d'angoisse et de provoquer l'apparition de processus d'assuétude. On rapporte également une fréquence plus élevée des viols et des attentats à la pudeur chez les prostitués des deux sexes qu'au sein de la population en général; ainsi, près de la moitié des prostitués auraient déjà subi un viol. La plupart du temps, les agressions sexuelles ont précédé la prostitution (Boyer, 1989). D'ailleurs, les outrages sexuels, quels qu'ils soient, sont maintenant considérés comme un facteur déterminant de l'orientation d'un jeune vers la prostitution (Silbert et Pines, 1982).

Bien sûr, toutes les personnes qui se prostituent n'ont pas nécessairement été victimes d'inceste. Cependant, si nous ajoutons aux traumatismes sexuels les traumatismes physiques et psychologiques, nous obtenons un total de 100% (Silbert et Pines, 1983; Bagley et Young, 1987). Il apparaît donc que ce n'est pas tant la drogue qui pousse une personne à se prostituer mais plutôt la prostitution qui se trouve dans le prolongement logique de multiples outrages

où, de victime passive on devient victime active (Dorais et Ménard, 1987). Les comportements d'assuétude, dans ce contexte, sont davantage des séquences que des déclencheurs.

La consommation de drogues et d'alcool chez les prostitués est aussi étroitement liée à leurs conditions de vie. Le stress lié à cette occupation, la brutalité de certains clients, la violence du milieu, la solitude psychologique, les maladies sexuellement transmissibles, le harcèlement des souteneurs, les querelles de territoire, les jugements et préjugés sociaux créent un très fort besoin d'évasion qui ne peut être satisfait en dehors des psychotropes.

Plus un jeune s'enfonce dans la prostitution, plus il a besoin de consommer des drogues, et plus son besoin de consommer s'accroît, plus il lui est difficile de se sortir de la prostitution, car c'est elle qui lui fournit l'argent nécessaire pour entretenir sa toxicomanie. La drogue n'est pas nécessairement la cause de la prostitution, mais elle devient un handicap sérieux pour ceux qui veulent en sortir.

## Le sida

Il y a également un lien entre les grossesses non désirées, les maladies transmises sexuellement (MTS) et la toxicomanie. Les personnes toxicomanes ont plus de MTS que la moyenne et sont aussi beaucoup plus exposées à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Dans certains centres de désintoxication à New York et à Barcelone de même que dans certaines régions du Sud de l'Italie, jusqu'à 50% à 70% des résidents sont séropositifs (Bruneau et Côté, 1990). À Montréal, le taux de séropositivité se situe à environ 15%.

Les personnes toxicomanes représentent un haut risque d'infection en raison des pratiques d'échange de matériel d'injection, mais elles le sont aussi par leurs comportements sexuels.

La surconsommation de psychotropes augmente le nombre des comportements à risque à différents niveaux, particulièrement dans la sexualité. Ajoutons à cela la désinhibition, la modification du jugement, et toutes les conditions se trouvent réunies pour que les précautions élémentaires de prévention des MTS ne soient pas respectées.

Il existe aussi, dans le milieu de la toxicomanie, une pratique d'échange de services sexuels contre de la drogue. Elle diffère de la prostitution traditionnelle en ce sens qu'elle n'implique pas d'échange d'argent et que ces rapports s'inscrivent dans une norme acceptée chez les consommateurs. Ce phénomène est particulièrement important dans le milieu des usagers de crack.

Les services sexuels en échange de crack font partie d'une dynamique de jeux de pouvoir et de manipulations: ceux qui donnent les services, en état de manque, sont soumis aux désirs et au bon vouloir de ceux qui les reçoivent. Il

s'agit d'un contexte de relations sexuelles dégradantes et souvent violentes dans lesquelles le pouvoir revient évidemment aux revendeurs (Carlson et Siegal, 1991).

Comment une conduite préventive pourrait-elle s'instaurer dans ces rapports de pouvoir? La personne qui échange ses services sexuels parce qu'elle se trouve en état de manque a-t-elle le choix d'utiliser un condom? C'est ici que la situation se distingue de la prostitution habituelle car il n'y a pas de négociations possibles. Cette incapacité à choisir se retrouve aussi dans les milieux où se pratique l'injection de drogue en groupe. La pression du groupe et le besoin d'appartenance des individus constituent un obstacle de taille aux efforts d'éducation sur la prévention de l'infection par le VIH.

On parle rarement de la charge érotique que comporte le partage de la seringue. L'usager qui consomme de la drogue par injection atteint un stade où ses activités sexuelles concrètes diminuent de plus en plus. Ses conduites se concentrent autour de la seringue, son érotisme aussi. Le partage des seringues revêt alors un sens érotique important. Lorsqu'il n'y a plus de relations sexuelles, plus de génitalité, le besoin d'excitation, de contacts et de plaisirs partagés se transpose dans les seules relations intimes qui restent, celles que l'on a avec les « partenaires de dope ».

Pour une personne toxicomane en mal d'amour, le fait de se piquer seule, devant les autres, avec son matériel personnel et bien propre, ne se compare pas à l'obtention de son plaisir par la seringue de la personne qui vient d'en jouir. La relation, ici, est d'ordre érotique: jouir ensemble par le même objet de plaisir. Comment pensons-nous, dès lors, faire une prévention efficace du sida si la dimension du plaisir dans l'usage des psychotropes, comme dans la sexualité, reste ignorée?

D'autre part, les personnes qui ont subi des préjudices, ont, à l'égard de la sexualité, des comportements qui vont de la compulsion à la répulsion. Il leur arrive souvent, par exemple, d'éprouver un fort sentiment d'impuissance dès qu'elles font face à une demande sexuelle. Elles se figent, perdent leurs moyens et finissent par se laisser faire, même si ce n'est pas réellement ce dont elles ont envie. Comment ces personnes pourraient-elles soudainement sortir de leur état d'impuissance pour suggérer au partenaire d'utiliser un préservatif?

La prévention de l'infection par le VIH chez les personnes toxicomanes sera plus efficace lorsque les intervenants seront capables de privilégier une approche globale: pour susciter la motivation à protéger sa vie (et celle des autres) chez des individus en difficulté, il faut d'abord les convaincre qu'ils en valent la peine, ce qui est loin du message que la plupart ont reçu tout au long de leur vie. À quoi cela sert-il de porter un condom sur un organe génital que l'on rejette? Pourquoi protéger un corps dont on cherche à s'évader parce qu'il porte en chacun de ses pores le souvenir d'humiliations anciennes? Pour adopter des conduites préventives, il faut s'aimer soi-même.

## CONCLUSION

Nous avons survolé différents aspects du rapport qui existe entre l'usage des drogues et la sexualité humaine. Retenons les trois principaux: l'effet spécifique des psychotropes sur l'activité sexuelle, à court et à long terme, les conséquences de l'abus des substances sur la sexualité et l'agression sexuelle qui peut être un antécédent de l'abus de l'alcool et des drogues.

Étant donné que toute substance psychotrope agit sur le système nerveux central, il va de soi que l'activité sexuelle, qui relève de ce même système, est affectée par l'absorption de drogue. Pour simplifier, on pourrait dire que le stimulant active l'activité sexuelle et que le déprimeur, à faibles doses, la stimule également – en raison de l'effet désinhibiteur – pour ensuite l'inhiber. Cela serait, cependant, ne pas tenir compte de la personnalité des consommateurs, des lieux de consommation, de la qualité des substances et d'autres facteurs qui modulent l'effet physiologique des produits. Méfions-nous des règles établies, car ce ne sont pas tant les substances qui causent des difficultés d'ordre sexuel que les raisons qui sous-tendent la surconsommation.

L'abus des psychotropes a, en effet, de nombreuses conséquences sur la vie sexuelle. Une fois qu'elle a perdu ses inhibitions, la personne peut adopter des comportements sexuels inhabituels et ne concordant pas toujours avec ses valeurs. D'autres ont du mal à dissocier la sexualité et la drogue ou bien transfèrent leur dépendance sur la sexualité. Cet aspect pose le problème des conduites à risque et de leurs répercussions sur l'incidence de l'infection par le VIH.

Finalement, dans une forte proportion, les personnes toxicomanes rapportent avoir été victimes d'inceste ou d'autres outrages sexuels. Les conséquences de ces sévices sont multiples et sont particulièrement importantes dans les domaines de la sexualité, des relations interpersonnelles et familiales ainsi que de l'intimité. L'enfant agressé sexuellement ou de toute autre façon, sera porté à recourir aux stratégies d'adaptation et de protection que constituent les assuétudes aux psychotropes, à la nourriture ou à la sexualité. En cours de rétablissement, plusieurs victimes disent que c'est notamment grâce à leur assuétude qu'elles ont survécu.

L'attention apportée à la complexité des liens entre la sexualité et l'usage des psychotropes est essentielle dans une approche d'aide et les sexologues ont un rôle primordial à jouer à cet égard. Dans une perspective de santé publique, si nous désirons diminuer la toxicomanie et les problèmes qui y sont associés, il nous faudra réviser notre compréhension des traumatismes sexuels et des conséquences qu'ils engendrent, mettre l'accent sur l'éducation sexuelle des enfants et surtout des parents et reconnaître la place fondamentale qu'occupe la sexualité en chacun de nous.

L'éducation sexuelle, parce qu'elle propose des objectifs d'autonomie, d'estime personnelle, de connaissance et de respect de soi dans une vision du plaisir compris comme un droit légitime, offre une voie de prévention privilégiée. L'information ne suffira toutefois jamais à transformer l'intention en action : par la prise de conscience et l'introspection, les messages devront aussi toucher le cœur.

## RÉFÉRENCES

- AMIR, M. (1971). *Patterns of Forcible Rape*. Chicago: University of Chicago Press.
- BADGLEY, C. (1984). *Sexual Offences against Children*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- BAGLEY, C., YOUNG, L. (1987). Juvenile Prostitution and Child Sexual Abuse: A Controlled Study. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6, 1, 5-26.
- BARNARD, C.P. (1983). Alcoholism and Incest: Improving Diagnostic Comprehensiveness. *International Journal of Family Therapy*, 5, 2, 136-144.
- BASILE, J. (1977). *Coca et cocaïne*. Montréal: Édition de l'Aurore.
- BECK, J.C., VAN DER KOLK, B. (1987). Reports of Childhood Incest and Current Behavior of Chronically Hospitalized Psychotic Women. *American Journal of Psychiatry*, 144, 11, 147-176.
- BOLOGNE, J.C. (1991). *Histoire morale et culturelle des boissons*. Paris: Robert Laffont.
- BORGET, D. (1984). Sex Offenders Who Claim Amnesia More Violent, Study Reveals. *perspective*, Royal Ottawa Health Care Group, 4.
- BOYER, D. (1989). Male Prostitution and Homosexual Identity. *Gay and Lesbian Youth*. Seattle: Hawaorth Press Inc., 151-181.
- BOYER, D., JAMES, J. (1983). Prostitutes as Victims: Sex and the Social Order. In D.E.J. MacNamara et A. Karman (dir.): *Deviants: Victims or Victimizers* (p. 109-146). Beverly Hills, Cal.: Sage Publications.
- BRISSON, P. (1988). L'expérience masculine de l'alcool et le besoin de pouvoir. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie* (p. 239-250). Boucherville, QC: Gaëtan Morin Éditeur.
- BROOKS, B. (1985). Sexually Abused Children and Adolescent Identity Development. *American Journal of Psychotherapy*, 39, 401-410.
- BRUNEAU, J., CÔTÉ, P. (1990). Les utilisateurs de drogues injectables. In C. Olivier et R. Thomas (dir.): *Le SIDA. Un nouveau défi médical* (p. 194-214). Montréal: Association des médecins de langue française du Canada.
- BRUNGRABER, L.S. (1986). Father-Daughter Incest: Immediate and Long Term Effects of Sexual Abuse. *Advances in Nursing Science*, 8, 4, 15-35.
- BUFFUM, J. (1982). Pharmacosexology: The Effect of Drugs on Sexual Function. A Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 1-2, 5-44.
- CARLSON, R.G., SIEGAL, H.A. (1991). The Crack Life: An Ethnographic Overview of Crack Use and Sexual Behavior among African-Americans in a Midwest Metropolitan City. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23, 11-20.
- COHEN, S. (1982). Cannabis and Sex: Multifaceted Paradoxes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 1-2, 55-58.
- COVINGTON, S.S., KOHEN, J. (1984). Women, Alcohol, and Sexuality. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4, 1, 41-56.
- DORAIS, M., MÉNARD, D. (1987). *Les enfants de la prostitution*. Montréal: VLB Éditeur.
- DURDEN-SMITH, J., DESIMONE, D. (1985). *Le sexe et le cerveau*. Montréal: Éditions La Presse.
- EARLS, C., DAVID, H. (1989). A Psychosocial Study of Male Prostitution. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 5, 401-419.
- FINKELHOR, D. (1978). Psychological, Cultural and Family Factors in Incest and Family Sexual Abuse. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 4, 41-49.
- FINKELHOR, D. (1982). Sexual Abuse: A Sociological Perspective. *Child Abuse and Neglect*, 6, 95-102.
- FINKELHOR, D. (1986). *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*. Beverly Hills, Cal.: Sage Publications.
- FINKELHOR, D. (1990). Sexual Abuse in National Survey of Adult Man and Women: Prevalence, Characteristics and Risk Factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 19-28.
- FRASER, P. (1985). *Pornography and Prostitution in Canada*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- GIROUX, C. (1988). Les substances psychoactives: repères pharmacologiques et physiologiques. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie* (p. 37-62). Boucherville, QC: Gaëtan Morin Éditeur.
- GRINSPOON, L., BAKALAR, J.B. (1982). *Cocaïne. Une drogue et son évolution sociale*. Montréal: Opuscule.
- GUYON, L., SIMARD, R., NADEAU, L. (1981). *Va te faire soigner, t'es malade!* Montréal: Stanké.
- HERMAN, J.L. (1983). Recognition and Treatment of Incestuous Families. *Internal Journal of Family Therapy*, 5, 81-91.
- HERMAN, J.L., HIRSHMAN, L. (1981). Families at Risk for Father-Daughter Incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 138, 7, 967-970.
- HERMAN, J.L., RUSSEL, D., TROCKI, K. (1987). Long-Term Effects of Incestuous Abuse in Childhood. *American Journal of Psychiatry*, 143, 10, 1293-1296.
- JACCARD, R. (1975). *L'exil intérieur. Schizoïdie et civilisation*. Tours: Presses universitaires de France.
- JAMES, J., MEYERDING, J. (1978). Early Sexual Experience as a Factor in Prostitution. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 31-42.
- JUSTICE, B., JUSTICE, R. (1979). *The Broken Taboo, Sex in the Family*. New York: Human Sciences Press.
- LAFOND, J. (1990). *Biologie du dimorphisme sexuel*. Université du Québec à Montréal. Montréal: C. Brown Publishers.
- LAVIOLA, M. (1992). Effects of Older Brother-Younger Sister Incest: A Study of the Dynamics of 17 Cases. *Child Abuse and Neglect*, 16, 409-421.
- LEMAY, M. (1990). Drogues et sexe: une interaction complexe. *Psychotropes*, VI, 1, 85-95.
- LENOIS, M. (1980). *Guide pratique des aphrodisiaques*. Verviers: Nouvelles Éditions Marabout.
- LINDBERT, F.L., DISTAD, L.S. (1985). Post-traumatic Stress Disorders in Women Who Experienced Childhood Incest. *Child Abuse and Neglect*, 9, 329-334.
- LONGO, R., GROTH, A. (1983). Juvenile Sexual Offenses in the Histories of Adult Rapists and Child Molesters. *Internal Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 27, 150-155.

- MALATESTA, V.J., POLLACK, R.H., CROTTY, T.D., PEACOCK, L.J. (1982). Acute Alcohol Intoxication and Female Orgasmic Response. *Journal of Sex Research*, 18, 1, 1-17.
- MALATESTA, V.J., POLLACK, R.H., WILBANKS, W.A., ADAMS, H.E. (1979). Alcohol Effect on the Orgasmic Ejaculatory Response in Human Males. *Journal of Sex Research*, 15, 2, 101-107.
- MEISELMAN, K.C. (1980). Personality Characteristics of Incest History Psychotherapy Patients: A Research Note. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 3, 195-197.
- MESSIER, C. (1986). *Le traitement des cas d'inceste père-fille: une pratique difficile*. Ministère de la Justice, Comité de la protection de la jeunesse, Etudes et Recherches. Québec: Gouvernement du Québec.
- MILLER, B.A., DOWNS, W.R., GONDOLI, D.M., KEIL, A. (1987). The Role of Childhood Sexual Abuse in the Development of Alcoholism in Women. *Violence and Victimology*, 2, 157-172.
- MUEHIENHARD, C.L., LINTON, M.A. (1987). Date Rape and Sexual Aggressions in Dating Situations: Incidence and Risk Factors. *Journal of Counselling Psychology*, 34, 2, 186-196.
- PEELE, S. (1982). Love, Sex, Drugs and Other Magical Solutions to Life. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 1-2, 125-131.
- RADA, R. (1976). Plasma Testosterone Levels in the Rapist. *Psychosomatic Medicine*, 38, 4, 257-268.
- SCOTT, K.D. (1992). Childhood Sexual Abuse. Impact on a Community's Mental Health Status. *Child Abuse and Neglect*, 16, 285-295.
- SEGHORN, T., BOUCHER, R. (1979). Sexual Abuse in Childhood as a Factor in Adult Sexually Dangerous Criminal Offenses. *Symposium Enfance et Sexualité*. Montréal: Université du Québec à Montréal, septembre.
- SIEGEL, R.K. (1982). Cocaine and Sexual Dysfunction: The Curse of Mama Coca. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 1-2, 71-74.
- SILBERT, M., PINES, A. (1981). Sexual Child Abuse and an Antecedent of Prostitution. *Child Abuse and Neglect*, 5, 407-411.
- SILBERT, M., PINES, A. (1982). Entrance into Prostitution. *Youth and Society*, 13, 4, 471-500.
- SILBERT, M., PINES, A. (1983). Early Sexual Exploitation as an Influence in Prostitution. *Social Work*, 28, 285-290.
- TORDJMAN, G. (1987). Marijuana et sexualité. *Cahiers de sexologie clinique*, 13, 81, 36-38.
- VAN GUISEGHEM, H. (1988). *La personnalité de l'abuseur sexuel*. Montréal: Editions du Méridien.
- VERBEEK, Y. (1978). *La magie dans la sexualité*. Genève: Édition Versoix.
- WATSON, L., BECK, J. (1991). New-aged Seekers: MDMA Use as an Adjunct to Spiritual Pursuit. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23, 3, 261-270.
- YEARY, L. (1982). Incest and Chemical Dependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 1-2, 133-135.
- ZELLER, C. (1987). *Des enfants maltraités au Québec?* Québec: Les publications du Québec.

# **ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 18**

**Tableau-synthèse des différentes drogues  
et de leurs effets connus sur la sexualité**

<b>Drogue concernée</b>	<b>Dose</b>	<b>Effets présumés sur la réponse sexuelle</b>		
		<b>Phase du désir</b>	<b>Phase de l'excitation (érect./lubrif.)</b>	<b>Phase de l'orgasme (éjac./orgasme)</b>
▶ Alcool	Faible Haute	↗ Si inhibition ↗ Ou ↘	Peut ↗ difficulté	- Retard ↘
▶ Cannabis (Marijuana, Hachisch)	Faible Haute	↗ Si inhibition ou ↘ -	↗ Ou ↘	↗ ↘
▶ Cocaïne (Coke)	Faible Irrégulière Haute	↗ ↘	↗ ↘	Retard ↘
▶ Amphétamines (Speed, uppers)	Faible Haute	↗ Ou ↘	↗ ↘	Retard ↘
▶ Héroïne, Morphine, Méthadone	Régulière Haute	↘ Absence	↘ Incapacité	Retard Absence
▶ LSD	Faible Haute	↗ Ou ↘	? ↘	? ↘
▶ Nitrite d'Amyl (poppers, amies)		-	-	↗ Ou ↘ si trop tôt
▶ Cantharide (spanish fly)		-	↗ Urgence	?

Tiré de :

PARADIS Ann-Frances et LAFOND Josée S., *La réponse sexuelle et ses perturbations*, Éditions G. Vermette inc., 1990.

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 19**

## **NOTES DE CONTENU**

### **SITUATIONS À HAUT RISQUE DE TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH CHEZ LES UDL**

- Activités sexuelles sans condom
- Activités sexuelles sous intoxication
- Activités sexuelles en état de manque contre rémunération en substance
- Prostitution sans condom
- Rechute avec un ancien partenaire sexuel
- Initiation par le partenaire sexuel
- Situations de violence conjugale
- Situations de violence sexuelle
- ...

### **ATTITUDES À HAUT RISQUE DANS LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH CHEZ LES UDL**

- Manque de confiance en soi
- Peur du rejet
- Sentiment d'impuissance face à la sexualité
- Sentiment d'impuissance face à l'autre
- Dépendance affective
- Dépendance sexuelle
- Dépendance économique
- Inaptitude ou malaise face à la pose du condom
- Manque d'information sur la transmission sexuelle du VIH

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 20A**

## **MISES EN SITUATION**

### ***Atelier #1 Nathalie***

Nathalie a 23 ans et se prostitue depuis 8 ans. Elle fréquente votre service depuis déjà 10 mois. Ses comportements avec les clients ont considérablement changé et maintenant elle utilise toujours le condom lorsqu'elle travaille. Elle ne s'en sert cependant pas avec son chum. Elle dit que c'est justement l'absence de condom qui lui permet de décrocher du travail et d'agir différemment sexuellement. Pour elle, le condom signifie « faire une job » et est associé à une façon plus détachée de vivre sa sexualité où elle n'est pas vraiment en contact avec les sensations de son corps.

Nathalie espère que son partenaire est exclusif mais elle n'a jamais parlé de cela avec aucun d'entre eux. Elle aimerait un jour vivre une relation qui durerait longtemps, mais jusqu'à présent, sa relation la plus longue est celle qu'elle vit en ce moment et qui a commencé il y a 8 mois.

**Que pensez-vous de la situation de Nathalie?**

**Quelle sera votre intervention avec elle à la rencontre d'aujourd'hui?**

**Que proposez-vous comme intervention à plus long terme?**

## **Atelier #2 Johanne**

Johanne a 25 ans et se prostitue depuis l'âge de 11 ans. Elle est polytoxicomane et UDI. Elle se sait porteuse du VIH depuis longtemps et continue tout de même à se prostituer. Elle ne parle jamais d'elle à ses clients. Avec ou sans condom c'est pareil. Elle ne l'utilise que si le client le propose. C'est une femme aigrie qui porte en elle beaucoup de colère et d'agressivité.

Johanne est connue dans le milieu pour son caractère violent et sa haine des hommes. Elle fréquente votre site d'échange de seringues sporadiquement mais vous savez qu'elle n'y vient que lorsque c'est vous qui êtes de garde.

Vous avez constaté aujourd'hui que vous êtes en relation d'aide avec un de ses clients (UDI) qui ne sait pas qu'elle est séropositive.

Vous travaillez ce soir et Johanne se présente.

**Qu'en pensez-vous?**

**Quelle sera votre intervention avec Johanne ce soir?**

**Que proposez-vous comme intervention à plus long terme?**

**Quelle sera votre intervention avec le client de Johanne?**

### ***Atelier #3 Francis***

Francis est un jeune prostitué de presque 13 ans. Il est toxicomane mais ne s'injecte pas. Il vient vous voir pour parler surtout et pour avoir des condoms. Par contre, il vous arrive souvent d'échanger des seringues au père de Francis qui est un UDI de longue date. Au fil du temps, vous avez gagné la confiance de Francis et vous savez qu'il vous trouve « correcte ». Aujourd'hui, il vous confie être incestué par son père depuis l'âge de 8 ans.

**Qu'en pensez-vous?**

**Quelle sera votre intervention avec Francis aujourd'hui?**

**À plus long terme?**

**Quelle sera votre intervention avec le père de Francis?**

## ***Atelier #4 Sandra***

Sandra a 29 ans. Elle a commencé à se prostituer vers l'âge de 15 ans et l'a fait à temps plein jusqu'à 26 ans. Pendant cette période, sa consommation de substance a évolué vers la polytoxicomanie et l'injection.

Après, elle a suivi plusieurs cures de désintoxication, quelques séjours en réhabilitation et ses activités se sont tranquillement modifiées. Elle fait partie du mouvement NA, auquel elle s'identifie graduellement. Sandra vit des périodes d'abstinence de plus en plus fréquentes et qui durent de plus en plus longtemps.

Aujourd'hui, elle pratique la prostitution à temps partiel, lorsque les fins de mois sont difficiles ou qu'elle se trouve en rechute.

Lorsque Sandra rechute, c'est la plupart du temps parce qu'elle renoue avec son ancien amant Louis, toxicomane-UDI toujours actif. En fait, vous la voyez le plus souvent lorsqu'elle revoit Louis. C'est Louis qui l'a initiée à l'injection, au plus fort de leur relation amoureuse.

Ce soir, Sandra vient vous voir. Louis est revenu. Elle a besoin de seringues neuves.

**Qu'en pensez-vous?**

**Quelle sera votre intervention ce soir avec Sandra?**

**Que prévoyez-vous comme intervention à plus long terme?**

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 20B**

NOEL, Lina et GAGNON, Hélène (1995). *Revue de littérature: Prostitution et VIH/SIDA*. Québec, Centre de Santé Publique de Québec. <sup>1</sup>

Noel, Lina et Gagnon, Hélène (1995). *Revue de littérature: \*Prostitution et VIH/SIDA\**. Centre de Santé Publique 03.

La lutte contre le SIDA dans le contexte de la toxicomanie met en évidence des problématiques complexes où s'entremêlent les pratiques à risque. Chez les toxicomanes, la consommation abusive, le partage de matériel à injection pour les UDI, la prostitution et le multipartenariat comptent parmi les pratiques à risque. Ces dernières qui touchent plus particulièrement la population toxicomane constituent cependant un bassin potentiel de transmission à l'ensemble de la population dans la mesure où les partenaires des personnes ayant des pratiques à risque ainsi que les demandeurs de services sexuels constituent des liens de transmission du VIH

Jusqu'à présent, l'intervention individuelle auprès de la clientèle prostituée est en partie assurée par des projets tels que Sida-Amitié à St-Jérôme, le projet Stella de Cactus Montréal et Point de Repères ainsi que par des projets en prostitution tel que le PIPQ (Projet d'intervention en prostitution de Québec) et PlaMP (Projet d'intervention auprès des mineurs,es prostitués,es), pour ne nommer que ceux-là. Outre l'intervention directe, des dépliants et des affiches supportent les messages de prévention. Il est impératif de mieux informer sur les avantages et les risques du métier en excluant toute forme de stigmatisation et de victimisation.

La prostitution est un phénomène de tout temps, elle transcende les sociétés et les cultures. Inscrite dans les rapports sociaux, elle s'est modifiée à travers les âges pour s'adapter aux différentes transformations urbaines et technologiques (1). L'activité prostitutionnelle en est une d'offre et de demande sur le plan strictement économique. Cette activité met en présence des personnes, femmes et hommes, qui offrent des services sexuels et des clients, des hommes, qui font usage de ces services. Par ailleurs, cette activité est le reflet des rapports sociaux homme-femme puisque le corps est au centre des échanges symboliques et matériels (1). Dans nos sociétés, les rapports sociaux de sexe ont connu des changements importants qui se traduisent aussi dans les activités de prostitution. Parler de la prostitution, c'est parler des prostitué-es et des clients de la prostitution, mais c'est aussi parler des rapports homme-femme, des rapports homme-homme et des rapports femme-femme. Et qui plus est, parler de la prostitution à l'ère du sida c'est aussi parler des risques associés au métier de prostitué-e.

Avec l'apparition du sida, la prostitution fait l'objet d'études en regard des risques potentiels de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (2-9). Chez les femmes, la prostitution ne constitue pas le principal facteur de risque pour la transmission du VIH, cependant la consommation de drogue, plus spécifiquement la

consommation par voie intraveineuse, est associée à la séropositivité chez les femmes prostituées (9-13). Du côté de la prostitution masculine, des études récentes (13-19) ont mis en évidence des facteurs de risques importants pour la transmission du VIH chez les jeunes mâles prostitués, les travestis et les transsexuels. Chez les jeunes prostitués d'Atlanta, le taux de prévalence du VIH se situe entre 27% et 29% (18,19). De plus, entre 58% et 76% d'entre eux sont porteurs des marqueurs de l'hépatite B et entre 22 et 25% d'entre eux ont des marqueurs pour la syphilis (18, 19). Les principaux facteurs de risque identifiés sont l'âge du prostitué, son orientation sexuelle, la relation anale réceptive et la consommation de drogues par voie intraveineuse (18, 19, 21).

Le caractère tabou associé à la prostitution rend l'intervention auprès de cette population extrêmement difficile. Des études réalisées auprès de jeunes prostitués américains (19, 22) ont montré que la barrière socio-culturelle constitue une contrainte à la réduction des comportements à risque. Les principaux facteurs limitant l'adoption de comportements sécuritaires en regard des MTS et du sida sont: la dépendance économique à l'égard de la prostitution, le pouvoir de domination du client (22), le goût du risque et la consommation de drogues (21).

Au Québec, il existe très peu d'études permettant de comprendre le phénomène de la prostitution et d'éclairer la dimension des risques associés à la transmission du VIH. Les données dont nous disposons proviennent d'une étude réalisée auprès de toxicomanes de la région de Québec et de deux régions semi-urbaines du Québec (22). Parmi les toxicomanes de l'étude 14% des hommes et 47% des femmes de la région de Québec indiquent avoir des clients. Les prostitués masculins ont des clients de sexe masculin dans 98% des cas.

La prostitution de rue ne se fait pas uniquement dans les centre-villes. Elle est aussi présente à une échelle plus réduite dans d'autres lieux publics comme les parcs, les centres d'achat et parfois même dans les transports en commun. L'interpénétration des réseaux de soutien comme les agences de danseurs et danseuses; les bars avec danseurs et danseuses, les agences d'escortes et d'hôtesse et la prostitution de rue constituent l'ensemble du phénomène. Ainsi, la prostitution de rue n'est pas en soit une entité autonome, mais plutôt un maillon de cette mécanique sociale. Par ailleurs, la prostitution de rue demeure la forme la plus visible du phénomène et la plus souvent décriée en raison du caractère délictueux apparent qui s'y rattache. De plus, il est couramment admis que la consommation de drogues illicites y est plus fréquente au sein de ce groupe entraînant des risques plus élevés face à l'infection au VIH. Par ailleurs, les prostitués de rue hommes et femmes sont souvent marginalisés et demeurent difficiles à rejoindre.

## RÉFÉRENCES

1. Welzer-Lang D, Barbosa O, Mathieu L, (1992) **Les nouveaux territoires de la prostitution Lyonnaise**. Lyon, Centre de recherches et d'études anthropologique, 123p.
2. Castello-Branco L, Carvalho M, Castillo E, Periera H, Periera M, Galvao-Castro B, (1988) Frequency of antibody to human immunodeficiency virus (HIV) in male and female prostitutes in Rio de Janeiro, Brasil. Stockholm, Fourth conference on AIDS June 12-16.
3. Leonard T, Sacks J, Francks A, Sikes RK, (1988) The prevalence of immunodeficiency virus, hepatitis B, and syphilis among female prostitutes in Atlanta. **J Med Assoc Ga** 77: 162-164, 167.
4. Cohen j, Alexander P, Wofsy C, (1988) Prostitutes and AIDS : public policy issues: AIDS. **Public Policy** 3: 16-22.
5. Rosenberg MJ, Weiner JM, (1988) Prostitutes and AIDS : a health department priority? **Am J Public Health** 78: 418-423.
6. Hooykaas C, Van Derr Pligt J, Doornum GJJ, (1989) Hétérosexuels at risk for HIV : differences between private and commercial partners in sexual behaviours and condom use. **J Acquir Immunodef Syndr** 3:525-532.
7. Ward H, Day S, Donegan C, (1990) HIV risk behaviour and STD incidence in London prostitutes. VIe International conference on AIDS, San Francisco Résumé **FC738**
8. Modan B, Goldschmidt R, Robinstein E, et al (1992) Prevalence of HIV antibodies in transexual and female prostitutes. **Am J Public Health** 82: 590-592.
9. Alary M, (1993) HIV infection in European female sex workers: epidemiological link with use of petroleum-based lubricants. **AIDS** 7:401-408.
10. Hankins CA, Gendron S, Bruneau J, (1989) Infection au VIH-1 dans une prison sécurité intermédiaire pour femmes - Québec. **RHMC** 15:168-170.
11. Dan M, Cahana A, Fintsi Y, Shulamit BS, (1992) Human immunodeficiency virus infection among intravenous drug addicts in Israel - stable low prevalence over 34 months. **International Journal of epidemiology** 21

12. Chiasson MA, Stoneburner RL, Hildebrandt DS, Ewing WE, Telzak EE, Jaffe HW, (1991) Heterosexual transmission of HIV-1 associated with the use of smokable freebase cocaine (crack) *J of Acquir Immun Def Syndr* 5: 1121-1126.
13. Van den Hoek JAR, van Haastrecht HJA, Coutinho RA, (1992) Little change in sexual behavior in injecting drug users in Amsterdam. *J Acquired Immun Def Syndr* 5: 518-522.
14. Coutinho RA, van Andel RLM, Rijdsdijk TJ, (1988) Role of male prostitutes in spread of sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus. *Genitourin Med* 64:207-208.
15. Elifson KW, Boles J, Sweat M, Darrow W, Elsea W, Green R, (1989) Seroprevalence of human immunodeficiency virus among male prostitutes. *New Engl J Med* 321:832-833.
16. Pleak R, Meyer-Bahlburg H, (1990) Sexual behavior and AIDS knowledge of young male prostitutes in Manhattan. *J Sex Res* 271:557-587.
17. Snell CL, (1991) Help-seeking behavior among young street males. *Smith Coll Stud in Soc Work* 61(3): 293-305.
18. Elifson KW, Boles J, Sweat M, (1993) Risk factors associated with HIV infection among males prostitutes. *Am J Public Health* 83(1): 79-83.
19. Elifson KW, Boles J, Posey E, Sweat M, Darrow W, Elsea W, (1993) Males travestite prostitutes and HIV risk. *Am J Public Health* 83(2): 260-262.
20. Simon PM, Morse EV, Balsom PM, Osofsky HJ, Gaumer HR, (1993) Barriers to human immunodeficiency virus related risk reduction among male street prostitutes. *Healt Educ Quartely* 20(2): 261-273.
21. Bloor MJ, Barnard MA, Finlay A, McKeganey NP, (1993) HIV-related risk practices among Glasgow male prostitutes: reframing concepts of risk behavior. *Med Anthropol Quartely* 7(2): 152-169.
22. Noël L, Gagnon H. (1993) Profil des toxicomanes en milieu urbain et semi-urbain et comportements à risque pour la transmission du VIH. [rapport de recherche] Québec, Centre de santé publique de Québec 03, 198p.

# **MODULE 4**

## **INTERVENIR AUPRES DES UDI: ATTITUDES, STRATÉGIES, RESSOURCES**

- \* Identifier les comportements à risque dans le contexte de l'intervention auprès des UDI de même que les ressources pertinentes du milieu. (CONNAISSANCES)
- \* Etre convaincus de l'urgence et du bien fondé d'intervenir de façon concrète auprès de la clientèle des UDI. (ATTITUDES)
- \* Poser des gestes préventifs plus près de la réalité des UDI afin de limiter la transmission du VIH. (HABILETÉS)

## THÈME 4.1

# L'IMPACT DE LA RÉALITÉ SIDA CHEZ LES UDI

---

### Activité d'apprentissage 21

**Objectif:** Prendre conscience des particularités du discours des UDI concernant le sida.

**Matériel:** *Élément d'accompagnement 21*  
\* Document vidéo *Siderrance*.

**Déroulement:**

1. L'animateur présente brièvement le vidéo et situe le visionnement dans le contexte de la réduction des méfaits. Il invite les participants à porter attention au discours particulier des UDI sur le sida.
2. Les participants visionnent le document (élément 21).
3. L'animateur anime une plénière à partir de la réflexion des participants.

**Durée:** 25 minutes.

## THÈME 4.2

# INTERVENIR SELON LE MODÈLE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

---

### Activité d'apprentissage 22

- Objectif:** Identifier les comportements et les contextes à risque et sécuritaires dans la transmission du VIH chez les UDI.
- Matériel:** Aucun.
- Déroulement:**
1. L'animateur demande aux participants d'identifier les comportements et contextes à risque et sécuritaires dans la transmission du VIH chez les UDI.
  2. Les participants répondent spontanément, dans un ordre informel.
  3. L'animateur demande aux participants de compléter jusqu'à ce que plus personne ne puisse ajouter d'information et termine lui-même, s'il y a lieu.
  4. L'animateur peut, au besoin, ajouter un ou des exemples tirés de sa pratique.
- Durée:** 15 minutes.
- 

### Activité d'apprentissage 23

- Objectif:** Se familiariser avec la réalité de l'intervention en réduction des méfaits par le biais du travail de rue.
- Matériel:**
- Élément d'accompagnement 23A*  
\* Notes de contenu.
  - Élément d'accompagnement 23B*  
\* Texte en complément de formation.

READEMAEKER, Anne-Françoise (1993). État de manque et manques de l'État. Articulation du médico-psycho-social et du communautaire dans le champ de la toxicomanie. *Psychotropes*, VIII, 3, automne: 39-46.

- Déroulement:**
1. L'animateur présente la conférencière en la situant dans le contexte de son expertise en travail de rue et informe les participants qu'une période sera réservée à la fin de l'exposé pour les questions.

- 2 . La conférencière donne son exposé en utilisant au fur et à mesure le matériel dont elle se sert quotidiennement pour son travail
- 3 . À la fin de l'exposé, la conférencière répond aux questions des participants.
- 4 . Les participants sont invités à approfondir leurs connaissances sur le sujet par la lecture des notes et du texte suggérés en complément de formation (éléments 23A et 23B).

**Durée:** 50 minutes.

## THÈME 4.3

### RESSOURCES ET CONCERTATION

---

#### Activité d'apprentissage 24

**Objectif:** Préciser les mandats et philosophies des différentes ressources en place.

**Matériel:** *Élément d'accompagnement 24*  
\* Listes de ressources.

**Déroulement:**

1. L'animateur invite les participants à faire l'inventaire des ressources (prostitution, toxicomanie, sida) de leur région.
2. L'animateur les inscrit au tableau et complète l'information à partir des listes de ressources incluses dans le cahier (élément 24).
3. L'animateur demande ensuite aux participants d'identifier et de s'exprimer sur l'abondance ou les carences en ressources dans leur région.

**Durée:** 25 minutes.

---

#### Activité d'apprentissage 25

**Objectif:** Être familier avec les conditions concrètes de fonctionnement d'un service d'échange de seringue.

**Matériel:** *Élément d'accompagnement 25*  
\* Texte en complément de formation:

GUAY, Maryse, AUGER, Suzanne et OTIS, Joanne (1994). Le projet UDI-sida Montérégie — La mise en oeuvre du réseau d'échange de seringues aux usagers de drogues injectables en Montérégie. (à paraître) In N. Chevalier, J. Otis et M.P. Desaulniers (dir.): *Éduquer pour prévenir le sida*. Beauport: Publications MNH Enr.

**Déroulement:**

1. L'animateur présente la conférencière en la situant dans le contexte de son expertise professionnelle à CACTUS et informe les participants qu'une période sera réservée à la fin de l'exposé pour les questions.
2. La conférencière donne son exposé et répond ensuite aux questions du groupe.

3. Les participants sont invités à approfondir leurs connaissances sur le sujet par la lecture du texte suggéré en complément de formation (élément 25).

**Durée:** 50 minutes.

---

## Activité d'apprentissage 26

**Objectif:** Reconnaître l'importance de la concertation et de la solidarité dans l'effort de prévention auprès des UDI.

**Matériel:** Aucun.

- Déroulement:**
1. L'animateur interroge les participants pour savoir comment ils se sentent ou vivent leur rôle de partenaires dans l'effort de prévention du VIH auprès des UDI.
  2. Les participants répondent librement.
  3. L'animateur demande ensuite aux participants d'identifier un objectif réaliste pouvant faciliter, dans leur milieu de travail, la concertation et la solidarité dans l'effort de prévention auprès des UDI.
  4. L'animateur effectue un tour de table informel où ceux qui le désirent sont invités à présenter leur objectif et la façon dont ils comptent le réaliser.
  5. L'animateur encourage les participants à mettre leur objectif en application et à poursuivre les efforts pour briser leur isolement.

**Durée:** 15 minutes.

# ÉVALUATION FINALE

---

## Activité d'apprentissage 27

- Objectif:** Exprimer son degré de satisfaction au terme de la seconde journée de formation.
- Matériel:** Questionnaire d'évaluation distribué.
- Déroulement:**
1. L'animateur distribue les questionnaires d'évaluation en expliquant leur importance pour l'amélioration de la formation.
  2. Les participants remplissent individuellement le questionnaire.
  3. L'animateur demande à ceux qui le désirent d'exprimer de vive voix leur niveau de satisfaction devant le groupe.
  4. L'animateur remercie les personnes présentes de leur participation à la formation et clôt la session.
- Durée:** 15 minutes.

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 21**

## Document vidéo

### **Vidéo *Siderrance***

Conception et montage: Alain Belhumeur, à partir des documents de Hugo Brochu, Lina Moreco et Stéphanie Hénault.

Produit par les productions Virage Inc. (1992)

Distribution Cinéma Libre

*Les itinérants sont abordés dans leurs lieux d'itinérance: des parcs, la rue, des places publiques urbaines, leurs lieux de rencontre et d'hébergement. Ils traitent sans détour du problème du sida: comment ils pensent avoir contracté le virus, comment ils le vivent, comment leur entourage réagit, l'accepte et le reconnaît, comment ils tiennent compte des risques de propagation du VIH dans leurs rapports affectueux ou amoureux...*

**Temps total: environ 24 minutes.**

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 23A**

**NOTES DE CONTENU: Par Guylène Desjardins**

**Comportements et contextes à risque dans la transmission  
du VIH chez les UDI.**

Interrogation sur la signification du comportement découlant du cadre de référence du sujet, son contexte de vie, ses interrelations plutôt que sur le comportement à risque.

**1. *Prêt et emprunt de matériel d'injection***

**initiation**

**rechute**

**incarcération**

**intoxication**

**fréquentation de piqueries**

**2. *Les situations de consommation***

**injection effectuée par un pair**

**contexte de la consommation**

**consommateur solitaire**

**consommation avec partenaire sexuel**

**consommation avec partenaire de consommation**

**mode de consommation collectif**

3. *Les piqueries: fléau ou nécessité?*

conditions de vie des usagers

présence de matériel souillé

sexe, drogues et rock'n roll

absence de domicile fixe

discrétion relative du lieu

échange de services

nombre important d'usagers

discrétion sur son statut d'UDI lors d'arrestation, ne

possède pas de matériel servant à l'injection sur sa personne

particularités des usagers: historique d'incarcération,

expérience de désintoxication, initiation à l'injection dès

l'adolescence et ce, comparativement à ceux qui ne les

fréquentent pas, consommateurs quotidiens, partenaires

sexuels UDI, faibles revenus et consommation nettement

abusives de psychotropes.

4. *Substances et modes d'administration.*

fréquence des injections

cocaïne, héroïne, speedball, amphétamines et autres

techniques reliées à l'injection

notion de plaisir accru

**caractère prévisible de la substance**

**fidélité du mode d'administration et du rituel entourant**

**celle-ci**

**planification de l'injection**

**coutume, nécessité ou tradition**

**crack et relations oro-génitales**

## **Comportements et contextes sécuritaires pour éviter la transmission du VIH chez les UDI.**

### **1. Réduction du partage de seringues (et du matériel servant à la préparation)**

**hausse d'individus adoptant des comportements sécuritaires**

**reconnaissance des acquis**

**intégration du milieu de vie**

**connaissances, croyances et attitudes**

**sentiment d'efficacité personnelle**

**proximité d'un site d'échange de seringues**

**accessibilité du matériel stérile**

**capacité de résister à la pression des pairs**

**soutien du milieu et de l'entourage**

**adoption de nouvelles normes d'initiation et d'injection**

**sélectivité des partenaires de partage**

**qualité de la relation et/ou du contact**

**valorisation des forces, respect du rythme**

**priorisation de l'aspect humaniste de la relation plutôt que de la problématique**

**réduction du nombre d'injections**

**capacité de faire son injection**

**approche non culpabilisante qui sollicite l'implication et la participation du milieu**

**habiletés relationnelles**

**hiérarchisation d'objectifs réalistes et concrets ayant un impact sur le quotidien des individus (ex: prostitution, hausse du prix, plus belle apparence, diminution du nombre de rapports sexuels)**

**reconnaissance sociale du droit à la consommation de psychotropes**

**définition des objectifs par l'UDI**

**présence d'une certaine estime de soi**

**norme favorisant le caractère personnel de la seringue**

**symbolique entourant le rituel du partage fusionné dans une optique de coopération et de confiance entourant l'acquisition de matériel stérile**

**diminution de la consommation de drogues**  
**créativité de la part de l'intervenant(e) et absence d'idéalisme**  
**irréaliste**  
**acceptation de la complexité de l'UDI**  
**vulgarisation des modes de transmission**  
**capacité et sans-gêne à parler ouvertement de sexualité et**  
**d'injection**

**2. *Désinfection du matériel d'injection***

**aménagement des piqueries**  
**aspects pratiques de la désinfection**  
**croyanances et mythes reliés à la désinfection**  
**messages précis et concis au niveau de la technicité de la**  
**désinfection**  
**désinfection du site d'injection**

**3. *Tests anti-VIH et utilisation du condom***

**Obstacles inhérents à l'adoption du condom:**  
**sentiment d'incapacité au niveau de la négociation**  
**interprétation au niveau du manque de confiance**  
**inaccessibilité**  
**dépendance économique**

**nécessité de développer certaines habiletés**

**condom: terme possédant des connotations violentes, de  
contrôle et de soumission.**

**paradoxe plaisir-mort**

**le désir d'avoir un enfant**

**-Facteurs facilitant le port du condom:**

**prolongation de l'érection**

**affirmation d'un contrôle sur sa santé sexuelle et sur son  
corps**

**présence de lubrifiant**

**discussion concernant le condom avec le partenaire**

**reconnaissance du droit à la santé**

**diminution d'odeurs désagréables**

**originalité et créativité dans le contexte entourant la pose du  
condom**

**adoption du port du condom et influence par les pairs**

**expérience positive**

**-Test de dépistage**

**confidentialité**

**pourquoi, quand et comment?**

**limites et forces**

**Des habiletés de communication: le moyen le plus efficace de protection dans un milieu empreint de violence et de relations hiérarchiques.**

**4. *Prévention du passage à l'injection***

**initiatives concertées dans l'optique d'une réduction du nombre d'individus optant pour l'injection comme mode d'administration**

**renforcement du mode de consommation privilégié**

**philosophie du libre choix**

**présence d'intérêts autres que la toxicomanie**

**5. *La réadaptation***

**période d'abstinence entre situations de crise et période**

**de consommation intensive**

**contrôle de la consommation**

**abstinence**

**intégration sociale: autonomie financière, présence d'un**

**environnement favorable**

**PRÉVENTION DU PASSAGE À L'INJECTION**

**PROMOTION DES AUTRES MODES DE  
CONSOMMATION**

**DIMINUTION DU NOMBRE DE  
PARTENAIRES SEXUELS ET D'INJECTION**

**SÉLECTION DES PARTENAIRES SEXUELS ET  
D'INJECTION**

**DÉSINFECTION DU MATÉRIEL D'INJECTION  
ET TECHNIQUES DE POSE DU CONDOM**

**RÉCUPÉRATION DU MATÉRIEL SOUILLÉ**

**TESTS ANTI-VIH AVEC COUNSELLING  
PRÉ/POST-TEST**

**RÉADAPTATION**

## **Dimensions pouvant influencer l'adoption de comportements sécuritaires.**

### **1. *Le potentiel des UDI d'adopter de nouveaux comportements***

**Importance d'intervenir sur:**

**difficultés à prévoir le futur et de relier l'acte ou le geste aux conséquences**

**propension à la pensée magique**

**conformité en quête d'approbation**

**propension à prendre des risques**

**croyances et mythes**

**stress, anxiété et ennui**

**Facteurs intrinsèques liés à la prise de risque:**

**problèmes de santé mentale**

**passé d'abus physiques ou sexuels**

**faible estime de soi**

**détresse psychologique**

**faibles habiletés de communication**

**inexpérience**

**besoin ressenti de cacher sa consommation**

**fatalisme collant à la peau**

**Facteurs extrinsèques reliés à la prise de risque:**

**qualité du produit**

**degré de pureté du produit**

**répression policière**

**méconnaissance de lieux permettant une injection**

**“ sécuritaire ”**

**interdits sociaux reliés à la consommation de psychotropes**

**L'adoption de comportements s'appuie davantage sur une démarche de prise de conscience et de prise en charge, et ce, dans un contexte permettant de développer une relation significative à l'autre.**

**Prioriser l'augmentation des capacités individuelles reliées aux stressseurs quotidiens (attitudes policières, railleries, sensationnalisme dans les médias, agressions physiques ou verbales).**

**2. *L'aménagement du milieu***

**accessibilité au matériel stérile**

**prescription de médicaments de substitution**

**horaires adaptées au style de vie**

**amélioration de la qualité des environnements**

**support et soutien au niveau économique des besoins**

**primaires**

support et soutien au niveau économique des besoins  
primaires  
court laps de temps écoulé entre la demande et la réponse aux  
besoins formulés  
lieu de rencontre permettant une saine socialisation  
possibilités de s'exprimer avec créativité  
contribution reconnue et valorisée des pharmaciens  
renforcer l'action collective (sentiment d'appartenance)  
ordonnances permettant l'acquisition de seringues

3. *Le contexte culturel et les normes sociales*

tolérance zéro (répression, stigmatisation et rejet social) vs  
modèle de réduction des méfaits  
adoption de politiques publiques favorisant des attitudes non-  
discriminatoires (dépenalisation)  
l'abstinence reconnue comme le seul but vraiment acceptable  
reconnaissance du droit à la confidentialité et de l'accès aux soins  
compréhension des normes régissant le milieu illicite  
recherche d'interactions égalitaires (rôles)  
contrôle de la qualité des produits (monitoring)  
compréhension des causes réelles du phénomène drogue/sida  
reconnaissance de leurs besoins particuliers et de leurs  
droits fondamentaux

reconnaissance de leurs besoins particuliers et de leurs  
droits fondamentaux  
foi dans la capacité des individus à effectuer certains  
changements  
acceptation du désir de non-conformisme  
présence d'alternatives réelles au niveau de l'insertion et de l'intégration  
normes culturelles favorisant la consommation d'alcool dans un contexte  
de camaraderie ou amoureux

Notre croyance en l'être humain prédispose celui-ci à croire en sa capacité de trouver  
ce qui lui convient sans nécessairement se référer aux valeurs contemporaines, trop  
souvent axées sur l'individualisme et la performance.

## **Évaluation des ressources en fonction des besoins réels des**

### **UDL**

#### *1. Congruence entre services et besoins*

éducation sanitaire

isolement social

multidisciplinarité des ressources

**programmes de méthadone**

**2. Normes et exigences des ressources**

**modalité d'accès et d'usage**

**recherche d'abstinence**

**nombre de demandes (facteur temps) acceptées au sein d'un  
même service**

**3. Contraintes législatives et administratives**

**4. Juxtaposition des ressources**

**5. Évaluation et référence**

**proportion importante d'UDI fréquentant les ressources**

**Pourquoi référer?**

**Quand référer?**

**Comment référer?**

# **Importance de la concertation et de la solidarité dans l'effort de prévention auprès des UDI**

## **1. *Le souci de la clientèle***

**partage de connaissances au niveau des ressources humaines**

**connaissance de leurs valeurs, styles de vie, besoins et**

**spécificités**

**accueil ou ouverture à la différence**

**informations minimales demandées**

**confidentialité**

**écoute, présence**

**authenticité qui permet le repère des limites personnelles**

**horaires et flexibilité des ressources**

**initiatives effectuées par et pour la clientèle visée**

**souci du langage utilisé et des informations écrites en**

**raison d'une possibilité d'analphabétisme fonctionnel**

**besoins exprimés vs services disponibles (abus, violence et**

**autres)**

**engagement à long terme**

## **2. *La communication entre les ressources***

**agent de liaison entre les différentes ressources**

**communications des points forts et faibles permettant un gain de temps**

**bris du sentiment de solitude et d'isolement**

**formation d'alliances formelles et informelles**

**3. *La priorisation d'objectifs communs***

**favoriser la concertation locale et régionale**

**complicité à développer au lieu d'une certaine compétitivité**

**gestion plus créative des ressources**

**partage des responsabilités entre les différents acteurs impliqués**

**4. *Le développement des ressources***

**création d'un réseau de services intégrés et complémentaires basés sur la**

**concertation et le partenariat**

**moyens disponibles et efficaces afin de permettre la ventilation des**

**frustrations des intervenants impliqués avec la clientèle (sentiment**

**d'impuissance et d'urgence)**

**renoncement à changer l'institution mais plutôt tenter de l'influencer**

**aspect financier**

**lobbying ou pressions politiques auprès des décideurs**

## **Conditions d'implantation d'un service d'échange de seringues.**

### **1. *Le développement des ressources***

Où les rejoindre?

Qui sont-ils? D'éventuels clients réguliers, clientèle de passage, en institution, privée ou hors du réseau de la santé

Clientèle spécifique de par le lieu choisi et/ou de son contact avec différents services

Comment les rejoindre?

Quels sont les services souhaités?

L'absence d'homogénéité d'un quartier, d'un territoire oblige à une recherche des particularités concernant la clientèle visée:

- Les habitudes d'aide et d'entraide du milieu
- Le comment se définissent les problèmes et les solutions
- L'acceptable et l'inacceptable
- Les valeurs du milieu
- L'importance des rôles et leur impact sur la perception de la famille
- La nature et l'importance des regroupements
- Les définitisseurs d'opinion

- **Les différents réseaux d'information**
- **Les principaux lieux de rassemblement**
- **Les habitudes de consultation et de consommation**
- **Les valeurs, préjugés, mythes, croyances**
- **Les principaux problèmes de santé et sociaux**

## **2. *Modèle communautaire***

**reconnaissance de la personne comme étant un être social en**

**relation d'interdépendance avec une communauté**

**analyse tenant compte des caractéristiques personnelles,**

**mais aussi sociales, économiques, politiques et culturelles de la**

**communauté**

**négociation avec les intérêts divergents au sein du milieu**

**consultation des organismes au sein du territoire ciblé**

**processus de définition des services priorisés par les**

**organismes participants et la clientèle visée par le service**

**définition et élaboration du concept en partenariat**

**étude de besoins auprès de la clientèle (idéal)**

**valorisation de la solidarité et de la coopération des**

**personnes**

**relations égalitaires entre les différents partenaires**

**implication souhaitable du milieu concerné**

consultation, collaboration et implication des forces policières locales  
précarité au niveau du financement

### 3. *Modèle institutionnel*

opportunité d'humaniser les contacts avec le réseau de la santé  
bris d'isolement des usagers  
préoccupation démontrée au niveau de la santé  
importance reconnue de l'UDI  
accessibilité à un personnel qualifié et non moralisateur  
informations sur les pratiques de consommation sécuritaires et sur les  
comportements sexuels à moindre risque  
support des forces policières locales  
pressions positives d'acteurs crédibles au sein de la  
communauté

#### Mise en place:

Solliciter l'adhésion au projet de distribution de seringues par:

- la présence d'un objectif commun
- la présence de support interne et externe à l'organisation  
participante
- la participation du personnel de première ligne au processus  
décisionnel

**Supporter la prise en charge du projet par des personnes clés et les investigateurs du projet par:**

- **la nomination d'un responsable de la mise en oeuvre**
- **une redéfinition et standardisation des tâches**
- **un plan de formation destiné au personnel de première ligne**

**Accessibilité à du matériel stérile à l'intérieur d'une trousse destinée aux UDI par:**

- **le développement ou le support aux habilités requises à la tâche**
- **la présence de motivation personnelle des intervenants participants**

**Importance d'accorder une marge de manoeuvre aux institutions quant à l'opérationnalisation du projet au sein de l'établissement tout en respectant l'anonymat des usagers du service.**

**Privilégier l'aspect collectif de la démarche.**

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 23B**

# État de manque et manques de l'État

## Articulation du médico-psycho-social et du communautaire dans le champ de la toxicomanie

Anne-Françoise Raedemaeker \*

### 1. L'ÉTAT DE MANQUE : LE MODÈLE THÉRAPEUTIQUE EN TOXICOMANIE, ORIGINE, POSTULATS, LIMITES

En Belgique, le champ des dispositifs spécialisés pour toxicomanes se structure depuis plus de dix ans. Il s'inscrivait dans un contexte sensiblement différent de celui qui nous apparaît à présent. La toxicomanie apparaissait comme un phénomène minoritaire, lié à des pratiques marginales et dont les causes sociales ne semblaient pas prédominer. Ce problème relevant de la santé mentale exigeait une prise en charge adressée à l'individu toxicomane.

Actuellement, le phénomène de la toxicomanie s'est étendu, s'est prolétarisé et est étroitement lié aux problèmes socio-économiques de nos sociétés. Ce sont des quartiers entiers qui sont touchés par le problème de la drogue tant par son commerce que par sa consommation. Le débat politique a hissé le phénomène de la toxicomanie à la hauteur des débats sur les problèmes sociaux, de santé publique et de sécurité.

\* Philosophe, Projet Lama, Bruxelles

Le phénomène social de la drogue a évolué : dans les années soixante-dix, on voyait fleurir une contestation des valeurs promues par la société des pères, soutenue par des stars du rock, et s'accompagnant d'une consommation de drogue symbolisant cette révolte. Actuellement, la consommation est individuelle dans un groupe de pairs, et, si elle doit être rattachée à un discours, il serait proche de celui de la consommation à l'image de la société post-moderne (Lipoveski). De plus en plus, les jeunes usagers vendent de la drogue avant de la consommer, signe que leur convoitise s'adresse aussi bien à ces petits objets rutilants toujours déjà nouveaux et également démodés que propose la société de consommation. (Ch. Melman)

La consommation de drogue est révélatrice d'une société où se radicalisent les inégalités des chances, tant économiques qu'éducatives. Les décisions des pouvoirs publics ne sont évidemment pas sans rapport avec ce développement d'une consommation de masse des drogues, de l'extension de leur marché, voire d'une mafia qui parasite nos démocraties. Ce qui fait sans doute la popularité d'un discours sur la drogue, c'est que celle-ci menace ce qu'on peut appeler l'honnête homme dans son épargne laborieuse et candide.

L'enjeu sécuritaire, et sanitaire nourrit donc largement le discours politique. La propagation du sida par voie intraveineuse interroge les experts de la santé publique. Récemment, le souci de privilégier le contact avec les usagers prend le pas sur le modèle thérapeutique qui attend la demande.

Comme le disent A. Coppel et C. Bachmann, (1989), « exiger "un monde sans drogue" – pour reprendre un slogan qui eut son heure de gloire –, c'est préférer une aberration... Le dragon renaîtra toujours de ses cendres. Plutôt que d'espérer l'anéantir, mieux vaut le dresser. » Désormais, plutôt que d'imposer à l'usager de drogue de se soumettre ou de mourir, mettre en place des politiques de normalisation qui visent à maintenir coûte que coûte le contact avec des citoyens qui sont exclus de la société. La répression accentue l'exclusion des usagers et menace dangereusement le bien-être des citoyens.

Ces débats politiques amènent à envisager d'autres stratégies en matière de services apportés aux toxicomanes.

**Déspecialisation, facilité d'accès aux soins, mobilisation médiatique, santé publique et gestion-réduction des risques en matière de sida, criminalité, rapport à la pauvreté sont autant de critères qui s'imposent à nous actuellement de façon impérative.**

Avant de nous lancer plus avant dans la problématique nous allons tenter une brève description du modèle d'intervention tel qu'il a été pratiqué et se pratique encore en Belgique. Il s'agit le plus souvent d'une institution spécifique, ou d'un service spécialisé dans l'hôpital qui rassemble en son sein un groupe multidisciplinaire d'intervenants spécialisés. Le traitement médical vise l'abstinence, immédiate ou différée tout en ouvrant des perspectives de réinscriptions familiale et sociale et un certain questionnement du sujet. Le médecin psychiatre s'est entouré de consultants spécialisés en ces matières (psychologues, assistants sociaux, infirmiers, éducateurs, juristes,...). Il travaille en coordination avec ces différents projets qui préparent la sortie du patient hors du circuit hospitalier ou médical.

Selon le D<sup>r</sup> J.-P. Jacques (1991), la désintoxication, paradoxalement, « ce n'est pas l'abstinence, même prolongée de drogues. C'est une position face à la difficulté de vivre qui postule la parole avec l'autre là où avant, il y avait la chimie. » Ces institutions offrent à l'usager un certain nombre de services (de l'aide médicale à la gestion des loisirs) afin de garantir au

patient une prise en charge globale de son être : problèmes somatiques, psychiques, individuels, relationnels ou familiaux, sociaux et juridiques.

Que la prise en charge se situe au niveau de l'hôpital, du centre de traitement en ambulatoire ou de la communauté thérapeutique, deux traits caractérisent cette prise en charge.

1. Cette prise en charge est un **modèle centripète** qui attire à lui les savoir-faire et pouvoir-faire (Bourdieu) en matière d'aide aux personnes.

L'institution fonctionne comme une clôture résidentielle qui protège le toxicomane de son milieu de vie et peut-être la société de son symptôme.

Un effet involontaire de ce type de soins peut être la confirmation de la stigmatisation du toxicomane (le « vrai » problème, c'est sa toxicomanie) par l'entourage, par le personnel soignant, par le quartier.

La stigmatisation du toxicomane a pour origine la conception juridique (hors-la-loi) et morale (l'esclave volontaire d'un produit, ou la mauvaise volonté du toxicomane) des usagers de drogues.

On peut supposer que cette situation provoque l'identification; c'est-à-dire que l'être de la personne se résume dans cette formule « je suis toxicomane » (je suis un toxicomane comme les autres, sans histoire, destinée à l'inlassable répétition du même).

En outre, l'institution force la rencontre des toxicomanes entre eux de façon non maîtrisée, et provoque, selon les dires des patients, des rechutes. Paradoxalement, alors qu'il s'agit d'une approche individuelle, – la thérapie –, les effets de groupes prédominent, insidieusement issus d'une « surpopulation » dans la salle d'attente, le voisinage, d'un rassemblement dans la salle d'hospitalisation.

2. L'institution thérapeutique **interroge la responsabilité subjective** d'un usager de drogue dans le monde : il s'agit de tenter de défaire avec le toxicomane l'imbroglio qui l'a conduit à cette identité très particulière – être toxicomane – afin d'atteindre à une origine existentielle où un choix inconscient s'est produit comme la seule réponse possible ou accessible à ce moment précis.

Sans nul doute s'agit-il là d'un travail absolument nécessaire si l'on veut se donner les moyens de comprendre pourquoi maintenant ce toxicomane désire

changer la vie, prendre un nouveau départ ou simplement arrêter une consommation problématique.

Ce dispositif n'entre pas nécessairement en interaction avec le tissu social qui supporte un phénomène épidémique – le quartier – et parfois aussi les rechutes dès qu'il s'agit de retourner dans ce quartier. L'institution ne participe pas aux débats qui anime les quartiers où se retrouve le patient une fois la consultation terminée.

Ce type de modèle ne s'adresse pas non plus aux conditions de surgissement du « phénomène drogue » – exclusion scolaire, désinvestissement parental, groupe de jeunes rejetés à la rue... –, et ne peut que soutenir de façon sporadique le travail de prévention – lorsque, par exemple, une association demande à un thérapeute de venir parler de son travail.

Le domaine qui est le sien est celui d'une toxicomanie reconnue par l'usager, le plus souvent lorsque celle-ci devient socialement problématique pour l'individu (perte d'emploi, risque d'incarcération, rupture avec le conjoint, etc.) et par là, le travail avec la personne devenue désormais le patient désigné.

Les origines sociales de la toxicomanie telle qu'elle se présente actuellement nous semblent essentiellement être : la pauvreté, le sous-emploi d'où l'existence en somme d'une population à risque grandissante, l'effritement des transmissions culturelles. La toxicomanie est la solution que trouvent des individus à des conditions de survie.

### Conclusion partielle : état de manque

L'État de manque au sens entendu ici est celui où les pouvoirs politiques font aveu d'impuissance à répondre à la problématique sociale comprise dans son ensemble.

L'institution spécialisée est fort coûteuse en énergie et en subsides sans pour autant agir sur les faiblesses sociales réelles sur lesquelles se greffe le phénomène de la toxicomanie. Ce coût entraîne l'État à limiter ce genre d'initiative, ce qui a pour conséquence de conditionner un accès élitiste aux centres spécialisés dont le nombre est restreint par la force des choses, sans parler de la liste d'attente dont toutes les institutions sont pourvues, ni des entretiens préliminaires avant d'être – ou non – admis en traitement.

## II. PROGRAMMES À BAS NIVEAUX D'EXIGENCE : MANQUES DE L'ÉTAT

Entendons la réduction des risques tels qu'ils sont compris par la politique de l'État : tant les risques liés au mode d'utilisation (seringues), les effets nocifs des produits eux-mêmes que les nuisances subtiles par la population et l'environnement.

La réduction des risques part de l'idée que certains toxicomanes ne sont pas prêts à ne plus utiliser de drogue mais doivent néanmoins conserver leur droit à la santé. En outre, l'illégalité de la drogue ne prive pas des droits aux soins.

Il s'agit d'ailleurs bien plus, comme le dit Jean-Alain Dubois (1992), de « l'esprit ou du contexte de l'illégalité ». Dans un contexte où la conceptualisation de la toxicomanie est le plus souvent irrationnelle, « l'aide et le respect sont ressentis comme un incitation à se droguer et une caution à la toxicomanie... C'est une conception « pédagogique » rédemptrice qui veut que plus le toxicomane souffrira, plus il sera proche de l'enfer, plus sa motivation à en sortir sera grande. »

Cet impératif nous amène à remettre en question les clichés du toxicomane (menteur, manipulateur,...) mais aussi le modèle moral qui consiste à exiger du toxicomane sa bonne volonté de guérir, et d'être d'abstinent au profit de l'idée d'un citoyen ayant des droits à la santé y compris dans sa consommation de drogue, et à qui sont imposées des exigences accessibles et acceptables. (Ehrenberg)

Dans une perspective très pragmatique, nos voisins néerlandais ont mis en place différents services destinés à gérer les problèmes de santé publique liés à l'usage d'héroïne par injection : ainsi, toute personne héroïnomanie peut recevoir de la méthadone, à condition de voir son médecin une fois par trimestre pour certains. Un bus circule dans quelques grandes villes et assure une dispensation de méthadone buvable et un service d'échange de seringues. Un médecin généraliste sur deux dans une ville comme Amsterdam est relié au réseau coordonné d'aide aux toxicomanes (GG&GD).

Il nous semble pourtant que le contexte d'urgence avec lequel les professionnels de la santé sont amenés à devoir participer aux questions sécuritaires, sanitaires voire humanitaires ne doit pas nous empêcher de réfléchir quelques instants sur les enjeux éthiques. Nous

pouvons continuer à interroger les enjeux sociaux – en terme de désignation ou d'identification des groupes problématiques aux yeux de l'ensemble des citoyens – qui se déploient sous couvert de bonnes intentions.

Quels sont les effets de discours cachés par ce principe d'urgence?

Dans un article sur le modèle hollandais de réduction des risques, A. Goosdeel (1992) pointe bien le paradoxe sous-jacent aux bonnes intentions de cette politique en matière de drogues : « Le souci de privilégier le contact, de vouloir maintenir une relation, de garder à l'autre une place dans la société, fût-il usager de drogue, est certes louable, et n'est pas sans conséquences positives pour les intéressés... Mais il s'agit aussi, et par tous les moyens, de chercher à décourager toute tentative d'affirmer une différence qui serait insupportable par sa radicalité et son excès ». Et il rajoute : « ce qui revient à dire : tu peux être différent mais comme tout le monde ».

En outre, n'y a-t-il pas un glissement en terme d'analyse des phénomènes sociaux au nom d'une population cible et quelles implications cela peut-il avoir sur l'inquiétude de l'opinion publique? En mettant en place uniquement des dispositifs de techno-prévention (bus méthadone, échanges de seringues, distribution de préservatifs,...) à l'égard des usagers de drogues, en affirmant avoir les toxicomanes sous contrôle, ne risquons-nous pas de confirmer les clichés et les craintes – fondées ou non – des citoyens hollandais, à savoir la présence menaçante des toxicomanes aux frontières du social.

S'agit-il encore une fois de mettre en place un super-système – à la mesure de l'inquiétude qui empêche notre honnête homme de dormir – et qui vise à circonscrire le danger mais aussi par la même à le désigner comme étant (encore!) le fait d'un groupe de personnes inconscientes, voire de mauvaise volonté.

Bref, on ne voit pas bien comment les mécanismes d'exclusion sociale sont entamés par ces dispositifs. En quoi, un policier, un voisin de toxicomane, un parent sont amenés à mieux comprendre l'altérité radicale que leur semble représenter la présence d'un toxicomane dans leur environnement? Et inversement, s'agit-il là d'un mieux-vivre avec l'autre pour l'usager de drogue? Pour illustrer mon propos, je vais me permettre un petit détour par la prévention du Sida.

Prévention qui entend tenir compte d'un « Sida mental » (Jacques, 1992) interrogeant par ce fait l'articulation entre un virus scientifiquement circonscrits et l'enjeu fantasmatique qui peut opérer à partir d'un signifiant d'emprunt. Du séropositif qui nie être contaminé à ceux qui restent persuadés qu'ils le sont malgré les nombreux tests, l'espace est immense qui nous convoque tous, subjectivement dans ce qui nous convoque de la question de notre mort, de l'amour et du désir.

Et ce n'est certes plus un manque de savoir sur ce fameux virus qui nous explique les dangers que nous courons : pas une semaine sans qu'on en parle.

« L'une des limites que rencontre la médecine dans son pouvoir tient précisément au parasitage de sa démarche objective par le subjectif du malade... Il restera pourtant un malentendu fondamental en ce que prévenir la mort, c'est déjà l'annoncer. À quoi le sujet peut décider – à son insu – de rester sourd. » (Jacques, 1992)

Par cet exemple, je veux simplement montrer qu'il existe d'autres enjeux qui risquent, si l'on n'y prend garde, de nous laisser déçus quant aux nouvelles initiatives médiatiques que cela soit en matière de Sida ou de toxicomanie. Cette citation nous semble pointer la nécessité d'initiatives riches en ressources humaines et non en dispositifs techniques lorsqu'il s'agit de conduites et de choix qui relèvent de nos choix fantasmatiques intimes, même lorsque ceux-ci s'habillent de clichés sociaux.

Pour prendre au sérieux ces objections et effets pervers, notre hypothèse de travail est donc l'insertion d'un service dans des quartiers populaires qui cumulent les problématiques, certes, mais aussi et c'est ce qui nous intéresse le plus dans notre analyse, un quartier où habitent de nombreux toxicomanes, un lieu où on vend et consomme de la drogue de façon plus importante, une situation où tout intervenant social est directement et quotidiennement interpellé par une demande d'aide et où une des ressources économiques de la jeunesse est la vente de produits psychotropes.

Si l'on aborde la toxicomanie d'un point de vue sociologique et clinique, le toxicomane n'est que la face visible de l'iceberg et la toxicomanie n'est pas uniquement le reflet d'une génération aux abois : elle est aussi

produit par les conditions de l'illégalité des produits utilisés, et les choix sociaux et politiques qui y sont préexistants. Le médecin est confronté brutalement au résultat d'une situation sociale qu'il ne maîtrise pas. Quoiqu'il en soit, cette situation sociale conditionne les caractères aggravants des rechutes et des échecs des traitements.

Là où la solidarité sociale fait place à une solidarité mafieuse, où un revendeur donne du travail à tout un quartier, fidélise ses vendeurs en leur offrant une consommation à peu de frais et se fait respecter en mettant en place la loi du silence, le processus thérapeutique doit s'adresser à un nouvel objet d'attention, un quartier en difficulté. Comment assurer un dispositif complémentaire, différent d'une stratégie positiviste de santé publique? Comment chaque intervenant dans son travail, dans son quartier, peut-il offrir un temps de parole à ce qui se joue au delà des clichés, et faire entendre une cause qui dit souvent d'elle-même être perdue d'avance.

L'aide sociale doit donc être dispensée à partir de quelque chose de plus local que l'aide sociale de l'État central : « sur base des débats internes aux groupes locaux qui ont pour enjeu les codes nécessaires au fonctionnement quotidien des groupes et à l'intégration des stratégies des acteurs. » (Poche, 1987)

**Il s'agit d'aborder un autre aspect de la réduction des risques, à savoir le risque d'entretenir des discours nocifs sur la toxicomanie entraînant l'exclusion et la stigmatisation du dit-toxicomane.**

Comment le travail social et la médecine peuvent-ils sauvegarder leur éthique de travail et leur autonomie par rapport à des exigences de paix sociale entendues comme des initiatives du moindre mal? Sans vouloir nier la nécessité de ces initiatives d'urgence dont j'ai parlé plus haut et largement médiatiques, nous pouvons nous demander si celles-ci ne sont pas insuffisantes non quant à l'énergie qu'elles déploient mais quant à la façon dont elles investissent cette énergie.

Il nous semble que la responsabilité de l'intervenant en toxicomanie doit ici offrir une alternative à deux niveaux.

### III. MANQUES DE L'ÉTAT ET SOCIÉTÉ CIVILE

Face aux manques de l'État, la société civile peut se constituer partie prenante d'une politique de réduction

des risques (et des dégâts) au sens où nous l'avons entendu à présent. En somme, il nous apparaît que ce manque de l'État est structurel et que ce genre d'initiative ne peut être construit qu'à partir de la volonté et de l'initiative du citoyen en tant qu'il a à prendre place dans la cité et à définir lui-même ses responsabilités dans la société civile.

#### **Première alternative : la mise en place de réseaux non-spécialisés**

L'expert doit se proposer comme référent ressource auprès des travailleurs des réseaux d'aide non-spécialisés afin d'éviter le recours systématique au centre spécialisé et à l'hospitalisation. Il s'agira de soutenir des réseaux pluridisciplinaires qui sont souvent les premiers – au niveau d'un temps chronologique – à recevoir les demandes d'aide. Ces demandes d'aide ont l'avantage de n'être pas encore figées dans l'identité d'emprunt « toxicomane ». Ces intervenants ont donc non seulement un mandat en matière de traitement mais également en matière de prévention (avant la crise d'urgence, avant une toxicomanie, en gros, avant l'exclusion).

Sous la forme de groupe pluridisciplinaire, l'expert peut dynamiser des réseaux et permettre à ces travailleurs de se rencontrer autour d'une réflexion clinique structurée par lui. L'expert n'est pas celui qui détient des solutions miracles quant à la prise en charge de toxicomanes mais qui permet qu'un questionnement se fasse jour là où des certitudes empêchent de travailler. Il s'agit plutôt de redonner à l'intervenant une confiance suffisante qui lui permette d'écouter et d'entendre, de questionner à son tour plutôt que de précipiter l'autre dans des réponses impersonnelles. Ces groupes de travail permettent aux intervenants de se compléter (un médecin généraliste, un assistant social par exemple) et de coordonner leur travail. Ces travailleurs « généralistes » – médecins de famille, assistants sociaux, éducateurs de maison de quartier, enseignants, Centres de Santé Mentale, accueillants des maisons d'hébergement, responsables de la réinsertion professionnelle, policiers, etc., – sont autant de personnes dont le rôle est déterminant dans les mécanismes d'exclusion.

Nous postulons que le simple geste inaugural qui consiste à en référer à un spécialiste est problématique. Que cela soit le médecin de famille ou l'éducateur, ceux-ci détiennent souvent une connaissance intime de la personne qui s'adresse à eux, qui permettrait de com-

prendre dans quel contexte surgit la problématique, il connaît sa famille, ses relations, son quartier. En tous cas, l'usager de drogue, lui, suppose à ceux-ci un savoir et préfère souvent s'adresser à quelqu'un qu'il connaît.

Pour l'intervenant, il s'agit parfois de se débarrasser d'une personne dont on suppose qu'elle est incurable, le plus souvent c'est un aveu d'impuissance sous-tendu par une image stéréotypée de l'individu, reconnu par son symptôme et non plus comme un personne (si c'est un toxicomane, je ne peux que le référer au spécialiste). Ou encore d'une incompréhension de la demande. Je pense aux adolescents qui harcèlent les médecins de quartier de demandes de prescriptions. Le médecin apprend à ses dépens à en être méfiant tant et si bien qu'il n'a plus l'occasion d'écouter et de provoquer un dialogue avec ces jeunes. En somme, il s'agit d'un malentendu où le généraliste, comme Candide, cherche dans le monde entier la solution à son problème alors qu'elle était enterrée dans son jardin.

Cette mauvaise perception de l'usager de drogue freine, nous l'avons dit, le travail de l'institution spécialisée. L'usager de drogue sera de toute façon confronté à ces intervenants dès sa sortie. Il est difficile de parler de la responsabilité que le sujet prend dans sa docilité à une identification si celle-ci est également reconnue par les intervenants de terrain. En outre, ceux-ci détiennent ce que nous avons appelé avec Bourdieu les pouvoirs, soit des savoir-faire de type décisionnel dans la réalité quotidienne. Un éducateur qui se sent le devoir d'exclure un jeune parce qu'il s'est drogué, un policier convaincu qui continue à harceler un usager de drogue pourtant sevré et réinséré et se sent le devoir d'informer un conjoint; un pharmacien qui reçoit le toxicomane de façon à ce qu'il ne revienne plus, etc. Le travail en réseau nous semble donc une condition indispensable à la deuxième alternative.

### Deuxième alternative : le travail communautaire

L'optique communautaire part d'un triple constat:

1. Les populations défavorisées sont marginalisées avant la toxicomanie et accèdent difficilement aux soins;
2. L'angoisse et la culpabilisation de l'entourage produisent des phénomènes d'aggravation;
3. Le manque de réponse de la population dû à la peur, l'ignorance ou l'impuissance, donne le sentiment de démission collective devant ce « fléau inévitable ».

Ces faits amènent à concevoir une démarche d'échange avec les institutions mais également avec la population, ce qu'on a appelé les non-professionnels.

La perspective communautaire entend insérer le travail thérapeutique en partant d'une vision élargie du concept de l'usager de drogue, celui-ci ne se limitant pas au toxicomane.

La toxicomanie dans les quartiers populaires est liée au phénomène de la délinquance, de la revente, et ces populations sont usagères de drogues à plusieurs titres. Être dépendant d'une drogue est une des formes de consommation de celle-ci. Les enfants sont consommateurs lorsqu'ils reçoivent de l'argent en récompense du fait d'avoir apporté « un petit paquet à un monsieur », celui qui s'occupe de la revente de matériel volé par des toxicomanes ayant besoin d'argent. Un projet thérapeutique communautaire implique de répondre à une demande mais également de créer une participation de la population où il pourra y avoir prise de responsabilité. « Le préalable de toute politique permettant de réintégrer les toxicomanes, socialement et psychologiquement, consiste à dépasser les images de l'épave sociale ou du dragon à l'assaut de la société pour les considérer comme des citoyens « normaux » auxquels sont imposées des exigences « normales » et à qui l'on offre des chances « normales ». (Ehrenberg, 1991)

### APPROCHE COMMUNAUTAIRE DE LA SANTÉ

Si la démission est du côté de la population, la première condition est de s'adresser à tous et d'encourager chacune des personnes concernées par la toxicomanie de son quartier à s'impliquer dans une réflexion de « santé communautaire ».

On peut définir cette idée comme suit :

« Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale réfléchissent ensemble sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. » (Manciaux, Deschamps, 1987)

Créer des centres spécialisés dans un quartier problématique peut avoir pour conséquence de démettre encore plus la population de sa place légitime ou reconnue d'acteur et risque d'aggraver le symptôme d'exclusion des usagers de drogue. (UD)

Nous prendrons pour métaphore de cette hypothèse le cas de parents à qui l'on retire la garde des enfants : en général la situation de ces parents s'aggrave et leur symptôme d'exclusion sociale se renforce suite au fait qu'on leur ôte toute légitimité à s'occuper de leurs enfants. De même, un centre qui ne tiendrait pas compte dans son travail clinique de la réalité d'un quartier qui focalise ses problèmes autour des toxicomanes risquerait d'empirer la tension sociale en reconnaissant le traitement du toxicomane comme « la solution ». Au contraire, l'approche de santé communautaire reconnaît l'UD comme quelqu'un à part entière dans un quartier et non comme une infection à traiter. Reprenons notre exemple des parents à qui l'on retire la garde des enfants : nous leur proposerions plutôt de séjourner dans un centre de crise avec leurs enfants et/ou dans un centre de jour. Au même titre, nous pensons que l'UD doit être réintégré dans son quartier grâce à la mise en place de réseaux de solidarité.

Il s'agit donc de créer des liens entre le savoir et l'utilisation de ce savoir pour parvenir à un changement de conduite nécessaire à la mise en place de réponses ou un changement d'interaction entre le sujet et son environnement.

Le savoir de l'expert extérieur active dans une dynamique dialectique le savoir naturel de la communauté. Le rôle du travailleur social est « de se saisir de la demande exprimée comme d'un fil conducteur pour remonter aux besoins réels. » (Lagomanzini, 1991) Dans cette perspective de santé communautaire, rajoutons que l'intervention en toxicomanie ne peut se limiter non plus dans des quartiers problématiques à répondre aux demandes d'accueil et de soins du toxicomane et de sa famille, c'est-à-dire de s'adresser uniquement aux « patients désignés ».

Je rajouterai que la toxicomanie n'est pas seulement un problème de santé : le but de l'action communautaire est aussi de comprendre la toxicomanie comme un effet de discours, comme un enchevêtrement de stéréotypes qui ne reflètent pas forcément une réalité ou encore ne la recouvre que très et trop partiellement. Il faut permettre l'éclosion de nouveaux discours, c'est-à-dire de pouvoir aider des parents, des amis, des voisins et non de les fuir parce qu'il y a dans cette famille un problème de toxicomanie.

Il ne s'agit donc pas d'un système ayant pour critère d'action l'abstinence mais bien plutôt le mode de

relation installée entre le toxicomane et son lieu de vie, quel que soit sa consommation. Il apparaît souvent que l'apparition d'une toxicomanie dans un milieu peu informé sur le sujet engendre des mécanismes de condamnation et de rejet peu propices à la cure ou même à l'idée d'une guérison. Le toxicomane prend alors l'allure du lépreux d'autrefois destiné à errer avec ses congénères, à créer le vide dès qu'il apparaît et à mendier sa reconnaissance.

### **La place de la méthadone dans un projet communautaire**

Le recours au traitement de substitution permet dans ce contexte de créer un contact durable avec le centre; cependant, on peut s'interroger sur la popularité dont bénéficie pour l'instant la méthadone.

Il ne s'agit pas pour nous de faire du produit de substitution « un substitut à la relation avec les usagers de drogues, substitut à la relation thérapeutique, substitut à une analyse approfondie des conditions sociales et économiques dans lesquelles se développe et se propage l'usage de drogue. (...) mais d'investir dans les hommes et les rapports humains plutôt que dans des dispositifs qui tendent à occulter par leurs artifices la réalité d'un tissu social en souffrance. » (Goosdeel, 1992)

### **Place des citoyens et ce compris les usagers de drogues**

L'utilisateur de drogue a un rôle à jouer, non en tant que membre d'une catégorie pathologique homogène mais en tant que citoyen : quel est ce rôle? Peut-être est-ce celui de témoigner par son existence que toute dissidence à la légalité ne signe pas une maladie mentale, pour le moins, ni non plus la place d'un héros rebelle.

Chacun, en tant que citoyen, – usager de drogue, familles, voisins, travailleurs de la santé, ... – interroge la loi et intervient dans ses principes de production : il n'est pas seulement sujet de droit dans l'obligation de se soumettre aux lois, mais s'inscrit dans le mouvement de lois positives et non éternelles.

Inviter chaque individu à prendre sa place et à reprendre ses droits, élaborer avec les usagers de drogue les décisions qui les concernent, s'adresser aux conditions de l'exclusion sont les axes du travail communautaire. L'intervention communautaire prend sa source dans des initiatives à chaque fois uniques, selon les terrains qui l'alimentent et les ressources locales et sans qu'elle soit jamais comme telle exportable.

Pratiquement, le centre d'aide n'est plus un service mais une plate-forme autour d'un intérêt commun : vivre dans son quartier.

Ceci signifie qu'il faut réussir à mettre en place une dynamique comme un groupe de parole qui soit suffisamment conscient que la toxicomanie n'est qu'une forme minoritaire parmi les problèmes et les risques liés aux drogues, problèmes scolaires, familiaux, de justice, de santé, d'insertion socio-professionnelle, de pauvreté.

Cette mobilisation doit conduire les habitants à prendre en charge eux-mêmes les projets qui leur semblent indiqués et le travailleur social n'est plus alors que celui qui coordonne ou apporte les ressources techniques au projet. « Ainsi se dessinent les fondements d'un mode de gestion du problème de la drogue au sein d'une communauté dans lequel les toxicomanes ne sont plus seulement l'objet d'attention ou de rejet, mais sujets responsables, partenaires à part entière. » (Neira, 1991)

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

COPPEL, A. & BACHMANN, C., 1989, *La drogue dans le monde*. Paris, Albin-Michel.

DUBOIS, J.-A., 1992, Toxicomanie et système d'accès aux soins. *Drogues et Droits de l'Homme*, Genève, Actes du colloque du 14/15 février 1992, Ligue suisse des Droits de l'Homme.

EHRENBERG, A., 1991, Un monde de funambules, in *Individus sous influence*, Ed. Esprit.

GOOSDEEL, A., 1992, Gestion sociale et réduction des risques, in *Toxicomanie, SIDA, Prévention, Cahiers du CEDIF*.

JACQUES, J.-P. 1991, Le toxicomane et le généraliste : faits pour s'entendre. *Patient Care*, avril 91.

JACQUES, J.-P. 1992, Le SIDA mental, in *Toxicomanie, SIDA, Prévention. Cahiers du CEDIFF*.

LAGOMANZINI, P., 1991, *Approche communautaire et toxicomanie*, Université de Paris XII, Département des Sciences sociales.

MANCIAUX, M. & DESCHAMPS, J.-P., 1978, *La santé de la mère et de l'enfant*. Paris, Flammarion.

NEIRA, R., 1991, Et les toxicomanes? *Informations sociales*.

POCHE, B., 1987, Localité et subdivisions spatiales du social : pour une définition culturelle, *Espace et société*, No. 48-49.

#### SOMMAIRE

En Belgique, la prescription de méthadone est, aux yeux des thérapeutes un événement inaugural - un prétexte? - à un abord pluridisciplinaire. Cependant, au lieu de dispenser tous ces services dans un centre spécialisé, le travail communautaire subordonné au travail en réseau implique que le toxicomane puisse être inscrit dans la cité. Le spécialiste endosse alors un rôle de soutien, de coordination du réseau.

#### ABSTRACT

In Belgium, the prescription of methadone is viewed by therapists as a groundbreaking event - is it a pretext? - at first glance it seems pluridisciplinary. However, rather than dispensing all these services in a specialized center, networking leads community work so that the addict can be registered within the city. Specialists then adopt a supporting role, coordinating the a-specific help network (doctors, generalists, cpa,) as well as sensitizing the community to the health problems leading to responsabilisation. Community work allows (among other things): 1. countering social resistance that stems from the blackened reputation of addicts and which slows their integration; 2. encouraging the addict to become an agent for prevention among his peers; 3. discovering the prevention and help networks that link the dwellers of a neighborhood, health professionals and non-professionals. The goal of community health redefines professionalism.

#### SUMARIO

En Bélgica, la prescripción de metadona es vista por los terapeutas como un acontecimiento inicial - ¿o un pretexto? - a un abordaje pluridisciplinario. Sin embargo, en lugar de dispensar todos esos servicios en un centro especializado el trabajo comunitario subordinado a un trabajo en una red permite que el toxicómano pueda ser inscrito en el medio urbano. El especialista adopta un rol de soporte, de coordinación de la red de ayuda a-específica (médicos generales, cpas...) y de sensibilización de la comunidad hacia los problemas de salud a fin que emerja una toma de responsabilidades. El trabajo comunitario permite entre otros: 1. de trabajar las resistencias sociales nacidas de la mala reputación de los toxicómanos que frenan su inserción; 2. de estimular al utilizador de drogas a ser un agente de prevención y de ayuda; 3. de ligar los habitantes del barrio ya sean profesionales de la salud o no. El objetivo de la salud comunitaria define una nueva forma de profesionalismo.

# **ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 24**

## RESSOURCES

### ► PROGRAMME DE FORMATION SUR LE SIDA

- . Programme sida en milieu de travail

### ► MATÉRIEL ÉDUCATIF (BROCHURES, DÉPLIANTS, ETC.)

#### \* SUR LE SIDA ET LESMTS

Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Centre québécois de coordination sur le sida  
3655, rue St-Urbain - 4<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec)  
H2X 2P4  
Téléphone : (514) 873-9890  
Télécopieur : (514) 873-9997

Association canadienne de santé publique  
Centre national de documentation sur le sida  
1565, rue Carling - Bureau 400  
Ottawa (Ontario)  
K1Z 8R1  
Téléphone : (613) 725-3769  
Télécopieur : (613) 725-9826

#### \* SUR LES DROITS DE LA PERSONNE

Commission des droits de la personne

► **TEST DE DÉPISTAGE DU VIH/SIDA**

Pour connaître le service de dépistage anonyme du VIH/sida le plus près de chez vous, communiquez au 1 800 463-5656. 913

► **RESSOURCES COMMUNAUTAIRES SIDA**

Il existe, au Québec, plusieurs organismes communautaires sida. Ces organismes offrent des services d'aide et de soutien aux personnes vivant avec le VIH ou le sida ainsi qu'à leurs proches. Si vous avez besoin d'information ou de soutien, communiquez avec :

La Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida  
(514) 844-2477

► **INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE SIDA ET LES MTS**

Ligne Info sida-MTS pour la région de Québec : (418) 648-2626

Ailleurs au Québec : 1 800 463-5656

RÉGIONS	ÉTABLISSEMENTS	PARTICULARITÉS
01 Bas-Saint-Laurent	Centre régional de dépistage anonyme du sida (Rimouski)	► 4 infirmières en alternance
02 Saguenay-Lac-St-Jean	CLSC Saguenay-Nord (Saguenay) CLSC des Côteaux (Chicoutimi) Centre régional de planification familiale (Jonquière) CLSC Le Norois (Alma) CLSC des Prés Bleus (St-Félicien, Roberval) CLSC des Chutes (Mistassini, Normandin) CLSC du Fjord (Ville de la Baie, Anse St-Jean) Unité de médecine familiale de Chicoutimi	► Les services débuteront en avril 1995 ► 27 personnes formées (médecins, infirmières, travailleurs sociaux)
03 Québec	CLSC Haute-Ville CLSC Basse-Ville	► 2 infirmières ► 2 listes de rappel ► 3 infirmières
04 Mauricie Bois-Francs	CLSC du Haut-Saint-Maurice (La Tuque, secteur Parent) CLSC Normandie (St-Tite) Clinique de planning et sexualité du CHRM (Shawinigan) CLSC du Rivage (Cap de la Madeleine) CLSC Nicolet-Yamaska (Sainte-Monique) CLSC Les Blés d'Or (Fortierville, Gentilly) CLSC Suzor Côté (Victoriaville) CLSC Drummond (Drummondville)	► Les services débuteront fin janvier 1995 ► Environ 20 infirmières seront formées

RÉGIONS	ÉTABLISSEMENTS	PARTICULARITÉS
05 Estrie	CLSC SOC (Sherbrooke)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 1 infirmière</li> <li>▶ 1 agent de relations humaines</li> <li>▶ 5 infirmières sur liste de rappel</li> </ul>
06 Montréal-Centre	CLSC Centre-Ville  CLSC Métro	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 2 infirmières</li> <li>▶ 1 TS</li> <li>▶ 1 psychologue</li> <li>▶ 2 infirmières sur liste de rappel</li> <li>▶ 5 agents de relations humaines</li> </ul>
07 Outaouais	CLSC de Hull	▶ 3 infirmières
08 Abitibi- Témiscamingue	CLSC Le Partage des Eaux (Rouyn- Noranda) CLSC Le Minordet / Val d'Or	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 3 infirmières</li> <li>▶ 2 infirmières</li> </ul>
09 Côte-Nord	CLSC de l'Aquilon (Baie-Comeau) CLSC des Sept-Îles (Sept-Îles)	▶ 5 médecins-infirmières
10 Nord-du-Québec	SE RÉFÉRER AUX RÉGIONS 02 ET 08.  ON PEUT OBTENIR AUSSI LES SERVICES AU : Hôpital de Chibougamau CLSC des Grand-Bois Centre de santé Lebel Centre de santé Isle-Dieu Centre hospitalier la Grande-Rivière	▶ 4 personnes formées
11 Gaspésie-Îles-de- la-Madeleine	CLSC des Berges (Sainte-Anne-des-Monts) CLSC de la Pointe (Gaspé) CLSC de la Saline (Chandler) CLSC Malauze (Saint-Omer) CLSC des Chaleurs (Paspébiac) CLSC des Isles (Cap-aux-Meules)	▶ Environ 12 personnes formées

RÉGIONS	ÉTABLISSEMENTS	PARTICULARITÉS
12 Chaudière-Appalaches	CLSC des Chutes-de-la-Chaudière-Desjardins (Lévis) CLSC La Guadeloupe (St-Georges)	▶ 5 personnes formées
13 Laval	CLSC du Marigot	▶ 2 personnes
14 Lanaudière	CLSC Le Méandre CLSC de Joliette	▶ 4 personnes
15 Laurentides	CLSC Jean-Olivier-Chénier	▶ 5 personnes ▶ liste de rappel (4 personnes)
16 Montérégie	CLSC des Maskoutains	▶ 19 points de services en développement
17 Kativik		▶ En développement
18 Conseil cri de la Baie James	Hôpital de Chisasibi Clinique de Mistassini Clinique de Eastmain Clinique de Nemaska Ouje-Bougamou healing center Clinique de Waskaganish Clinique de Waswanipi Clinique de Wemindji Clinique de Whapmagoostui	▶ Formation en cours

**ÉLÉMENT D'ACCOMPAGNEMENT 25**

**GUAY, Maryse, AUGER, Suzanne et OTIS, Joanne (1994). Le projet UDI-sida Montérégie — La mise en oeuvre du réseau d'échange de seringues aux usagers de drogues injectables en Montérégie. (à paraître) In N. Chevalier, J. Otis et M.P. Desaulniers (dir.): *Éduquer pour prévenir le sida*. Beauport: Publications MNH Enr.**

## **LE PROJET UDI-SIDA MONTÉRÉGIE**

**La mise en oeuvre du réseau d'échange  
de seringues destiné aux usagers  
de drogues injectables en Montérégie**

Direction de la santé publique

Mai 1994

Ce document a été élaboré par :

Maryse Guay, M.D., M.Sc.

Médecin-conseil

Direction de la santé publique,  
Régie régionale de la santé et des services  
sociaux de la Montérégie

Suzanne Auger, B.A.

Agente de planification et de programmation  
socio-sanitaire

Direction de la santé publique,  
Régie régionale de la santé et des services  
sociaux de la Montérégie

Joanne Otis, Ph.D.

Professeure

Université du Québec à Montréal

Les personnes suivantes ont contribué à la réalisation du projet.

Mise en oeuvre :

Suzanne Auger  
Maryse Guay  
Louise Lambert  
Danièle Longpré  
Paul André Masson  
Danièle Moore  
Réjean Thomas

Évaluation :

Suzanne Auger  
Maryse Guay  
Josée Lemieux  
Joanne Otis

## REMERCIEMENTS

*Des remerciements sont offerts tout d'abord au Centre québécois de coordination sur le sida (C.Q.C.S.) du ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.) pour avoir subventionné le projet.*

*Des remerciements s'adressent également aux personnes suivantes qui ont apporté leur aide et support afin de mener à bien le projet UDI-sida Montérégie. Sans leur contribution, il aurait été impossible de le réaliser :*

- *Jean-Guy Boudreau, Marie Gendreau, Yvan Leclerc, Yves Gros Louis du Centre de réadaptation de la Montérégie;*
- *Yvette Ferland et Marie Brodeur de La Source des Monts;*
- *Richard Cloutier, Isabelle Sourdif et Benoit Vigneau du C.Q.C.S.;*
- *Jean-François Pomerleau et Monique Deslauriers de la Maison des Jeunes de Farnham.*

*Les membres du comité de coordination :*

- *André Caron et François Leblanc, CLSC Châteauguay*
- *Nicole Mercier, CLSC Haute Yamaska,*
- *Gérard Robichaud, CLSC des Maskoutains*
- *Gaétane Lemire, CLSC Longueuil Est*
- *Richard Frappier, CLSC Des Seigneuries*
- *Benoit Marchessault CLSC du Havre*
- *Diane Reed CLSC Huntingdon*
- *Réjean Lepage C.H. de Granby.*

*Enfin nous remercions sincèrement toutes les personnes des établissements et cliniques qui participent au réseau d'échange de seringues en Montérégie et la clientèle UDI qui ont cru au projet et se sont engagés avec nous dans la lutte au sida.*

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	vi
INTRODUCTION .....	1
1. PROBLÉMATIQUE .....	2
1.1 Facteurs associés à l'infection au VIH chez les UDI .....	2
1.2 Les programmes offerts aux UDI .....	3
1.3 Le projet montérégien, le projet USM .....	3
1.4 Cadre conceptuel soutenant l'analyse de la mise en oeuvre du projet .....	5
2. MÉTHODOLOGIE .....	6
3. RÉSULTATS .....	10
3.1 Analyse du projet au niveau de la prise de décision .....	10
3.1.1 Déroulement .....	10
3.1.2 Réaction des personnes clés .....	10
3.1.3 Bilan .....	11
3.2 Analyse du projet au niveau de la prise en charge .....	11
3.2.1 Déroulement .....	11
3.2.2 Attitudes des intervenants face au projet avant la formation .....	12
3.2.3 Désir de s'impliquer dans le projet USM .....	14
3.2.4 Attitudes des intervenants face aux personnes atteintes du sida et aux UDI .....	14
3.2.5 Bilan .....	16

<b>3.3</b>	<b>Analyse du projet au niveau de l'exécution</b>	<b>18</b>
3.3.1	Déroulement	18
3.3.2	Services offerts	18
3.3.3	Fonctionnement	19
3.3.4	Perception du fonctionnement du projet	20
3.3.5	Profil des utilisateurs du service	21
3.3.6	Bilan	21
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>22</b>
	<b>CONCLUSION</b>	<b>25</b>
	<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>26</b>

## RÉSUMÉ

En 1990, les départements de santé communautaire de la Montérégie ont conçu le projet UDI-sida Montérégie (USM). Ce projet de prévention du sida auprès des usagers de drogues injectables (UDI), visait à constituer un réseau d'échange de seringues dans les établissements de santé de la région. Afin de faire état de sa mise en oeuvre, divers outils ont été utilisés et ont permis de suivre l'évolution du projet (analyse de documents et de questionnaires auto-administrés à divers moments du projet). La description du degré de mise en oeuvre a été présentée en faisant référence au cadre conceptuel de Pineault et Daveluy (1986).

Lors de la prise de décision, les divers responsables des établissements ont été sollicités et ont reconnu la pertinence d'agir. Toutefois des résistances ont été exprimées: craintes d'encourager un comportement illicite et crainte de l'agressivité des UDI. Six établissements ont adhéré au projet. Cinq autres ont refusé d'y participer et les autres qui hésitaient, ont demandé de la formation pour leur personnel avant de donner leur accord. Lors de la prise en charge, une formation a été offerte dans 12 établissements. Parmi les participants à la formation, la moitié était en faveur du projet et 76 % désiraient s'y impliquer, même si seulement 45 % avaient une attitude positive à l'égard des personnes atteintes du sida et 31 % à l'égard des UDI. Le réseau a été constitué de 37 sites d'échange de seringues. Lors de l'exécution, en plus de la distribution des seringues, de l'information ou des références à d'autres services ont été données. La clientèle était constituée surtout d'hommes d'en moyenne 30 ans. Tous les UDI interrogés ont dit avoir utilisé les seringues fournies par le projet. Au total, plus de 4000 trousseaux contenant des seringues et du matériel de prévention, ont été distribués à travers la Montérégie. Malgré les limites de cette démarche, les données recueillies ont permis d'affirmer que les objectifs poursuivis par le projet USM ont été atteints et ont donné un excellent aperçu des contraintes et des enjeux entourant la mise sur pied d'un tel projet dans un milieu géographiquement vaste, avec des ressources limitées.

## INTRODUCTION

Une progression de l'infection au VIH est constatée au Québec comme à peu près partout dans le monde parmi les personnes faisant usage de drogues par injection (UDI) (Alary, 1990). Aux États-Unis, 30 % des cas de sida ont l'usage de drogues injectables comme facteur de risque (CDC 1990 a). Dans certains pays d'Europe, l'Espagne et l'Italie, par exemple, les UDI représentent la majorité des cas de sida (Alary, 1990). De récentes études effectuées à Montréal démontrent que la séroprévalence du VIH chez les UDI est passée de 1 à 3 % en 1988, à 10 à 15 % en 1990 (Remis et Roy, 1991). Remis estime qu'en 1990, l'incidence annuelle de l'infection au VIH chez les UDI montréalais augmentait de 4 à 10 % (Remis et Roy, 1991).

La Montérégie, deuxième région sociosanitaire du Québec avec ses 1,2 million d'habitants, couvre géographiquement un secteur de 11 032 km<sup>2</sup> au sud-ouest de la province. La proximité géographique de la région de Montréal fait craindre qu'une situation équivalente au niveau de l'infection par le VIH chez les UDI de la Montérégie puisse exister. Parmi les 148 cas cumulatifs de sida de la Montérégie, les premiers cas de sida liés à l'usage de drogues injectables sont apparus durant les dernières années (Remis, 1993). Il faut se souvenir qu'en moyenne 10 à 12 ans peuvent s'écouler entre le moment où une personne s'infecte par le VIH et l'apparition du stade terminal de cette infection qu'est le sida (Bergeron et Guay, 1993), ce qui explique le retard relatif de l'apparition des cas dans la région. Face à cette situation, un projet de prévention du sida auprès de la clientèle UDI a été implanté en Montérégie, le projet UDI-SIDA Montérégie (USM) (Auger, 1990). Les quatre départements de santé communautaire montréalais (DSCM) ont décidé en 1990, de constituer un réseau de distribution et d'échange de seringues stériles destiné aux UDI de leur territoire. Ce projet a été réalisé grâce à une subvention du Centre québécois de coordination sur le sida. Le présent texte fait état de la mise en oeuvre de ce projet en expliquant et décrivant les étapes franchies pour y arriver.

## 1. PROBLÉMATIQUE

### 1.1 FACTEURS ASSOCIÉS À L'INFECTION AU VIH CHEZ LES UDI

Les UDI constituent un groupe de personnes très à risque de contracter l'infection au VIH à cause de leurs comportements particuliers. En plus des comportements à risque inhérents à la consommation de drogues, leurs pratiques à risque d'infection par le VIH sont en lien tout d'abord avec la voie d'administration de la drogue et ensuite, reliés à leurs comportements sexuels. Le partage de seringues et l'utilisation de matériel d'injection contaminé relèvent de la voie d'administration de la drogue (Arcand, 1990; CDC, 1990 b; Drucker, 1986; Hankins, 1989; Magura, 1989; Raineri, 1989); alors que leurs comportements sexuels à risque s'expriment par des relations sexuelles non protégées, des relations sexuelles fréquentes et la multiplicité des partenaires (Arcand, 1990; Bardsley, 1990, Lewis, 1990).

Certains facteurs individuels expliquent leurs comportements non sécuritaires associés au sida. De mauvaises connaissances des modes de transmission du VIH sont mises en cause (Dengelegi, 1990). Des croyances erronées sont aussi rapportées; une bonne proportion d'UDI croit qu'on peut facilement identifier un porteur du VIH, qu'on peut se fier aux autres s'ils se disent non infectés et qu'on peut guérir le sida (Dengelegi, 1990; Magura, 1989). Des attitudes négatives sont également mises en compte: fatalisme à l'égard du sida, rationalisation de l'échange et négation des risques reliés au partage (Arcand, 1990; Dengelegi, 1990; Magura, 1989). Leur environnement social immédiat est souvent néfaste. En effet, l'attitude négative des pairs et des amis à l'égard du non partage de seringues et de matériel va constituer un facteur qui peut renforcer les comportements non sécuritaires des UDI (Arcand, 1990; Magura, 1989). La culture même des UDI explique également ces comportements à risque: le partage de seringues a une forte valeur symbolique; il veut dire solidarité et confiance (Arcand, 1990; Friedman, 1986; O'Brien, 1990).

De plus, d'autres facteurs externes davantage liés à la présence ou à l'absence de certaines conditions dans leur environnement, peuvent avoir un impact défavorable. La présence de personnes infectées dans l'entourage et par le fait même, la présence de seringues contaminées dans l'environnement, constituent des éléments mettant les UDI à risque pour l'infection au VIH (Chitwood, 1990; Des Jarlais et Friedman, 1990). L'illégalité de la consommation de drogues est également un

facteur à considérer. En effet, la clandestinité de la consommation et de l'injection engendrent le phénomène des « piqueries » (Arcand, 1990; Chitwood, 1990), terme employé au Québec pour désigner les lieux de rencontre où les UDI peuvent se procurer la drogue et le matériel d'injection et s'y rassemblent pour s'injecter (shooting galleries). Le coût prohibitif de la drogue amène aussi au partage et à la prostitution (Arcand, 1990; Magura, 1989). La non disponibilité de matériel d'injection stérile dans les pharmacies ou ailleurs, de même que le coût du matériel d'injection, contribuent également à cette situation (Arcand, 1990; Magura, 1989). Enfin, des lacunes au niveau du système de soins, comme par exemple la rareté des programmes de maintien à la méthadone, contribuent encore davantage à former un environnement défavorable à la clientèle UDI (Arcand, 1990; Viens, 1990).

## 1.2 LES PROGRAMMES OFFERTS AUX UDI

Devant ces faits, plusieurs projets de distribution et d'échange de seringues ont vu le jour comme Cactus à Montréal et Point de repère à Québec. Ces projets mettaient l'accent principalement sur la disponibilité du matériel stérile et la plupart d'entre eux étaient constitués d'un site fixe d'échange de seringues, localisé dans un endroit stratégique de la ville. Parallèlement, plusieurs de ces projets incluaient un site d'échange mobile pour assurer une meilleure pénétration du milieu et pour atteindre des personnes qui ne se déplaceraient pas vers des sites fixes (Barsdley, 1990; Cloutier, 1993). Tous les programmes dont l'évaluation fut suffisamment fiable, ont démontré qu'ils n'engendrent pas une augmentation de la consommation de drogue et que la fréquence du partage de seringues n'augmente pas. Ces évaluations ont également souligné que les UDI sont rejoints par de tels programmes, qu'ils peuvent changer leurs comportements et que ces programmes favorisent leur référence en réadaptation ou à d'autres services de santé (Nadel, 1993).

## 1.3 LE PROJET MONTRÉGIEN, LE PROJET USM

Pour sa part, le projet mis sur pied en Montérégie a été orienté vers le réseau actuel de santé comme site de distribution et d'échange de seringues soit, dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) soit dans les centres hospitaliers (CH). En ce sens, il est novateur et se démarque des projets déjà existants. Plusieurs raisons ont orienté ce choix. Elles sont tout d'abord d'ordre pratique, relatives à la nécessité de desservir une population vivant en secteur

semi-urbain et rural, à la nécessité de couvrir un grand secteur géographique, à la présence de personnel qualifié en place, à l'ouverture possible 24 heures sur 24 (les CH prenant la relève après les heures d'ouverture des CLSC), à la nécessité de donner accès au matériel stérile à plusieurs sous-populations et aux ressources financières très limitées ne permettant pas d'instaurer de nouvelles structures.

D'autres avantages d'ordre humaniste sont apparus avec le choix du réseau de la santé comme donner l'opportunité aux UDI d'avoir des contacts avec un système de soins qu'ils fréquentent peu par ailleurs, démontrer aux UDI qu'ils peuvent être accueillis sans jugement dans ces milieux, indiquer aux UDI que leur santé préoccupe les intervenants du réseau de la santé et que ces derniers accordent de l'importance à la personne qu'est l'UDI. Le choix du réseau de la santé permettait de toucher certains facteurs personnels ou externes intervenant dans l'adoption de comportements sécuritaires, à la condition qu'ils soient modifiables. En effet, il est difficile, par exemple, de contribuer à modifier la clandestinité liée à la consommation de drogues injectables, du moins à court terme, mais il est possible de tenter d'améliorer les connaissances que les UDI ont des risques. Par ailleurs, selon nous, même si le don ou l'échange d'une seringue peut être considéré comme un geste banal, il signale à l'UDI qu'il a du pouvoir sur sa propre santé et qu'il est capable de faire des choix. En venant chercher ou échanger des seringues, l'UDI peut briser son isolement et effectuer une rupture dans le rituel de la consommation, rupture qui peut alors représenter un premier pas vers la réhabilitation. Les professionnels des établissements impliqués dans le projet de la Montérégie pouvaient éventuellement assurer un appui à l'UDI dans cette démarche.

Le projet visait donc principalement à augmenter l'accessibilité au matériel d'injection stérile afin d'empêcher la transmission du VIH chez les UDI. Il visait également à permettre aux UDI d'avoir accès à un professionnel de la santé en vue de l'informer sur les pratiques de consommation sécuritaires et sur les comportements sexuels à moindre risque. Le moyen privilégié pour atteindre ces objectifs était d'établir un réseau de trente sites d'échange et de distribution de seringues sur le territoire de la Montérégie.

Les principales activités planifiées par les responsables dans les DSCM pour constituer ce réseau, se résumaient à des rencontres de sensibilisation et de mobilisation auprès de personnes clés dans les milieux ciblés ainsi qu'à des activités de formation destinées au personnel des établissements, personnel qui remettrait les seringues aux UDI et qui les informerait sur les pratiques sécuritaires. Ces différentes activités s'inscrivaient dans un processus de mise en oeuvre qui se

voulait pratique, souple et attentif aux besoins des milieux ciblés. Le support du Centre de réadaptation de la Montérégie et de ses points de service, organisme montérégien de réadaptation en toxicomanie, de même que le support des différents corps policiers ont été obtenus et utilisés à divers moments dans le déroulement de ces activités. Il est important de souligner que les instigateurs du projet n'avaient aucune autorité hiérarchique sur les établissements et sur les acteurs susceptibles d'offrir les services aux UDI. En ce sens, les stratégies d'implantation cherchaient dans un premier temps à présenter le projet aux milieux et à solliciter leur adhésion au réseau d'échange et de distribution de seringues. Dans un deuxième temps, les stratégies visaient à supporter la prise en charge du projet par des personnes clés dans chacun des établissements participants. Troisièmement, le projet prévoyait offrir aux établissements des trousse de prévention destinées aux UDI, dont le contenu était le suivant: seringues, tampons d'alcool, eau de javel, eau stérile, condoms, gelée lubrifiante, dépliant sur les comportements d'injection et sexuels sécuritaires et dépliant sur les ressources de réadaptation. Ces trousse devaient être distribuées aux UDI par les intervenants de première ligne.

#### 1.4 CADRE CONCEPTUEL SOUTENANT L'ANALYSE DE LA MISE EN OEUVRE DU PROJET

Pineault et Daveluy (1986) présentent un modèle structurel d'analyse qui permet de cerner les principaux éléments organisationnels à considérer lors de la mise en oeuvre d'un tel projet. Ce modèle, inspiré de celui de Scheirer (1981) présente trois niveaux structurels d'analyse: la prise de décision, la gestion et l'exécution. Pour faciliter la compréhension du présent texte, cette grille d'analyse a été utilisée. Elle permet de présenter les différentes étapes de la mise en oeuvre du projet montérégien. Cette grille rejoint les principales stratégies de mise en oeuvre du projet, à savoir, l'adhésion des milieux au projet (la décision), sa prise en charge par les établissements de santé (la gestion) et la production des services auprès des UDI (l'exécution). Selon Pineault et Daveluy (1986), à chacun de ces niveaux, divers éléments doivent être considérés.

Au niveau de la prise de décision, ces éléments sont: la présence d'un motif valable pour amorcer un changement dans l'organisation, la présence de sources de support internes et externes à l'organisation ainsi que la participation du personnel de première ligne à ce processus décisionnel. Au niveau de la gestion ou de la prise en charge d'un projet par le milieu, les composantes organisationnelles suivantes sont facilitantes: la nomination d'un responsable de la mise en oeuvre qui croit au

projet, la transformation des nouvelles tâches de façon standardisée et un plan de formation destiné au personnel de première ligne. Enfin, au niveau de l'exécution, la présence ou le développement d'habiletés nécessaires à l'exécution de la tâche et la motivation personnelle des intervenants participants constituent les principaux éléments organisationnels à considérer.

## 2. MÉTHODOLOGIE

Dans le but de décrire toute la mise en oeuvre de ce projet, plusieurs sources de données ont été utilisées. Elles sont résumées au tableau I selon les trois niveaux d'analyse présentés auparavant et en fonction des variables étudiées. Certaines sources ont permis de recueillir des éléments en lien avec un seul des niveaux, alors que d'autres ont été utiles à plusieurs niveaux. Nous les décrivons ici selon le contexte où ces données ont été obtenues.

**Tableau I**  
Sources de données employées  
selon les niveaux de la mise en oeuvre  
et les variables étudiées

		SOURCES DE DONNÉES								
Niveaux	Variables	Notes sur rencontres d'équipes	Observations lors de rencontres d'équipes	Comptes rendus de rencontres régionales	Questionnaire avant la formation	Question ouverte au début de la formation	Questionnaire en fin de formation	Questionnaire sur le fonctionnement	Feuille de route	Questionnaire aux usagers
Prise de décision	• Déroulement	✓	✓							
	• Identification des résistances des décideurs	✓	✓							
	• Reconnaissance de la pertinence et de l'urgence d'agir	✓	✓							
	• Reconnaissance du rôle de l'établissement	✓	✓							
	• Importance du réseau et du besoin de l'action collective	✓	✓							
	• Bilan	✓	✓							
Prise en charge	• Déroulement	✓	✓	✓						
	• Attitudes des intervenants face au sida	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
	• Attitudes des intervenants face aux UDI				✓		✓	✓		
	• Attitudes des intervenants face au projet				✓	✓	✓	✓		
	• Bilan	✓	✓	✓				✓		
Exécution	• Déroulement	✓	✓	✓						
	• Services offerts et description : nombre de troussees distribuées, heures d'ouverture	✓	✓					✓	✓	
	• Fonctionnement spécifique	✓						✓		
	• Perception quant au fonctionnement du projet	✓						✓		
	• Profil des usagers								✓	✓
	• Bilan	✓	✓	✓				✓	✓	

Plusieurs rencontres d'équipes se sont déroulées tout au long du projet. Des informations ont été tirées de notes, observations et comptes rendus de ces rencontres. On parle donc d'analyse de documents. Les participants à ces réunions variaient selon l'évolution du projet, mais il était possible d'y retrouver autant les responsables des DSCM, les responsables des sites d'échange et parfois, des intervenants de première ligne.

Lors des sessions de formations effectuées dans les CLSC au début du projet, trois outils ont été utilisés.

Dans un premier temps, un questionnaire anonyme auto-administré a été remis aux participants avant le début de la formation. Ce questionnaire a permis d'évaluer les attitudes des participants face au sida, aux UDI et leur réceptivité face au projet. Toutefois, ce questionnaire n'a pas été administré lors des premières sessions. Une description des réponses à ce questionnaire est présentée. Au total, 123 répondants provenant de 10 CLSC ont rempli ce questionnaire. La majorité des répondants était professionnelle (69 %) et était de sexe féminin (91 %). Les autres répondants étaient des membres du personnel de bureau (18 %), des auxiliaires (6 %) ou des coordonnateurs (2%).

En deuxième lieu, d'autres données sur les attitudes et sur la réceptivité des répondants au projet ont été obtenues à l'aide d'une question ouverte adressée aux participants lors de la première activité de la session de formation. Sur une feuille vierge distribuée à chacun, les participants devaient répondre de façon anonyme à la question suivante: «Quelle a été votre première réaction en apprenant que votre établissement allait participer à un projet de distribution et d'échange de seringues?» Une analyse qualitative de ces réponses a été effectuée qui a porté sur les réponses de 253 intervenants provenant de neuf CLSC.

Troisièmement, certaines informations ont été obtenues par le biais d'un questionnaire cherchant à évaluer la session de formation. Ce questionnaire était aussi anonyme et auto-administré aux participants de la formation, mais complété une fois la session de formation terminée. L'objectif premier de cette évaluation était d'ajuster le contenu de la formation, mais quelques questions ont été utiles afin de vérifier si des changements immédiats d'attitudes pouvaient être perçus. Une analyse descriptive des réponses pertinentes a été faite. Les réponses de 143 intervenants provenant de 12 CLSC ont été considérées.

En plus des outils mentionnés auparavant, deux autres outils ont aidé à récolter des renseignements sur la distribution des services et sur le fonctionnement général du projet. En premier lieu, un questionnaire a été envoyé à l'automne 1992, à deux répondants de chacun des sites dans les CLSC et CH participant au projet. Les cliniques médicales n'ont pas été sollicitées pour participer à cette cueillette d'informations. Le questionnaire s'adressait tout d'abord au responsable du projet dans le site et ensuite à un intervenant de première ligne, attiré à la remise de trousse. À l'aide des réponses aux questions ouvertes et fermées, la distribution de services et le déroulement général du projet ont été décrits. Une analyse descriptive des réponses a été effectuée à partir des 27 questionnaires retournés, provenant de 18 établissements différents, 15 CLSC et trois CH. Le taux de réponse global fut de 64 %, soit 72 % pour les CLSC et de 40 % pour les CH. Pour les responsables de projet des sites, le taux de réponse fut de 72 % tandis que pour les intervenants de première ligne ce taux fut de 57 %.

Parallèlement, une feuille de route a été utilisée à compter de l'été 1992, par les intervenants de première ligne de chacun des sites. À chaque visite où une trousse ou des seringues étaient distribuées, ces intervenants étaient invités à le noter sur cette feuille. Des informations supplémentaires sur les usagers du service, soit les UDI, étaient également colligées. Une analyse descriptive de ces données a été réalisée. Des informations sur 461 visites effectuées dans 10 CLSC et un CH, entre août 1992 et novembre 1993, ont été obtenues.

Finalement, un court questionnaire avec enveloppe de retour préaffranchie a été remis aux usagers UDI se présentant à un point de service, à compter de novembre 1992. Le questionnaire a été auto-administré, les personnes ont répondu de façon anonyme et renvoyé le questionnaire par la poste dans environ 30 % des cas, alors que dans 70 % des cas l'intervenant de première ligne a pris l'initiative d'administrer le questionnaire immédiatement à l'utilisateur, lors de sa visite, sans toutefois identifier le répondant sur le questionnaire. Un profil descriptif des usagers a été tracé à l'aide des données tirées de ce questionnaire et de certaines informations de la feuille de route: caractéristiques sociodémographiques, orientation sexuelle et habitudes de consommation de drogues. Également, des indications à l'égard de l'utilisation des services du projet ont été obtenues. Les résultats présentés reposent sur l'analyse descriptive de 70 questionnaires récupérés entre novembre 1992 et novembre 1993.

Il faut souligner que tous ces outils ont été mis en place pour apporter un regard continu sur tout le déroulement du projet, permettant aux instigateurs des DSCM d'en réajuster les stratégies et les activités de mise en oeuvre. Ils ont permis de repérer

les points forts et les points faibles de ce projet et provoqué des réflexions nourries tout au long de son évolution. Tous ces outils sont disponibles sur demande.

### 3. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés selon la grille d'analyse de Pineault et Daveluy (1986) concernant les étapes de la mise en oeuvre du projet. Il faut toutefois comprendre que même si les trois niveaux représentent globalement la chronologie du projet, dans les faits, des chevauchements dans les niveaux ont existé, autant à l'intérieur d'un même établissement qu'entre les établissements.

#### 3.1 ANALYSE DU PROJET AU NIVEAU DE LA PRISE DE DÉCISION

##### 3.1.1 Déroulement

Les responsables du projet des DSCM ont sollicité la participation des milieux ciblés, soit les dix CH et les 19 CLSC de la Montérégie. Le projet a été présenté à des personnes identifiées dans chacun des établissements ciblés. Ces personnes clés occupaient la plupart du temps une fonction d'autorité dans l'établissement. La présentation du projet s'est effectuée de différentes façons: par lettre, par appel téléphonique, par rencontre et s'articulait autour des points suivants: description de l'ampleur du problème de l'infection au VIH chez les UDI, exposé du projet et proposition d'y adhérer. Toute la latitude possible était laissée aux établissements quant aux aspects opérationnels du service à offrir, mais l'anonymat complet des usagers devait être respecté. Cette démarche s'est déroulée sur une durée de trois à huit mois.

##### 3.1.2 Réaction des personnes clés

La réaction des personnes clés à l'invitation des DSC peut se résumer en grands thèmes. Tout d'abord, les personnes clés reconnaissaient la pertinence et l'urgence d'une action face au problème du sida chez les UDI. Cependant, selon le type d'établissement, l'acceptation d'un rôle à jouer face au problème et aux moyens proposés par le projet était variable. En effet, les personnes clés des CLSC reconnaissaient davantage avoir une responsabilité à cet égard que celles des CH.

Des questions d'ordre moral et éthique étaient soulevées autant dans les CH que les CLSC: présomption de cautionner la consommation de drogues, d'encourager l'utilisation de drogues injectables et de participer à un comportement illégal. De plus, des craintes de voir des toxicomanes dangereux fréquenter les établissements ont aussi été exprimées.

### 3.1.3 Bilan

À cette étape, trois tendances différentes ont été constatées: l'acceptation inconditionnelle à prendre part au projet, l'acceptation sous conditions de participer au projet ou le refus d'y participer. Trois CH et trois CLSC ont accepté d'emblée de mettre en marche le projet dans leur milieu. Deux CLSC et trois CH ont refusé. La plupart des établissements ont alors manifesté le besoin de faire partie d'un réseau de sites d'échange de seringues, c'est-à-dire qu'ils ont lié leur participation à la participation des autres établissements, à une action collective. D'autres conditions ont été émises comme l'acceptation du projet par le personnel qui aurait une tribune pour s'exprimer ou bien une formation spécifique du personnel. Dans certaines localités où les CLSC ont hésité ou ont refusé de prendre part au projet, des cliniques médicales ont alors été sollicitées pour y participer.

## 3.2. ANALYSE DU PROJET AU NIVEAU DE LA PRISE EN CHARGE

### 3.2.1 Déroulement

À cette étape du projet, le rôle des responsables dans les DSCM s'est fait plus discret, la majeure partie du travail devait se faire par les personnes clés dans chacun des établissements pour lesquelles une rencontre régionale a été organisée. Elle avait pour but de favoriser la mise en commun des expériences des milieux engagés dans le projet.

Dès le départ, la prise en charge du projet a pris diverses formes selon les établissements. Dans les CLSC, des comités veillant à mettre en oeuvre le projet ont été instaurés, des personnes ont été désignées afin d'offrir le service et des sessions de formation ont été organisées. Ces sessions s'adressaient à certains intervenants cibles alors qu'ailleurs, la formation a été offerte à l'ensemble du personnel de l'établissement. Par le biais des formations, les personnes intéressées à prendre part au projet ont pu être identifiées. Dans les CH et les cliniques

médicales, la personne clé identifiée lors de la prise de décision ou la personne responsable du service d'urgence ont veillé à prendre le projet en charge. Dans les CH, des rencontres pour présenter le projet au personnel ont été organisées. Dans les cliniques médicales, aucune formation n'a été donnée.

Quinze formations ont été tenues dans 12 CLSC dont les thèmes étaient le sida, la toxicomanie et le projet d'échange et de distribution de seringues en Montérégie. Ces formations visaient le développement d'attitudes positives à l'égard des UDI et l'acceptation du projet USM. Le programme de la session de formation était le suivant: réactions des participants au projet, aspects biomédicaux du sida et importance du phénomène chez les UDI, présentation du projet d'échange et de distribution de seringues en Montérégie et ses particularités, aspects concrets de la toxicomanie et le témoignage d'un ex-toxicomane séropositif au VIH. Près de 500 intervenants (70 % professionnels, 20 % personnel de bureau et 10 % personnel-cadre) ont participé à ces sessions réparties sur une période d'environ 12 mois.

### 3.2.2 Attitudes des intervenants face au projet avant la formation

Comme pour les personnes clés, des appréhensions de même ordre se sont manifestées à l'égard du projet, chez les intervenants de première ligne qui ont répondu au questionnaire avant la formation. La moitié des intervenants disait être favorable au projet, alors que 17 % d'entre eux étaient d'emblée défavorables. D'autres étaient ambivalents ou se questionnaient face à un tel projet.

L'analyse détaillée de la réaction des répondants permet de constater que les personnes favorables ont limité leurs commentaires à l'approbation du projet. Parmi celles-ci, quelques unes ont tout de même déclaré avoir les compétences pour ce genre de projet (2 %), qu'elles voyaient une obligation morale à réaliser un tel projet (2 %) et que le projet leur semblait tout à fait pertinent (17 %).

Les personnes défavorables étaient pour leur part plus loquaces, les implications éthiques et morales ayant été mentionnées par chacune d'entre elles. La crainte d'agression a aussi été précisée par tous les opposants au projet. Un sentiment d'incompétence fut exprimé par 41 % des personnes défavorables. Environ le quart des personnes défavorables estimait que le projet n'était pas pertinent et qu'il ne pouvait fonctionner dans leur établissement. Des interrogations relatives au

fonctionnement du projet dans l'établissement ont aussi été indiquées par le quart des personnes ambivalentes.

Parmi les personnes qui se questionnaient, les aspects éthiques et moraux étaient unanimement soulevés. La plupart (70 %) disait s'interroger sur la pertinence du projet et sur son fonctionnement dans leur établissement. Ces personnes affirmaient toutes manquer de compétence pour participer à un tel projet. Enfin le quart d'entre elles craignait l'agressivité de la clientèle ou prévoyait que le projet fonctionnerait mal dans leur établissement.

Le tableau II présente plus précisément les sentiments des intervenants face au projet, exprimés dans le questionnaire avant la formation. Près des deux tiers des répondants semblaient heureux de participer à la lutte contre le sida grâce à ce projet (67 %) et ne croyaient pas être davantage à risque de contracter le sida (61 %), alors que près de la moitié des répondants ne ressentait ni peur (59 %) ni inquiétude (45 %) face au projet. Par contre, une plus faible proportion des répondants se sentait à l'aise avec l'idée du projet (37 %) et ne se percevait pas comme incompetent (32 %). Seulement le tiers d'entre eux percevait le support de son entourage face à un tel projet (30 %).

**Tableau II**  
Sentiments des intervenants face au projet UDI – sida Montréal  
source : questionnaire avant la formation N = 123 – 10 CLSC

SENTIMENTS	%			
	En accord	Indécis	En désaccord	Pas de réponse
Inquiet	23	10	45	22
Apeuré	6	11	59	24
Davantage à risque de contracter le SIDA	3	10	61	26
Incompétent	30	17	32	21
À l'aise	37	21	18	24
Supporté par l'entourage	30	26	17	27
Content de participer à la lutte au sida	67	13	2	18

De plus, dans certains milieux (CH et CLSC), les craintes soulevées par le projet furent si importantes que des actions visant à contrer la mise en oeuvre du projet ont été entreprises comme par exemple une pétition au conseil d'administration, des démarches syndicales ou une dénonciation aux médias. Cependant, ces événements ne constituèrent que des incidents isolés, ils sont survenus dans deux CH et deux CLSC.

### 3.2.3 Désir de s'impliquer dans le projet USM

Quand il a été demandé directement aux intervenants s'ils désiraient s'impliquer personnellement dans le projet, les résultats suivants ont été obtenus (tableau III). Seulement 9 % indiquaient ne pas vouloir s'impliquer, alors que 76 % disaient vouloir s'engager un peu ou beaucoup. D'une manière plus précise, 59 % des répondants signalaient être prêts à remettre eux-mêmes des seringues, mais 5 % des intervenants refusaient de remplir cette tâche.

Tableau III  
Désir de s'impliquer dans le projet  
source : questionnaire avant la formation N = 123 — 10 CLSC

ÉNONCÉS	%			
	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Pas de réponse
Si j'avais le choix, j'aurais tendance à m'impliquer dans le projet USM	31	45	9	15
Je suis prêt à remettre moi-même la trousse	Prêt	Refuse	Indécis	Pas de réponse
	59	5	20	16

### 3.2.4 Attitudes des intervenants face aux personnes atteintes du sida et aux UDI

L'attitude des intervenants de première ligne face aux UDI ou aux personnes atteintes du sida, si elle était négative, pouvait constituer une barrière importante à l'acceptation du projet. Dans le questionnaire administré avant la formation, ces attitudes ont été mesurées par le biais de six questions, tel que présenté au tableau IV.

**Tableau IV**  
**Attitudes des intervenants à l'égard des UDI**  
**et des personnes atteintes du sida**  
**source : questionnaire avant la formation N = 123 — 10 CLSC**

ÉNONCÉS	%							
	EN ACCORD		INDÉCIS		EN DÉSACCORD		PAS DE RÉPONSE	
	UDI	SIDA	UDI	SIDA	UDI	SIDA	UDI	SIDA
Je pense que les UDI ou personnes atteintes du sida sont des personnes...								
sensibles	67	58	14	19	10	10	9	13
attachantes	30	51	28	24	27	10	15	15
patientes	6	17	35	46	41	17	18	20
malchanceuses	28	49	24	17	31	21	17	13
délinquantes	36	9	21	18	28	54	15	19
agressives	24	12	37	28	25	42	14	18

Dans l'ensemble, seulement 31 % des répondants semblaient avoir une attitude positive face aux UDI. En effet, 67 % d'entre eux considéraient que les UDI étaient des personnes sensibles, 30 % des personnes attachantes, 28 % ne les percevaient pas comme des personnes délinquantes, 28 % les percevaient comme étant malchanceuses, alors que 25 % ne les croyaient pas agressives et 6 % les considéraient patientes.

Face aux personnes atteintes du sida, 45 % des répondants avaient une attitude plutôt positive. Ainsi, pour 58 % des répondants, les personnes atteintes seraient sensibles, plus de la moitié (54 %) ne croyait pas qu'elles soient délinquantes. 51 % les considéraient attachantes, 49 % malchanceuses et 17 % patientes. De plus, 42 % d'entre eux ne percevaient pas d'agressivité de la part des personnes atteintes du sida. On voit donc que les intervenants de première ligne semblaient avoir une attitude plus positive vis-à-vis les personnes atteintes du SIDA que vis-à-vis les UDI et ce, avant la formation.

Toutefois, après la formation, on constate que la majorité des intervenants s'est dit prête à accueillir une personne atteinte du sida sans crainte, soit 81 %, alors qu'une proportion légèrement plus faible se disait prête à accueillir sans crainte un UDI, soit 78 %. Enfin, 86 % des participants disaient avoir une meilleure compréhension du phénomène du sida après la formation, alors que 10 % trouvaient que la formation n'avait pas eu d'effet en ce sens. Les changements

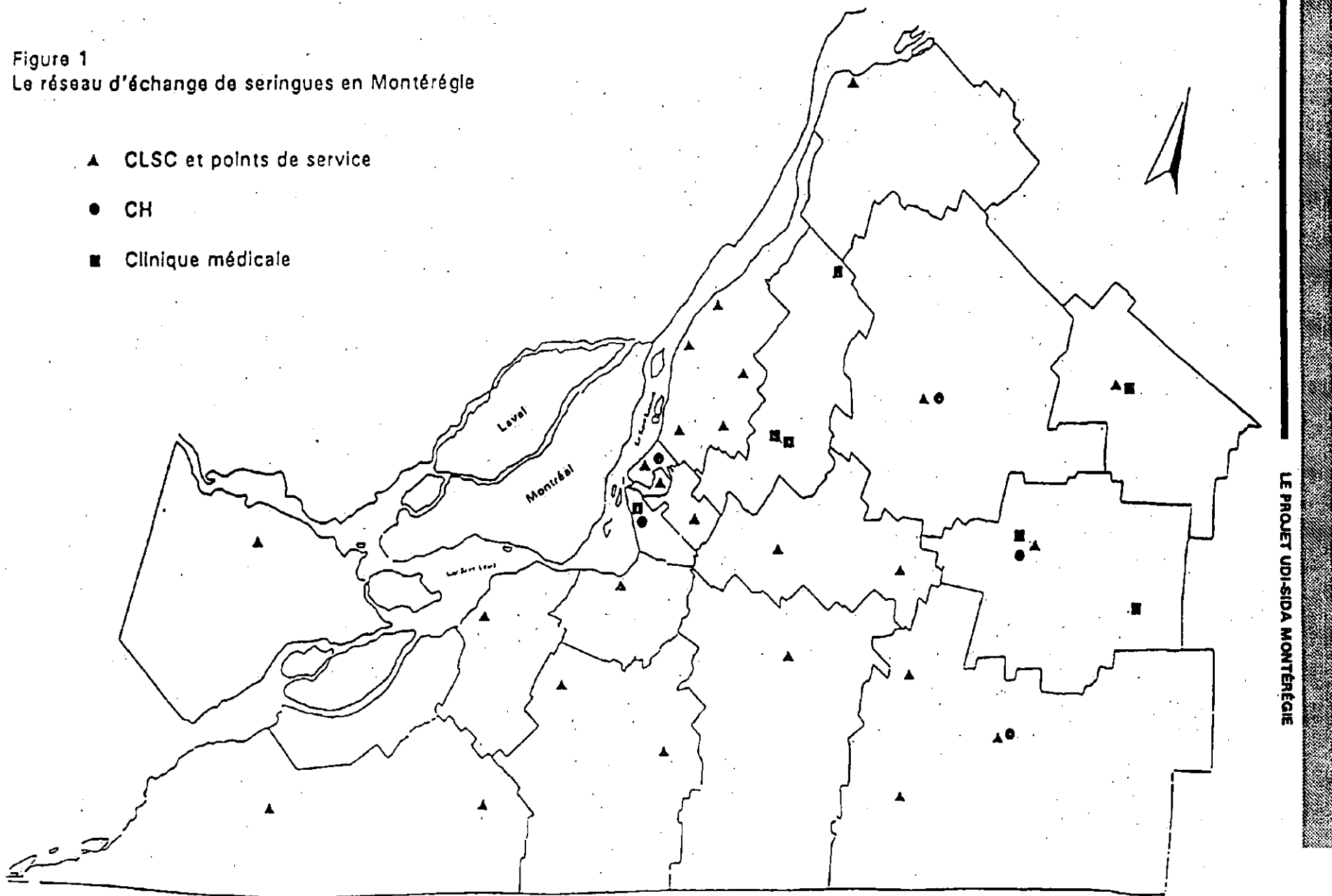
d'attitude relevés après la formation semblaient même persister à long terme d'après l'opinion des personnes qui ont répondu à l'automne 1992 au questionnaire sur le fonctionnement du projet. C'est surtout à l'égard des UDI que des changements d'attitude ont été rapportés. En effet, à la question «Croyez-vous que l'attitude des intervenants à l'égard des sidéens ou des UDI s'est modifiée depuis l'instauration du projet?», 26 % ont estimé que l'attitude des intervenants serait passée de négative à positive à l'égard des personnes atteintes du sida, alors que 48 % pensaient que l'attitude des intervenants était devenue positive face aux UDI.

### 3.2.5 Bilan

En définitive, l'étape de prise en charge a eu une durée d'en moyenne trois mois dans les quelques sites où la distribution a débuté plus rapidement, dès le début de 1991. Ailleurs, la durée la plus longue de la prise en charge a été de 18 mois, soit jusqu'à la moitié de 1992. Au terme de ce processus, le service d'accessibilité aux seringues stériles était offert aux UDI dans 37 sites. Le réseau montérégien, illustré à la figure 1, fut donc constitué à la fin du processus de prise en charge, de 16 CLSC sur une possibilité de 19, avec neuf points de service, de cinq CH sur les dix qui existent dans la région, en plus des sept cliniques médicales qui se sont ajoutées par la suite. La liste des sites d'échange se retrouve à l'annexe 1.

Figure 1  
Le réseau d'échange de seringues en Montérégie

- ▲ CLSC et points de service
- CH
- Clinique médicale



### **3.3. ANALYSE DU PROJET AU NIVEAU DE L'EXÉCUTION**

#### **3.3.1 Déroulement**

À cette phase du projet, un comité de coordination a été instauré. Ce comité fut composé de responsables des DSCM et de responsables du projet dans les établissements, dont les membres se réunissaient régulièrement afin de partager leurs expériences dans l'exécution du projet. Des rencontres régionales ont été organisées qui réunissaient autant des personnes responsables du projet dans les DSCM et les CLSC que des intervenants de première ligne qui effectuaient la distribution. Les DSCM fournissaient le matériel à chacun des établissements et continuaient d'assurer le support nécessaire.

#### **3.3.2 Services offerts**

Un aperçu des services offerts selon le type d'établissement (CLSC ou CH) est présenté au tableau V. Tout d'abord dans les CLSC, tous sauf deux, ont offert le service de distribution et d'échange de seringues durant toutes les heures d'ouverture de l'établissement, soit un nombre d'heures moyen quotidien inférieur à huit heures pour quatre CLSC, de huit à 12 heures dans les 11 autres CLSC. Dans huit CLSC, le service fut offert cinq soirs par semaine, alors que dans trois autres, le service fut disponible un, deux ou trois soirs par semaine respectivement. Seulement deux CLSC ont offert le service le samedi et un seul le dimanche. La plupart des visites effectuées en CLSC l'ont été durant l'après-midi et en soirée.

**Tableau V**  
**Services offerts**  
**selon les types d'établissements**  
**source : questionnaire sur le fonctionnement (N = 18, CLSC = 15, CH = 3)**

Heures où le service d'échange et de distribution de seringues est disponible		
	CLSC	Centre hospitalier
Aux mêmes heures où l'établissement est ouvert	13	3
Différentes des heures d'ouverture de l'établissement	2	--
Nombre d'heures moyen par jour où le service d'échange et de distribution de seringues est disponible		
< 8 heures	4	--
8 à 12 heures	11	--
> 12 heures	--	3
Nombre d'établissements offrant le service de distribution de seringues en dehors des heures ouvrables		
soirée	11 <sup>(1)</sup>	3
samedi	2	3
dimanche	1	3

(1) le service est offert deux soirs par semaine dans un CLSC, trois soirs dans un CLSC, quatre soirs dans un CLSC et cinq soirs dans huit autres.

Dans les CH, le service fut offert durant 24 heures et pendant les fins de semaine. Les visites se faisaient surtout en fin de soirée et au début de la nuit. Dans une ville, une entente est même intervenue entre le CLSC et le CH, ce dernier ne distribuait les trousseaux qu'en dehors des heures d'ouverture du CLSC. Quant aux cliniques médicales, aucune donnée n'est disponible à cet égard.

### 3.3.3 Fonctionnement

Dans environ la moitié des CLSC (45 %) et tous les CH, les trousseaux pouvaient être obtenues dans un lieu unique, alors que dans l'autre moitié des CLSC, plusieurs services de l'établissement étaient impliqués dans la distribution. Dans ces CLSC, les trousseaux étaient remises à l'accueil-réception, à l'urgence ou au module psychosocial. Elles pouvaient être données par le personnel de bureau, le personnel

infirmier ou le personnel psychosocial. Pour obtenir une trousse, un UDI ne s'adressait qu'à un seul intervenant dans la moitié des sites des CLSC, alors que dans les autres CLSC et tous les CH, il devait être en contact avec deux personnes.

La plupart du temps, une seule trousse était remise lors d'une visite, mais il pouvait arriver que plus d'une trousse soit donnée. Dans les sites à plus fort achalandage, c'est-à-dire dans cinq CLSC, de 1 à 20 seringues pouvaient être distribuées au même moment. Dans ces sites, environ de 20 à 50 visites par mois ont été effectuées.

Dans huit établissements (7 CLSC et un CH), aucune autre intervention, outre la remise des trousse n'a été effectuée. Ailleurs, dans les deux autres CH et huit CLSC, de l'information ou une référence à un autre service a pu être donnée. Seulement trois CLSC encourageaient le retour des seringues souillées. Dans environ 20 % des visites des UDI pour lesquelles l'information était disponible, des seringues souillées ont été retournées au moment de la distribution des seringues ou des trousse.

#### 3.3.4 Perception du fonctionnement du projet

Les perceptions rapportées ici proviennent des questionnaires des 27 responsables ou intervenants de première ligne du projet. Pour la moitié des personnes consultées, le projet fonctionnait bien. Les raisons de ce succès telles qu'exprimées par ces répondants étaient les suivantes: l'implication personnelle du responsable de l'établissement ou des responsables des DSCM (75 %), la formation offerte aux intervenants (15 %) et la simplicité du service offert (64 %). Pour les autres répondants, le projet fonctionnait mal à cause de difficultés relatives à la promotion du projet (80 %) ou parce qu'un nombre insuffisant de trousse avaient été distribuées (30 %). Un peu plus du tiers des répondants voyait un impact au projet, soit 37 %. Les impacts favorables identifiés par ces répondants étaient l'opportunité d'atteindre une clientèle non rejointe auparavant (40 %) et la création d'un moyen adéquat de prévention du sida (60 %). Mais une surcharge de travail a aussi été signalée comme impact au projet par 20 % des répondants.

### 3.3.5 Profil des utilisateurs du service

Quelques caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs sont disponibles. Les usagers étaient majoritairement des hommes célibataires, dont l'âge moyen se situait autour de 30 ans; la plupart des usagers du service étaient des clients assidus. En effet, au cours du projet, 75 % des visites ont été faites par des usagers qui avaient déjà bénéficié du service de distribution de seringues d'un site en CLSC.

Lorsqu'une trousse était remise, tous les usagers disaient se servir des seringues. La majorité semblait utiliser l'eau de javel (66 %), l'eau stérile (61 %) ou les tampons d'alcool (77 %). Seulement 47 % des usagers disaient utiliser les condoms et 29 % le lubrifiant.

Concernant les facteurs de risque, les usagers du service indiquaient dans 70 % des cas, n'avoir de relations sexuelles qu'avec des personnes du sexe opposé, 15 % avec des personnes de leur sexe ou autant avec des personnes de sexe opposé que celles de leur sexe. Seulement 11 % des usagers affirmaient ne pas avoir de relations sexuelles. Le tiers des usagers avait commencé à consommer des drogues à 14 ans ou moins, un autre tiers entre 15 et 19 ans et les derniers après 20 ans. Même si la plupart avait commencé à s'injecter après l'âge de 20 ans, 7 % affirmaient s'être injectés à 14 ans ou moins.

Une clientèle non visée initialement par le projet, est venue s'approvisionner; il s'agit de personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants. Comme le matériel distribué ne convenait pas à la voie d'administration utilisée par cette clientèle, les sites sollicités ont fourni eux-mêmes le matériel approprié.

### 3.3.6 Bilan

Au total, plus de 4000 troussees ont été distribuées à travers la Montérégie. Dans cinq CLSC et deux CH, le nombre de visites dans le cadre du projet fut plus important, alors que pour d'autres la distribution ne fut qu'occasionnelle. Enfin, dans deux CLSC, aucune demande de seringues n'a été faite par des UDI.

## 4. DISCUSSION

Nous avons, dans les sections précédentes, fait état de la mise en oeuvre du projet USM, en tenant compte du processus de prise de décision, de prise en charge et d'exécution de ce projet dans chacun des milieux. Nous avons observé que le degré de mise en oeuvre n'était pas uniforme d'un milieu à l'autre. Il nous semblait pertinent de discuter de nos observations quant à ces variations, en faisant ressortir les facteurs qui de près ou de loin auraient pu influencer ce degré de mise en oeuvre.

L'analyse du projet au niveau de la prise de décision dégage les faits suivants. Les personnes clés sollicitées au départ dans chaque établissement ont bel et bien reconnu la pertinence d'agir, mais ont aussi exprimé des résistances: questionnement sur le rôle de l'établissement surtout dans les CH, craintes d'encourager un comportement illicite et crainte de l'agressivité des toxicomanes. Des établissements ont tout de suite adhéré au projet, d'autres ont refusé d'y participer, mais la plupart ont préféré attendre la réponse des autres ou ont demandé de la formation pour leur personnel. Cette réponse mitigée et hétérogène selon les milieux pouvait être prévisible et s'expliquer de différentes façons.

Selon Pineault et Daveluy (1986) la présence d'un motif valable à l'amorce d'un changement dans une organisation, la présence de support interne et externe à l'organisation de même que la participation du personnel à la prise de décision peuvent être des facteurs déterminants lorsqu'on introduit un nouveau projet dans un milieu. Au début du projet montérégien, la présentation systématique et convaincante de la pertinence d'un tel projet aux personnes clés de chaque milieu a probablement facilité leur reconnaissance de l'importance et de l'ampleur du problème de la transmission du VIH chez les UDI. Ainsi sensibilisées, ces personnes clés ont pu juger la cause et le motif suffisamment valables pour tenter d'impliquer leur organisation dans une telle démarche. Par contre, les hésitations moins grandes des CLSC à participer au projet comparativement aux CH, pourraient s'expliquer par une plus grande convergence entre les objectifs du projet et la mission préventive de ces établissements de santé. Cette convergence a pu agir comme une source de pression interne suffisamment importante pour qu'on décide de s'impliquer. À l'inverse, les CH s'attribuant un rôle plutôt curatif, n'auraient pas ressenti de façon aussi évidente cette pression interne, voyant moins leur responsabilité à ce niveau.

D'autres sources de support ont pu avoir un effet favorable. Par la constitution d'un réseau, on souhaitait que l'interaction entre les personnes clés de chaque milieu soit

en elle-même un facteur de renforcement. C'est en quelque sorte ce que nous avons observé, puisque dans plusieurs milieux, l'adhésion au projet était conditionnelle à la participation d'autres établissements. De plus, les pressions positives de certains groupes externes comme les corps policiers et le Centre de réadaptation de la Montérégie (sources crédibles impliquées dans la lutte à la toxicomanie) sont venues amoindrir les résistances de certains milieux et leur donner l'assurance d'un appui et d'un soutien tant au niveau moral que légal.

Quant à la participation du personnel à la prise de décision, l'analyse effectuée nous laisse croire qu'elle a été relativement restreinte. Quoique dans certains cas la formation offerte au début du projet permettait une certaine consultation du personnel, en général, le personnel de première ligne n'a pas été invité à participer au processus de décision, les DSCM n'ayant aucune autorité pour imposer l'implication de ce personnel à ce niveau. Cette participation du personnel aurait pu être un facteur favorisant l'engagement de ce dernier dans la mise en oeuvre. Comme elle fut absente, il est possible que les résistances manifestées par les intervenants de première ligne lors de la prise en charge soient le résultat de cette lacune. Le même raisonnement pourrait s'appliquer à l'égard de la stratégie visant l'adhésion des établissements au projet des DSCM. En effet, si les personnes clés avaient participé dès le départ à l'élaboration et à la planification du projet USM, les résistances rencontrées lors de la prise de décision auraient pu être moins grandes.

Pineault et Daveluy (1986) mentionnaient que le processus de prise en charge d'un projet peut être facilité par la nomination d'un responsable de la mise en oeuvre, par l'existence de procédures standardisées concernant les nouvelles tâches à accomplir et par la dispensation d'une formation aux intervenants de première ligne. Dans ce projet, les personnes clés identifiées lors de la prise de décision ont eu aussi la responsabilité de la prise en charge. Sans que nous ayons pu obtenir les caractéristiques de ces individus, il est probable que leurs habiletés à introduire un changement, leur formation, leurs convictions personnelles face à la pertinence et à la valeur du projet et leur style de gestion aient influencé le degré de prise en charge du projet dans chacun des milieux. En ce qui concerne la possibilité d'avoir une description formelle et uniforme des nouvelles tâches à accomplir, aucune proposition concrète n'a été faite par les DSCM, en raison de la diversité des milieux ciblés et dans le but de respecter la culture organisationnelle de chaque établissement. Comme des appréhensions sur le fonctionnement du projet ont été mentionnées par certains intervenants, il est possible que l'absence d'une description de ces nouvelles tâches ait rendu la prise en charge plus ardue. Par contre à cette étape du processus, on a remarqué l'importance accordée à la formation destinée au personnel de première ligne

par les DSCM et les CLSC. Cette formation a été privilégiée pour contrer les résistances des intervenants. Certains étaient en faveur du projet, d'autres étaient défavorables. Les craintes d'agression étaient soulignées et des intervenants affirmaient manquer de compétence pour participer à un tel projet. Malgré tout la plupart des intervenants désiraient s'impliquer, même s'ils avaient au départ une attitude plutôt négative à l'égard des personnes atteintes du sida et des UDI. Un changement d'attitude est constaté après la formation, surtout à l'égard des UDI et a semblé persister dans le temps. Cette formation a certes eu un impact important au niveau de la prise en charge du projet, puisqu'à la fin de cette étape, le réseau était constitué de 37 sites d'échange et de distribution de seringues à travers la Montérégie.

Concernant l'étape de l'exécution du projet, Pineault et Daveluy (1986) soulignaient à quel point les habiletés des intervenants à effectuer la nouvelle tâche et leur motivation à s'y impliquer étaient des facteurs déterminants. La première composante pourrait être traduite dans le contexte du projet montréalais par les habiletés du personnel à intervenir auprès des UDI. En effet, les intervenants de première ligne (personnel infirmier ou le personnel psychosocial) possédaient déjà des habiletés de base que la formation d'appoint sur le contexte du VIH et sur les pratiques de consommation sécuritaires ont possiblement améliorées. Quant à la motivation des intervenants, il est possible que la tenue de la formation ait été déterminante, mais les informations disponibles ne permettent pas de confirmer cette hypothèse. Malgré tout, à la fin du projet, plus de 4000 trousses avaient été distribuées à travers la Montérégie.

## CONCLUSION

Les résultats obtenus permettent d'affirmer que les objectifs poursuivis par les DSCM ont été atteints, à savoir, augmenter l'accessibilité au matériel d'injection stérile et permettre aux UDI d'avoir accès à un professionnel de la santé. Ils démontrent également la faisabilité d'un projet adapté aux diverses contraintes régionales. Ils soulignent la contribution exceptionnelle du réseau d'établissements de la santé à la résolution d'un problème de taille.

Malgré les limites de l'approche choisie, nous croyons avoir été en mesure de décrire les différentes étapes de la mise en oeuvre du projet USM, espérant que ces observations puissent être utiles à la planification d'autres projets à l'intention des UDI. Tel qu'énoncé dans la discussion, il serait intéressant dans l'avenir d'explorer davantage les contraintes organisationnelles ou encore de chercher à comprendre par exemple quels sont les facteurs qui expliquent pourquoi ce genre de service est plus utilisé à certains endroits et inutilisé à d'autres. Aussi, l'appréciation du service par la clientèle devrait être recueillie et pourrait constituer un élément important dans l'analyse d'un tel projet. Enfin, l'évaluation d'impact de ce type de projet en termes de changements de comportements et d'amélioration de l'état de santé des UDI devrait être envisagée.

Devant l'urgence d'agir et face à l'ampleur du problème de l'infection au VIH et du sida chez les UDI, des solutions novatrices comme celle préconisée par le projet USM se doivent de voir le jour. Le projet USM a su tirer profit des contraintes spécifiques à la région: vaste territoire où se côtoient les milieux urbains, semi-urbains et ruraux et quantité de ressources limitées. Trop souvent, l'absence de données épidémiologiques ou les restrictions dans les ressources sont évoquées pour freiner l'éducation à la santé. Au contraire, elles peuvent permettre l'émergence de réponses créatives et adaptées constituant un gain marqué dans la lutte au sida.

## RÉFÉRENCES

Alary, M. (1990). Épidémiologie. In C. Olivier & R. Thomas (Ed.), *Le sida: un nouveau défi médical*, (pp. 111-142). Ste-Anne-de-Bellevue: Association des médecins de langue française du Canada.

Arcand, L. (1990). *Sexe, drogue et sida*. Manuscrit non publié. Montréal: DSC Maisonneuve-Rosemont.

Auger, S., Guay, M., Lambert, L., Longpré, D., Masson, P.A., Thomas, R. (1990). *Projet d'intervention chez les usagers de drogues injectables (UDI) en Montérégie. Demande de subvention au Centre québécois de coordination sur le sida*. Saint-Jean-sur-Richelieu: D.S.C. de l'hôpital du Haut-Richelieu.

Bardsley, J., Turvey, J., Blatherwick, J. (1990). Vancouver's Needle Exchange Program. *Canadian Journal of Public Health*. 81, 39-45.

Bergeron, L. & Guay, M. (1993). L'infection au VIH et le SIDA. *Québec Pharmacie*. 40, 63-72.

CDC (1990 a). Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome - United States, 1989. *MMWR*. 39, 81-86.

CDC (1990 b). Risk Behaviours for HIV Transmission among Intravenous-Drug Users Not in Drug Treatment - United States, 1987-1989. *MMWR*. 39, 273-276.

Chitwood, D.D., McCoy, C.B., Inciardi, J.A., McBride, D.C., Comerford, M., Trapido, E., McCoy, H.V., Page, J.B., Griffin, J., Fletcher, M.A., Ashman, M.A. (1990). HIV Seropositivity of Needles from Shooting Galleries in South Florida. *American Journal of Public Health*. 80, 150-152.

Cloutier, R., Valiquette, L., Auger, S. (1993). Le pharmacien et la lutte contre le sida chez les utilisateurs de drogues injectables. *Québec Pharmacie*. 40, 13-19.

Dengelegi, L., Weber, J., Torquato, S. (1990). Drug Users' AIDS-Related Knowledge, Attitudes and Behaviours Before and After AIDS Education Sessions. *Public Health Reports*. 105, 504-510.

Des Jarlais, D.C. & Friedman, S.R. (1990). Shooting Galleries and AIDS: Infection Probabilities and "Tough" Policies. *American Journal of Public Health*. 80, 142-144.

Drucker, E. (1986). Aids and addiction in New-York City. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 12, 165-181.

Friedman, S.R., Des Jarlais, D.C., Sotheran, J.L. (1986). AIDS Health Education for Intravenous Drug Users. *Health Education Quarterly*. 13, 383-393.

Hankins, C., Gendron, S., St-Pierre, S., Richard, C., O'Shaughnessy, M., Benoit, M. (1989). Risk factors associated with HIV infection among women incarcerated in a medium security prison. V<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Montréal, Résumé M.A.P. 23.

Lewis, D.K., Watters, J.K., Case, P. (1990). The Prevalence of High-Risk Sexual Behavior in Male Intravenous Drug Users with Steady Female Partners. *American Journal of Public Health*, 80, 465-466.

Magura, S., Grossman, J.I., Lipton, D.S., Siddiqi, Q., Shapiro, J., Marion, I., Amann, K.R. (1989). Determinants of Needle Sharing among Intravenous Drug Users. *American Journal of Public Health*. 79, 459-462.

Nadel, M.V. (1993). Needle Exchange Programs: Research Suggests Promise as an AIDS Prevention Strategy. Washington D.C.: U.S. General Accounting Office.

O'Brien, M. (1990). Needle Exchange Programs: Ethical and Policy Issues. *AIDS & Public Policy Journal*. 4, 75-82.

Pineault, R. & Daveluy, C. (1986). La planification de la santé - concepts, méthodes, stratégies. Montréal: Agence d'ARC Inc.

Raineri, I., Senn, H.P., Scheidegger, C., Hornung, R., Lüthy, R., Vogt, M. (1989). Detection of HIV-1 from needles discarded by IV drug users in Zurich and Basel using polymerase chain reaction. Assessment of in vitro infectivity. V<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Montréal, Résumé Th.A.P. 111.

Remis, R.S. (1993). Surveillance des cas du SIDA, Québec, cas cumulatifs 1979-1993: Mise à jour no 93-3. Montréal: Centre québécois de coordination sur le sida.

Remis, R.S. & Roy, E. (1991). Bilan des connaissances sur l'épidémie du sida et de l'infection au VIH au Québec. Montréal: Centre d'études sur le sida. Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, ISBN: 2-550-22624-0.

Scheirer, M.A. (1981). Program Implementation: the Organizational Context. Beverly Hill, Ca: Sage Publications.

Viens, C. (1990). Objectif 10: Réduire de 15 % la consommation d'alcool per capita d'ici l'an 2000 - État de la situation et propositions pour la région de la Montérégie. Manuscrit non publié. Saint-Jean-sur-Richelieu: D.S.C. de l'hôpital du Haut-Richelieu.

## **LEXIQUE (Toxicomanie)**

### **BAD TRIP**

Argot, synonyme de mauvais voyage réaction désagréable à l'effet d'une drogue.

### **BUZZ**

Argot, désigne ce que l'on ressent lorsque la drogue a un effet doux, mais constant, comme celui du cannabis.

### **CAP**

Argot, synonyme de capsule de drogue.

### **COCO, COKE**

Argot, synonyme de cocaïne.

### **DÉLIRE**

Ensemble de conceptions ou de croyances qui s'écartent du sens commun et dont l'élaboration est liée à la prédominance pathologique des données subjectives sur les données objectives.

### **DÉPENDANCE OU ASSUÉTUDE**

La dépendance ou assuétude est caractérisée par un besoin impérieux qui pousse l'individu à consommer un psychotrope en dépit des effets nocifs qui y sont associés et qui ont une incidence sur plusieurs aspects de sa vie (vie sociale, familiale, professionnelle, etc.).

Les paramètres de la dépendance sont exposés de façon globale dans le DSM III R. On parle de dépendance lorsqu'on observe trois des paramètres suivants sur une période d'au moins trois mois, et de façon répétitive sur une plus longue période de temps:

- Consommation importante d'un psychotrope ou sur une période supérieure à l'intention initiale.
- Désir persistant ou tentative(s) infructueuse(s) de réduction ou de contrôle de l'usage d'un psychotrope.
- Le sujet consacre un temps considérable à l'obtention de la substance, à sa consommation ou à la récupération de ses effets.
- Symptômes d'intoxication ou de sevrage se manifestant fréquemment quand le sujet a des obligations majeures à remplir.
- Activités sociales, professionnelles ou de loisirs abandonnées ou réduites à cause de l'usage de psychotropes.

- Poursuite de l'usage de psychotropes malgré la connaissance de problèmes physiques, sociaux ou psychologiques causés ou exacerbés par ces substances.
- Tolérance marquée.
- Présence de symptômes de sevrage caractéristiques.
- Substance consommée souvent dans le but d'éviter ou d'atténuer les symptômes de sevrage.

La plupart des individus qui présentent des symptômes de dépendance sont dans l'impossibilité de revenir à une consommation modérée. C'est pourquoi, dans un processus de réadaptation, on recommande l'abstinence.

### **DÉPENDANCE PHYSIQUE**

Besoin physiologique irrésistible résultant de l'absorption continuellement répétée d'une drogue.

État adaptatif d'un consommateur dont l'organisme a besoin d'une drogue pour fonctionner, étant habitué à sa présence dans le sang.

L'arrêt brusque de l'administration de la drogue entraîne l'apparition de troubles physiques appelés symptômes de sevrage ou état de manque.

### **DÉPENDANCE PSYCHOLOGIQUE**

État d'un consommateur qui affiche une obsession en regard de la consommation de drogue.

Cet état est caractérisé par une envie intense de consommer et de sentir les effets de la drogue; il est variable suivant le produit et l'usager.

État dans lequel existe un besoin psychique irrésistible de faire un usage périodique ou continu de psychotrope, sans quoi un sentiment de vide et de désespoir s'installe; la consommation entraîne une satisfaction qui exige l'administration périodique ou continue de la drogue pour se maintenir ou pour l'évitement d'un malaise.

La dépendance physique est un puissant agent de renforcement de l'influence de la dépendance psychique en cas de continuation de l'usage de la drogue ou de rechute après une tentative de sevrage.

### **DOWN**

Argot, désigne le sentiment de dépression consécutif à l'usage de la drogue. Cet état dépressif suit celui d'euphorie ou d'excitation engendré par certaines substances.

### **DROGUE**

Toute substance naturelle ou synthétique qui, de par sa composition chimique, peut modifier la structure ou le fonctionnement d'un être vivant, en altérant ses réactions physiologiques et psychologiques.

Une drogue psychoactive, ou psychotrope, agit sur le système nerveux central pour modifier le comportement du consommateur (perceptions, jugement, humeurs, émotions, sentiments, etc.).

### **DROGUE ANTAGONISTE**

Drogue qui inhibe ou entrave certains effets d'une autre drogue.

### **FIX, HIT, SHOOT**

Injection d'héroïne (blanche le plus souvent) ou d'autres drogues telles la cocaïne, l'alcool ou les stéroïdes mélangée à de l'eau ou du jus de citron; le terme hit désigne en général une injection plus violente, dont l'effet est plus intense.

### **FLASH**

Argot, signifie subir le premier effet après l'ingestion de drogue.

### **FLASHBACK OU RÉCURRENCE**

Argot, désigne la répétition ou le brusque retour des effets d'une drogue sans nouvelle administration du produit. Ce phénomène se retrouve surtout chez les personnes qui ont longtemps consommé du LSD.

### **FLÛTE**

Argot, désigne une seringue hypodermique.

### **FREEBASE**

Argot, désigne le procédé d'extraction de la cocaïne pure du produit dilué acheté chez le pusher. La poudre blanche ainsi obtenue est ensuite fumée dans une pipe à eau; les vapeurs respirées provoquent en quelques secondes une secousse quasi-orgasmique (rush) de très courte durée.

### **HALLUCINATION**

Perception imaginaire en l'absence d'un stimulus extérieur (perception sans objet).

### **HALLUCINOSE**

Pseudo-hallucination, perception sans objet et sans croyance délirante, au cours de laquelle le sujet a conscience du caractère pathologique de cette perception.

### **HIGH**

Argot, désigne l'état euphorique atteint sous l'influence des drogues.

## **HORSE**

Argot, désigne l'héroïne.

## **ILLUSION**

Fausse apparence produite par une impression existante (ce qui l'oppose à l'hallucination qui est sans objet) mal interprétée et prise pour une perception exacte.

## **JUNKIE**

Argot, désigne une personne qui consomme une drogue par injection et, plus particulièrement, l'héroïnomane.

## **MESC**

Argot, synonyme de mescaline, ingrédient actif du cactus peyolt que l'on ne retrouve pour ainsi dire jamais sur le marché noir qui lui substitue le PCP.

## **MÉTHADONE**

Narcotique synthétique utilisé pour le traitement des surconsommateurs d'opiacés, principalement l'héroïne.

La méthadone supprime les symptômes de sevrage, l'injection de drogue étant remplacée par une dose équivalente de méthadone prise par voie buccale; cette dose est ensuite réduite pendant une période de dix à quatorze jours, puis les toxicomanes sont stabilisés avec une dose d'entretien. Cette stabilisation a une durée variable de six mois à deux ans. Il a été démontré que les programmes de méthadone sont inefficaces s'ils ne sont pas accompagnés d'un suivi thérapeutique.

## **MUSH, MUSHROOMS**

Argot, synonyme de champignons magiques, psilocybine.

## **O.D.**

Argot, synonyme de overdose, surdosage.

## **OVERDOSE**

Absorption d'une trop grande quantité de drogue (en français, on emploie le terme surdosage).

## **PCP**

De son vrai nom phencyclidine, le PCP fut initialement breveté comme anesthésique, en 1958, puis abandonné chez l'humain pour être confiné au domaine vétérinaire, à partir de 1967. Il se retrouve depuis comme produit de synthèse illicite de type hallucinogène,

rarement identifié comme tel sur le marché noir où on le fait passer pour du LSD (acide) ou de la mescaline (mesc).

### **PLACEBO**

Agent dépourvu d'efficacité thérapeutique objective mais pouvant agir par un mécanisme psychologique ou psychophysiologique si le sujet croit recevoir un traitement actif.

Il s'agit d'une substance pharmacologiquement inerte; une réponse placebo est la capacité que possède une personne de répondre à un traitement placebo.

### **POINT**

Argot, désigne un dixième de gramme d'héroïne; en 1994, le prix au Québec varie de 40 à 60 \$ le point, selon la qualité, la pureté et la disponibilité du produit.

### **POUDRE**

Argot, désigne la cocaïne ou l'héroïne.

### **PSYCHOTROPE**

Substance pouvant altérer, de par son action sur le système nerveux central (SNC), les perceptions sensorielles, la conscience, le fonctionnement intellectuel (cognitif), le fonctionnement social de celui qui la consomme.

Souvent compris comme un synonyme de drogue, les psychotropes agissent directement ou de façon périphérique sur les facultés nerveuses supérieures, responsables du rapport de l'individu à l'environnement; ainsi, l'humeur, les fonctions psychologiques telles le jugement, le raisonnement et le contrôle des émotions et le comportement global de l'individu peuvent être soumis à des actions de trois types, soient: dépressives, stimulantes ou perturbatrices.

### **RUSH**

Expérience intense vécue dans les secondes suivant l'injection d'une drogue, au moment où celle-ci a un effet immédiat et très prononcé, comme celui de la cocaïne ou des opiacés. Les héroïnomanes comparent volontiers ce plaisir intense à un orgasme.

### **SEVRAGE**

Action de priver un toxicomane de sa drogue habituelle lors d'une phase de désintoxication.

Le syndrome de sevrage décrit le fonctionnement anormal de l'organisme et l'ensemble des manifestations caractéristiques désagréables, d'ordre physique ou psychique, (telles crampes, insomnies, vomissements, hallucinations, sueurs, perte d'appétit, etc.) survenant lors de la suppression de la drogue chez un sujet en état de dépendance à l'égard de celle-ci.

Certains sevrages doivent être surveillés ou supervisés médicalement.

### **SHOOTER**

Argot, synonyme de faire une injection intraveineuse de drogue.

### **SHOOTING GALLERY**

Argot, désigne un lieu clandestin où les consommateurs achètent de petites quantités de drogues, souvent pour s'injecter ou consommer sur place. Le mot piquerie est le terme français correspondant.

### **SMACK**

Argot, synonyme de héroïne.

### **SNIFFER**

Action de renifler, priser une substance, le plus souvent de la cocaïne, de l'héroïne ou de la phencyclidine (PCP).

### **SPEEDBALL**

Consommation simultanée de cocaïne et d'héroïne. Pour les amateurs de sensations fortes, l'effet est très attirant, brusque et très intense, un gros "rush": la stimulation de la cocaïne sans la tension nerveuse qui l'accompagne.

### **TOLÉRANCE**

Phénomène biologique par lequel des doses croissantes ou de plus en plus rapprochées d'un produit psychotrope sont nécessaires, dans une période de temps donnée, pour produire un même effet chez une personne, sans dommage apparent à court terme; l'organisme acquiert généralement cette tolérance progressivement.

La tolérance est observée dans le contexte de la consommation régulière des substances suivantes: alcool, amphétamines et leurs dérivés, barbituriques, benzodiazépines, cannabis, cocaïne, inhalants, opiacés, phencyclidine.

La tolérance à une substance donnée présuppose une consommation assidue de cette substance sur une période de temps qui est directement proportionnelle à l'importance du phénomène observé.

### **TOLÉRANCE CROISÉE**

Tolérance à une drogue résultant de l'utilisation d'une autre drogue possédant en général une structure chimique ou des propriétés pharmacologiques voisines.

Ainsi, on remarque le phénomène entre les différentes substances d'une même classe, par exemple entre différentes sortes de benzodiazépines ou entre l'alcool et les opiacés.

## TOLÉRANCE INVERSÉE

Réaction selon laquelle l'effet d'une certaine drogue augmente avec l'usage de cette drogue. La tolérance métabolique permet d'expliquer le phénomène de la tolérance inversée: l'usage régulier d'un produit pendant plusieurs années entraîne à long terme, dans certains cas, une toxicité pouvant affecter l'organe assurant le métabolisme de cette substance, par exemple le foie pour l'alcool. Ainsi, un alcoolique atteint d'hépatite chronique peut voir diminuer de façon très importante sa tolérance métabolique, d'où la tolérance inversée.

## TOXICOMANIE

État général périodique ou chronique de dépendance à l'égard de la drogue, besoin irrésistible qu'éprouve une personne de consommer une drogue à doses et à fréquence croissantes, même si elle est consciente des risques ou dangers associés à sa consommation.

les caractéristiques de la toxicomanie sont notamment:

- Un irrésistible désir ou besoin de continuer à consommer la drogue et de s'en procurer par tous les moyens;
- Une tendance à augmenter les doses;
- Une dépendance psychologique et possiblement physique à l'égard des effets de la drogue;
- Des effets nuisibles à l'individu, à son entourage et à la société.

Rédigé par Pierre Paquin  
à partir des références suivantes:

- ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL DU QUÉBEC-ACAO- (1991). *Alcoolisme et toxicomanie, manuel d'orientation*. Montréal, Commission des centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, 34 pages.
- CENTRE DE RÉADAPTATION ALTERNATIVES (1985). *L'ABC d'ABCRA*. Livre de base pour la formation des bénévoles. Montréal, 49 pages.
- CORMIER, D. (1984). *Toxicomanies: styles de vie*. Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, 174 pages.
- CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1976). *Les toxicomanies autres que l'alcoolisme*. Montréal, CPMQ, 54 pages.
- FORGET, D. et LAVOIE, L. (1992). *Toxicomanies, notions de base et drogues psychotropes*. Manuel-guide du CEGEP de St. Jérôme, 118 pages.
- GIROUX, C. (1988). Les substances psycho-actives: repères pharmacologiques et physiologiques. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume I* (37-62). Boucherville: Gaëtan Morin.
- LE DAIN, G. ET coll. (1970). *Rapport final de la commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*. Ottawa, Département des impressions et de la papeterie publique, 1160 pages.

# LEXIQUE (Sida)

Tiré de: CQCS (1993). *Programme de formation sur le sida, pour une vision humaniste de l'intervention.*

Québec, MSSS: 183-185.

## Lexique

### Anticorps

Substance sécrétée par certaines cellules du système immunitaire, dont les lymphocytes B, en réaction à l'agression contre l'organisme par des antigènes. Chaque anticorps est spécifique d'un antigène (l'anti-VIH est spécifique au VIH).

### Antigène

Substance étrangère qui pénètre dans un organisme et engendre une réaction qui se traduit en particulier par la production de protéines spécifiques (les anticorps) douées de propriétés défensives ou simplement «identificatives». Le VIH provoque la formation d'anti-VIH qui indiquent que le virus est présent dans l'organisme. Ex : antigène VIH.

### Contamination

Présence d'un microbe sur des surfaces, des objets ou dans des lieux physiques. Parfois on appelle aussi contamination le moment où un microbe pénètre dans un organisme vivant.

### Counselling post-test

Intervention effectuée au moment de l'annonce du résultat du test anti-VIH. Aussi important que le counselling prétest, il permet à l'intervenant d'aider le client à «s'ajuster» au résultat.

### Counselling prétest

Intervention effectuée avant de prescrire le test anti-VIH et qui permet à l'intervenant d'évaluer le client par rapport à ses raisons de désirer subir un test, à ses facteurs de risque, à sa situation affective, à ses connaissances sur le VIH, à ses mesures de prévention, à ses besoins... etc.

### Criblage sérologique

Passage au crible systématique du sang destiné à la transfusion pour éliminer celui qui contient des anticorps du VIH.

### Décèlement

Voir détection.

### Déclaration

Acte réglementé qui oblige tous les médecins à déclarer aux autorités de santé publique les cas de sida. La déclaration est non nominative et doit être faite dès qu'un cas rencontre la définition du sida selon la nomenclature reconnue au Canada. La déclaration comporte deux étapes : la déclaration proprement dite et la validation. Au Québec, seuls les cas de sida doivent être déclarés et non ceux de séropositivité.

### Dépistage

Terme communément utilisé pour parler de détection des anticorps anti-VIH. On lui préfère détection, le terme dépistage pouvant porter à confusion puisqu'il signifie aussi, pour certains, la recherche active de personnes séropositives (sérologie systématique), recherche qui est faite sans raison valable du point de vue de la santé publique. Traditionnellement, le mot dépistage a pour les microbiologistes un sens différent et fort utile et fait référence à une technique de laboratoire. Il correspond alors à l'action de distinguer rapidement, économiquement et de façon commode les sérums qui sont réactifs de ceux qui sont non réactifs.

### Détection (ou décellement)

Acte qui consiste à prescrire une épreuve sérologique justifiée à une personne présentant un ou des facteurs de risque et qui permet de connaître l'état séro-immunologique réel ou potentiel de cette personne.

### Éclipse sérologique

Période durant laquelle l'organisme fabrique des anticorps anti-VIH sans que l'épreuve sérologique (test anti-VIH) ne permette de les détecter, car les anticorps ne sont pas encore en quantité suffisante pour être décelés. La période d'éclipse sérologique dure en moyenne trois mois. Il s'agit d'une période de fausse négativité et le VIH est transmissible durant cette période.

### Endémie

Présence habituelle dans une région ou dans une population d'une maladie donnée qui y sévit de façon constante ou périodique\*.

\* A. Jammal, R. Allard et G. Loslier, *Dictionnaire d'épidémiologie*, St-Hyacinthe, Edisem inc., 1988.

**Épidémie**

Accroissement du nombre de cas de toute maladie ou de tout autre problème de santé\*\*.

**Facteur de risque (en ce qui concerne le VIH)**

Événement, caractéristique, situation, comportement ou geste qui mettent une personne en contact direct avec des liquides ou des solides organiques potentiellement infectieux.

**Identification nominative**

Le nom de la personne est connu.

**Identification non nominative**

Le nom de la personne n'est pas connu, il est remplacé par un code.

**Immunodéficience**

Situation où le plus important système de défense naturelle de l'organisme, le système immunitaire, est attaqué, s'effondre et ne peut plus se défendre.

**Immunosuppression**

État d'immunodéficience causé par des médicaments ou une exposition à des radiations.

**Infection**

Présence et multiplication d'un microbe pathogène dans un organisme vivant.

**Liquide organique infectieux**

Liquide humain contenant une quantité suffisante de VIH pour permettre l'infection.

**Pandémie**

Épidémie affectant un grand nombre de pays sans nécessairement toucher un grand nombre d'habitants dans chacun de ces pays\*\*\*.

**Période d'incubation**

Période où le VIH est en attente dans les cellules. Cette période est comprise entre l'infection aiguë par le VIH et l'apparition des premiers symptômes ou signes du sida ou de l'infection symptomatique chronique par le VIH. Ce temps varie actuellement de quelques mois à 10 ans.

**Personne atteinte du sida**

Désigne spécifiquement les personnes infectées par le VIH qui ont développé un sida.

**Personne infectée par le VIH**

Désigne toute personne infectée par le VIH, quel que soit son état de santé et qu'elle soit en période d'infection asymptomatique chronique, d'infection symptomatique chronique ou de sida.

**Prévention primaire**

Prévention qui a lieu avant que l'agent agresseur n'attaque la personne ou ne puisse la rejoindre.

**Prévention secondaire**

Prévention visant à mettre en place les mesures propres à éviter ou à diminuer les effets secondaires qui suivent une attaque par un agent agresseur.

**Prévention tertiaire**

Prévention qui vise à pallier les effets de la maladie une fois qu'elle s'est installée.

**Proche**

Désigne toute personne de l'entourage d'une personne infectée par le VIH ou atteinte du sida, ce qui inclut les membres de la famille nucléaire et de la famille reconstituée.

**Séroconversion**

Passage de la séronégativité à la séropositivité.

**Sérologie**

Examen de sang (plus particulièrement du sérum) qui permet de détecter la présence d'anticorps contre une substance étrangère telle un microbe. La sérologie est spécifiée par le nom précis du microbe (ex : sérologie anti-VIH).

**Sérologie anti-VIH (ou séro-immunologie au VIH)**

On parle aussi de «test anti-VIH» ou d'épreuve sérologique anti-VIH.

Examen de sang (plus particulièrement du sérum) qui détecte la présence des anticorps du VIH dans l'organisme humain.

\*\* Ibid.

\*\*\* Ibid.

Au Québec, cet examen repose sur différentes techniques :

ELISA : technique immuno-enzymatique (centres d'analyse)

IFA : technique d'immunofluorescence (LSPQ)

RIPA : technique d'immunoprécipitation (LSPQ)

WESTERN BLOT : technique d'immunoblotting (Croix-Rouge canadienne)

#### **Sérologie clandestine**

Sérologie effectuée à l'insu de la personne concernée, sans explication ni consentement préalable.

#### **Séronégativité**

Réaction négative obtenue lors de la sérologie anti-VIH. Il n'y a pas d'anticorps décelables dans le sérum. À moins qu'elle soit en période d'éclipse sérologique, la personne n'est pas infectée par le VIH.

#### **Séropositivité**

Réaction positive obtenue lors de la sérologie anti-VIH. Toute sérologie positive obtenue par les techniques ELISA ou WESTERN BLOT doit être confirmée par les techniques IFA et RIPA. Une séropositivité confirmée par ces dernières doit être confirmée à nouveau par l'analyse d'un second échantillon de sang avant que l'on puisse affirmer avec certitude que la personne est infectée par le VIH.

#### **Seuil infectieux**

Niveau au-delà duquel une infection commence. Le seuil infectieux est relatif à chaque microbe. Il dépend de la quantité de microbes, de la durée du contact et de l'interaction entre le microbe et l'organisme dans lequel il a pénétré.

#### **Soignant**

S'applique aux accompagnateurs, intervenants, « aidants » ou bénévoles qui agissent auprès d'une personne infectée par le VIH ou atteinte du sida.

#### **Soigné**

S'applique aux accompagnés, bénéficiaires, « a-dés », patients ou personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida.

#### **Système immunitaire**

Le plus important système de défense naturelle de l'organisme contre les attaques d'agents extérieurs pathogènes.

#### **Test anti-VIH**

Voir sérologie anti-VIH.

#### **Test de confirmation**

Épreuve de laboratoire qui permet de confirmer ou d'infirmer le résultat réactif d'un test de présomption.

#### **Test de présomption (ou test de dépistage)**

Épreuve de laboratoire qui permet de déterminer dans une première étape (avec rapidité, économie et commodité) si un échantillon de sang est séronégatif par rapport à l'anticorps VIH (non réactif, ou si la réaction est positive (réactif). Un résultat négatif détermine un état non infecté de la personne ou l'absence d'anticorps du VIH, sauf si la personne est en période d'éclipse sérologique. Ce test est aussi appelé « test de dépistage » dans le contexte des techniques de laboratoire.

#### **Validation**

Processus qui consiste à vérifier les données concernant un cas déclaré d'une maladie à déclaration obligatoire pour assurer qu'il rencontre bien les critères reconnus au pays pour cette maladie. La validation est souvent confiée à une autorité de santé publique. Ainsi en est-il du sida.

## Documents consultés

- ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (1991). *Manuel INFO-SIDA à l'intention des éducateurs*. Ottawa, Association canadienne de santé publique.
- CLOUTIER, Richard (1993). Syllabus et recueil de textes, cours TXM-2470: *Prévention sida et toxicomanies*. Certificat en toxicomanie. Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal.
- CQCS (1994). *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH. Cadre de référence pour la prévention*. Québec, Gouvernement du Québec, MSSS.
- CQCS (1993). *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité. Intervenir dans le respect de la diversité des orientations sexuelles*. Programme de formation. Québec, Gouvernement du Québec, MSSS.
- CQCS (1992). *SIDA et milieu de travail. Investir dans l'action*. Québec, Gouvernement du Québec, MSSS.
- CQCS (1991). *Programme de formation sur le sida, pour une vision humaniste de l'intervention*. Québec, Gouvernement du Québec, MSSS.
- GIRARD, Gaëtan et DUPONT, Michèle (1990). *Prévention intervention jeunesse SIDA et autres MTS*. Cahiers 1 à 6. Montréal, DSC de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.
- GUAY, Maryse, AUGER, Suzanne et OTIS, Joanne (1994). Le projet UDI-sida Montérégie — La mise en oeuvre du réseau d'échange de seringues aux usagers de drogues injectables en Montérégie. (à paraître) In N. Chevalier, J. Otis et M.P. Desaulniers (dir.): *Éduquer pour prévenir le sida*. Beauport: Publications MNH Enr.
- MSSS (1992). *Politique de la santé et du bien-être*. Québec, Gouvernement du Québec, MSSS.
- MSSS (1997?). *Prévention du sida auprès des jeunes de la rue: Sortir des sentiers battus*. Guide du participant. Québec, MSSS.
- NOEL, Lina et GAGNON, Hélène (1993). *Le profil des toxicomanes en milieu urbain et semi-urbain et les comportements à risque pour la transmission du VIH*. Québec, Centre de Santé publique de Québec.
- RILEY, Djane (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues: politique et pratiques. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II* (129-150). Boucherville: Gaëtan Morin
- POULIN, Gilles (1994). *Programme de formation*. Document de travail. Québec.
- RÉGIES RÉGIONALES DE QUÉBEC ET DE CHAUDIERE-APPALACHES (1993). *Programme de formation-sensibilisation en toxicomanie pour les intervenants de première ligne des régions 03 et 12*. Québec, Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Québec.

I 12,809

Ex. 2

E-3472

AUTEUR :  
MSSS - CENTRE DE COORDINATION SUR LE SIDA  
BRISSON, PIERRE  
CHAMPAGNE, DANIELLE  
DESJARDINS, GUYLAINE

TITRE :  
TOXICOMANIE ET SIDA : AIGUILLONS NOS  
INTERVENTIONS: GUIDE DU PARTICIPANT.  
PROGRAMME DE FORMATION POUR LA PREVENTION DE  
LA TRANSMISSION DU VIH CHEZ LES USAGERS DE

DATE	NOM

I 12,809

Ex. 2

