

Université de Montréal

**La méthadone permet-elle de sortir du monde de la  
drogue? Points de vue de personnes inscrites aux  
programmes de substitution**

par  
Anik Pelletier

École de Service Social  
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et des Sciences  
en vue de l'obtention du grade de Maître es Sciences  
En Service Social  
Option mémoire

Mai, 2014

© Anik Pelletier, 2014

## Résumé

Deux paradigmes se côtoient dans le traitement de la dépendance au Québec. Tout d'abord, il y a le paradigme de l'abstinence avec un modèle d'intervention souvent basé sur les Alcooliques Anonymes. Avec ce modèle, l'alcoolisme (ou la toxicomanie) est défini comme une maladie. En ce qui a trait à la réduction des méfaits, cette dernière vise la réduction des effets néfastes de l'usage de drogues plutôt que l'élimination de leur usage (Brisson, 1997). Nous nous sommes intéressés à une intervention inscrite dans ce paradigme soit le programme de substitution à la méthadone. Cette étude avait comme but de connaître les perceptions de personnes inscrites à ce programme, comprendre comment est vécu le rétablissement à travers la participation au programme et connaître les perceptions de ces personnes en ce qui a trait aux conséquences de la dépendance. Un cadre théorique s'inscrivant dans la perspective de l'interactionnisme symbolique a été choisi. Plus précisément, les processus de transformations normatives de Maria Caiata Zufferey, la théorie de l'étiquetage d'Howard Becker et le concept de stigmatisme d'Erving Goffman ont été retenus. Ensuite, dix entrevues semi-dirigées auprès d'hommes et de femmes majeures inscrites à un programme de substitution à la méthadone ont été réalisées. En ce qui a trait au chapitre portant sur les résultats, il a mis en lumière différents rapports à la méthadone vécus par les participants. Pour ce faire, trois figures construites à l'aide de l'analyse typologique ont été développées. Il ressort que pour certaines personnes, la méthadone fut décrite comme un substitut nécessaire, pour d'autres, elle correspondait à une aide dont ils veulent se débarrasser et pour une minorité, elle suscitait de l'ambivalence. En définitive, bien que la substitution demeure le traitement de choix pour la dépendance aux opioïdes, il est difficile de parler de sortie du monde de la drogue à l'aide de la méthadone puisque ce traitement apparaît comme étant presque aussi stigmatisé que la dépendance à l'héroïne (Lauzon, 2011). À première vue, la méthadone permet de prendre une distance avec le monde de la drogue (l'argent facile, les vols, la prostitution) et permet de se reconstruire une existence sur la base de repères stables, mais à bien considérer les choses, elle confine les personnes interrogées dans une situation d'ambivalence puisqu'elle les rattache à une identité de toxicomane. **Mots-clés** : dépendance, programme de substitution à la méthadone, perception, participant, réduction des méfaits, stigmatisation.

## **Abstract**

Two paradigms are frequent when treating addiction in Quebec. First, there is the paradigm of abstinence with an intervention model often based on Alcoholics Anonymous. With this model, alcoholism (or addiction) is defined as a disease. The second paradigm, harm reduction, is aimed to reduce the harmful effects of drug use rather than eliminating their use (Brisson, 1997). We are particularly interested in an intervention found in this paradigm named methadone maintenance treatment. This research was aimed to identify the perceptions of people enrolled in this treatment, understand their recovery process while participation in this treatment and understanding the perceptions of users of methadone in regards to the consequences of addiction. A theoretical framework found in the symbolic interactionist perspective was selected. More specifically, the process of normative transformations of Maria Caiata Zufferey, the labelling theory of Howard Becker and the stigma theory of Erving Goffman were selected. A qualitative methodology was retained. Ten semi-structured interviews with men and women enrolled in a methadone maintenance treatment were conducted. The chapter that focussed on the results highlighted various reports on how methadone maintenance treatment was experienced by the participants. To do this, three figures constructed using typology analysis were developed. For some people, methadone was described as a necessary substitute, for others, it corresponded to a help that they wanted to eliminate and for a minority, it aroused ambivalence. One thing is certain, although the substitution remains the treatment of choice for opioid dependence, it is difficult to speak of the output of the drug world with the help of methadone because this treatment appears to be almost as stigmatized as the dependence on heroine (Lauzon, 2011). At first glance, the use of methadone can help distance a person from the world of drugs (easy money, theft, prostitution) and can help rebuild their lives on a basis of landmark stability, but to carefully consider, it confines the respondents in a state of ambivalence as it relates to the identity of an addict.

**Keywords :** harm reduction, methadone maintenance treatment, perception, participant, stigma, dependency.

# Table des matières

## Sommaire

Résumé .....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Recension des écrits .....	4
1.1 Le paradigme de l'abstinence.....	4
1.1.1 <i>Le concept de médicalisation</i> .....	4
1.1.2 <i>L'adoption et la validation de l'alcoolisme en tant que maladie</i> .....	5
1.1.3 <i>L'intervention thérapeutique des A.A.</i> .....	7
1.1.4 <i>L'efficacité de ce modèle</i> .....	10
1.2 Le paradigme de la réduction des méfaits.....	13
1.2.1 <i>La naissance de la réduction des méfaits : regard sur l'Angleterre et les Pays-Bas</i> .....	14
1.2.2 <i>L'exemple d'Amsterdam aux Pays-Bas</i> .....	16
1.2.3 <i>Le développement du paradigme de la réduction des méfaits au Québec</i> .....	17
1.2.4 <i>Les définitions retenues de la réduction des méfaits</i> .....	18
1.2.5 <i>Les principes d'action de la réduction des méfaits</i> .....	19
1.2.6 <i>Les niveaux de prévention dans la réduction des méfaits</i> .....	20
1.2.7 <i>Les modèles d'interventions liés au paradigme de réduction des méfaits</i> .....	20
1.2.8 <i>Les bénéfices et les défis de l'approche de réduction des méfaits</i> .....	24
1.3 Les programmes de substitution à la méthadone .....	29
1.3.1 <i>L'histoire de la méthadone</i> .....	29
1.3.2 <i>L'intervention avec les programmes de maintien à la méthadone : leur naissance au Québec</i> .....	31
1.3.3 <i>La description des consommateurs d'héroïne</i> .....	32

1.3.4	<i>Le portrait de la consommation illégale d'opioïdes et des usagers bénéficiant d'un traitement à la méthadone</i>	32
1.3.5	<i>L'organisation des services liés à la méthadone à Montréal</i>	33
1.3.6	<i>Les caractéristiques associées à l'entrée dans le programme de méthadone</i>	34
1.3.7	<i>L'efficacité des programmes de substitution à la méthadone</i>	35
1.3.8	<i>Les obstacles au rétablissement avec la méthadone</i>	37
Chapitre 2	: Cadre théorique et problématique	42
2.1	La présentation de la perspective de l'interactionnisme symbolique	42
2.2	Les quatre processus de transformations normatives supportant le rétablissement	44
2.3	La théorie de l'étiquetage d'Howard S. Becker	46
2.3.1	<i>La conception idéologique de la personne</i>	47
2.3.2	<i>La conception idéologique de la société</i>	47
2.3.3	<i>La typologie des comportements déviants</i>	48
2.3.4	<i>Le concept de carrière</i>	49
2.4	Le concept de stigmaté d'Erving Goffman	50
2.4.1	<i>La construction du stigmaté</i>	50
2.4.2	<i>Le maniement de l'information stigmatisante</i>	51
2.5	La problématique	52
2.5.1	<i>La question générale de recherche</i>	54
2.5.2	<i>Les questions spécifiques de recherche</i>	54
2.5.3	<i>Les objectifs de recherches</i>	55
Chapitre 3	: La méthodologie	56
3.1	La stratégie méthodologique et les justifications	56
3.2	Les outils utilisés pour la cueillette de données	57
3.2.1	<i>L'entrevue de recherche</i>	57
3.2.2	<i>La fiche signalétique</i>	59
3.3	Les stratégies d'échantillonnage et les justifications	59
3.3.1	<i>L'échantillon de volontaires</i>	59
3.3.2	<i>L'échantillon en boule de neige</i>	60
3.4	Les critères liés à notre échantillon	60
3.4.1	<i>La participation au programme de substitution à la méthadone</i>	60

3.4.2 <i>L'âge des participants</i> .....	60
3.5 Les stratégies de recrutement .....	60
3.5.1 <i>Le recrutement par échantillon de volontaires</i> .....	60
3.5.2 <i>Le recrutement par échantillon en boule de neige</i> .....	61
3.6 Les enjeux éthiques liés à notre recherche.....	61
3.6.1 <i>Les effets négatifs directs</i> .....	62
3.6.2 <i>Les effets négatifs indirects</i> .....	62
3.7 La méthode d'analyse .....	64
3.8 Les limites de l'échantillon.....	64
Chapitre 4 : L'analyse des résultats .....	66
4.1 La méthadone une porte de sortie de la consommation : .....	66
Figure 1.....	66
4.1.1. <i>Leur vie avant la méthadone</i> .....	67
4.1.2 <i>La méthadone : un substitut nécessaire</i> .....	70
4.1.2.1 Les avantages de la méthadone .....	70
4.1.3 <i>Les inconvénients de la méthadone</i> .....	71
4.1.4 <i>La méthadone : une nécessité</i> .....	72
4.1.5 <i>Les changements vécus depuis l'entrée dans le programme</i> .....	73
4.1.6 <i>Une stigmatisation qui perdure</i> .....	74
4.2 Les individus adoptant une position défavorable au programme de substitution à la méthadone ou lorsque la prise de méthadone doit cesser : Figure 2.....	77
4.2.1 <i>La vie avant la méthadone</i> .....	77
4.2.2 <i>Les raisons pour entreprendre le programme de méthadone</i> .....	78
4.2.3 <i>Les effets de la prise de méthadone</i> .....	79
4.2.4 <i>Les aspects positifs à prendre de la méthadone</i> .....	81
4.2.5 <i>La méthadone : une aide, mais dont on doit se débarrasser</i> .....	84
4.2.6 <i>Une stigmatisation toujours présente</i> .....	84
4.3 Les individus adoptant une position non déterminée sur le programme de substitution ou lorsque la relation à la méthadone suscite de l'ambivalence : figure 3.....	88
4.3.1. <i>La vie avant la méthadone</i> .....	88
4.3.2 <i>Les effets de la méthadone</i> .....	89

4.3.3	<i>Les avantages du programme de substitution à la méthadone</i>	89
4.3.4	<i>Les inconvénients de la méthadone</i>	90
4.3.5	<i>La méthadone : une relation amour-haine</i>	91
4.3.6	<i>Les changements vécus depuis la prise de méthadone</i>	92
4.3.7	<i>Leurs positions ambivalentes sur le programme de substitution</i>	92
4.3.8	<i>Une stigmatisation qui continue</i>	93
Chapitre 5 : La discussion		96
5.1	La vie des participants avant leur entrée dans le programme de méthadone	96
5.1.1	<i>Les prises en charge thérapeutiques antérieures</i>	96
5.1.2	<i>L'impact de la polyconsommation de drogues</i>	97
5.1.3	<i>La méthadone, une aide pour éviter la douleur du sevrage</i>	97
5.1.4	<i>L'influence de l'âge pour intégrer le programme</i>	98
5.1.5	<i>L'arrêt de la consommation d'opioïdes par choix rationnel</i>	99
5.1.6	<i>Synthèse portant sur la vie des participants avant l'inscription dans le programme de méthadone</i>	100
5.2	Les enjeux positifs et négatifs de l'inscription au programme de méthadone	101
5.2.1	<i>L'inscription au programme de méthadone : la rupture avec un mode de vie qui n'équivaut pas à un arrêt de consommation</i>	101
5.2.2	<i>Les éléments favorables à l'inscription au programme de méthadone</i>	103
5.2.3	<i>Les éléments défavorables entourant l'inscription au programme de méthadone</i>	105
5.3	L'usage de méthadone expose les participants à des enjeux de stigmatisation	107
5.3.1	<i>De participant au programme de méthadone à outsider</i>	107
5.3.2	<i>Les préjugés propagés par la société</i>	108
5.3.3	<i>La stigmatisation véhiculée par les professionnels</i>	109
5.4	La participation au programme de substitution à la méthadone est-elle une sortie du monde de la drogue?	110
5.4.1	<i>Qu'est-ce que sortir du monde de la drogue?</i>	110
5.4.2	<i>La méthadone permet-elle de sortir du monde de la drogue?</i>	111
Conclusion		113
Bibliographie		118

Annexe 1 .....	i
Annexe 2 .....	iii
Annexe 3 .....	v
Annexe 4 .....	vi



*À Mimi,*

## **Remerciements**

Merci à ma directrice Céline Bellot, pour votre grande disponibilité, pour votre patience et pour avoir contribué au développement de mon esprit critique et de ma réflexivité.

Merci à Annick, Magali, Marie-Claire et Audrey-Anne pour vos conseils judicieux et votre soutien dans les moments difficiles de ma rédaction.

Merci à mon amoureux Chadli, pour ta confiance, ton appui, ta compréhension et tes nombreux encouragements.

Merci aux différents organismes communautaires et aux pharmacies qui ont accepté de participer au recrutement. Merci aux participants, vous m'avez partagé votre vécu qui constituait de l'information privilégiée.

Au final, il y aurait plusieurs autres personnes à remercier (ma tante Sandra, ma mère, mes amis et d'autres membres de ma famille) qui m'ont soutenu ces dernières années. Un gros merci à vous tous!

## **Introduction**

La consommation de drogues n'est pas un phénomène nouveau. Depuis le début des temps, les êtres humains ont cherché dans la manipulation de leur conscience et des états modifiés qui en découlent, la révélation des fondements de la réalité et la finalité de l'existence (Cohen & Lévy, 1988). Historiquement, la consommation de drogues a joué un rôle important dans la nutrition, la médecine, les rituels religieux et comme élément récréatif (Atkins, 2000).

Dans les sociétés occidentales, la dépendance aux drogues devient un problème à partir du dix-neuvième siècle (Castel & Coppel, 1991). Ce moment survient lorsque la société ne peut plus se contenter de mobiliser ses régulations traditionnelles pour encadrer la consommation de produits dopants (Castel & Coppel, 1991). La consommation devient à la fois un danger (puisque'elle est dérégulée) et une fascination (puisque'elle ouvre sur un mode de vie alternatif). En ce qui a trait à la consommation problématique de drogues, certains individus en consomment de façon récréative ou occasionnelle sans toutefois développer une problématique de dépendance. En ce qui a trait au développement d'une problématique de dépendance, il s'agit d'un processus complexe. Dans ce champ d'études, il existe diverses manières de la conceptualiser. Chaque modèle a sa propre définition de la dépendance. Pour notre part, nous croyons que devenir dépendant (ou toxicomane) est le résultat d'un apprentissage où il y a une interaction entre le produit, la personne (son état d'esprit) et le contexte (Coppel, 2002). De plus, la dépendance est une pratique sociale multidimensionnelle et non pas seulement une pratique qui touche aux champs de la délinquance ou de la pathologie (Castel & Coppel, 1991).

Parmi la multitude de drogues consommées au Québec, l'héroïne occupe une place particulière dans l'imaginaire collectif. Que ce soit de par son mode courant de consommation (l'injection) et de par les conséquences qui y sont associées (développement de différentes pathologies, etc.), elle suscite beaucoup de craintes dans la population. Qu'en est-il de son action sur le corps humain et des traitements possibles? Tout d'abord, au niveau de ses effets, la consommation d'héroïne procure une sensation d'euphorie et de bien-être. Lorsqu'elle occupe les récepteurs d'opiacés dans le cerveau, les endorphines naturelles ne remplissent plus

leur fonction et le cerveau arrête d'en fabriquer en l'espace de quelques semaines. Donc, arrêter de consommer des opiacés engendre des symptômes de sevrage qui durent jusqu'à ce que les cellules cérébrales synthétisent une nouvelle fois leurs endorphines. Ces symptômes de sevrage disparaîtront si l'individu consomme des opioïdes alors voilà pourquoi certains auront recours à des produits de substitution (Paquin, 2003). Pour ce qui est de la consommation au Québec, au moins 23 000 Québécois s'injecteraient des drogues. De ce chiffre, 20 à 50% s'injecteraient de l'héroïne (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2003).

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons examiné la dépendance à l'héroïne et une intervention thérapeutique qui en découle. En ce sens, il existe différents types d'interventions liées à la dépendance qui ont des visées distinctes. Certaines ont des visées de répression, d'autres ont des visées médicales ou thérapeutiques.

Dans les interventions à visée thérapeutique, il existe plusieurs formules de traitement. Dans cette optique, à travers les politiques sociales et le traitement de la toxicomanie au Québec, tout comme dans d'autres endroits dans le monde, deux paradigmes se côtoient. D'un côté se trouve un paradigme prônant un idéal d'abstinence et de l'autre, il y a un paradigme qui a comme objectif la réduction des méfaits.<sup>1</sup>

Avec l'instauration du paradigme de la réduction des méfaits, plusieurs interventions innovatrices en toxicomanie ont vu le jour. En effet, devant les importants échecs d'interventions visant le sevrage à l'héroïne et devant le caractère utopique de l'abstinence totale, des interventions adaptées furent développées pour la dépendance aux opioïdes (Peretti-Watel, Beck & Legleye, 2007). L'une d'entre elles nous intéresse plus particulièrement soit le programme de substitution à la méthadone avec un accent sur le point de vue de ses participants. Afin de comprendre de quelle façon s'est implanté ce programme (ainsi que le paradigme de la réduction des méfaits), nous les aborderons (ainsi que le paradigme de l'abstinence totale) dans le premier chapitre portant sur la recension des écrits. En ce qui a trait

---

<sup>1</sup> Ce modèle est communément appelé chez les francophones d'Europe « réduction des risques ». Selon Brisson (1997), le terme « réduction des méfaits » est la fidèle traduction de l'expression anglo-saxonne *harm reduction* et le Québec serait l'un des seuls endroits à utiliser cette expression.

au second chapitre, il est divisé en trois sections. Dans un premier temps, on y retrouve les concepts avec lesquels les données ont été analysées. Ensuite, il y a la problématique liée à notre objet d'étude et finalement, la méthodologie employée dans le cadre de cette étude. En ce qui concerne le troisième chapitre, il inclut la présentation de nos résultats et le chapitre suivant porte sur la discussion de ces résultats.

# Chapitre 1 : Recension des écrits

Dans ce premier chapitre seront abordés deux paradigmes majeurs dans la sphère du traitement de la toxicomanie soit l'abstinence et la réduction des méfaits. Plus précisément, à travers ces paradigmes, il sera présenté comment ils ont envahi le champ du traitement de la dépendance, quelles sont leurs modalités d'intervention et leur efficacité. En guise de dernière section de ce chapitre, une modalité d'intervention reliée à la réduction des méfaits sera détaillée soit, le programme de substitution à la méthadone.

## 1.1 Le paradigme de l'abstinence

Lorsqu'on s'intéresse aux conceptualisations des sorties de la toxicomanie<sup>2</sup>, il est commun d'entendre et de lire qu'une « vraie sortie » de la toxicomanie passe par l'abstinence. À quoi fait allusion ce mode de pensée? L'abstinence est : « l'abstention volontaire et durable de la consommation d'une substance psychoactive susceptible de donner lieu à une dépendance (alcool, tabac ou drogue). »<sup>3</sup> En d'autres termes, selon cette philosophie, la sortie de la dépendance n'est possible que par un arrêt total de la consommation.

### 1.1.1 Le concept de médicalisation

Comment cette philosophie s'est-elle développée et a-t-elle envahi le champ du traitement en toxicomanie? Les mouvements d'entraide anonymes eurent un rôle central, plus particulièrement les Alcooliques Anonymes (A.A.), dans l'adoption du discours sur la médicalisation de l'alcoolisme (Suissa, 2007b; Atkins, 2000; Jellinek, 1960). La médicalisation est « un processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie quotidienne sont passés sous l'emprise, l'influence et la supervision de la médecine » (Zola, 1983 cité par Suissa, 2007a, p.95). Pour leur part, Gori et Volgo (2005) utilisent le concept de

---

<sup>2</sup> Dans le cadre de ce mémoire, les termes toxicomanie et dépendance sont utilisés sans distinction. Ces deux termes étaient couramment utilisés dans la littérature consultée. Nous avons décidé de ne pas en privilégier un plus qu'un autre.

<sup>3</sup> Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie (2012)

« pathologisation de l'existence » pour parler du pouvoir de la médecine (via la médicalisation) pour gérer la vie quotidienne. Dans le même ordre d'idées, Suissa (2007a) conclut dans sa revue de la littérature que la médicalisation est un processus par lequel on en vient à définir et traiter des problèmes non médicaux, principalement sociaux, comme des problèmes médicaux, voire pathologiques. Ceci étant dit, sur quel postulat s'appuie la médicalisation des toxicomanies?

### *1.1.2 L'adoption et la validation de l'alcoolisme en tant que maladie*

Dans les années 1940, aux États-Unis, une approche renouvelée sur l'alcoolisme émerge (Jellinek, 1960). Grâce à divers acteurs,<sup>4</sup> la problématique de l'alcoolisme devient largement conceptualisée comme une maladie (Suissa, 2007b; Jellinek, 1960). Pour sa part, Suissa (2007b) dénote les mêmes acteurs dans son analyse. Par contre, il ajoute l'élaboration du modèle de Jellinek (fondé sur le concept de maladie progressive) qui a aussi eu une influence sur l'adoption et la validation du concept de maladie. En ce sens, dans la partie suivante, nous retenons l'analyse de Suissa (2007b) pour la présentation des facteurs qui ont eu une emprise sur la définition de l'alcoolisme.

Tout d'abord, Howard Haggard (directeur du laboratoire de physiologie de l'Université Yale et membre du Conseil de la recherche sur les problèmes d'alcool) fonda en 1940 la revue *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*.<sup>5</sup> Avec une importante subvention pour actualiser une recension des écrits portant sur les effets biologiques de l'alcool sur les humains, le Conseil demanda à Jellinek d'administrer le projet. Le Conseil, la prestigieuse revue et ce projet de recension des écrits devinrent rapidement le moteur principal de la recherche américaine sur l'alcool (Suissa, 2007b). Par ses sessions d'information, l'alcoolisme fut progressivement

---

<sup>4</sup> L'auteur mentionne le Centre de recherche de l'Université Yale, Le *National Council on Alcoholism* et les Alcooliques Anonymes.

<sup>5</sup> Aujourd'hui connu sous le nom de *The Journal of Studies on Alcohol*, cette revue reste une des publications internationales influentes dans le domaine de la recherche sur l'alcool (Suissa, 2007b).

considéré comme une maladie. Le *National Council on Alcoholism*<sup>6</sup> créé en 1950 fut un autre acteur important en faveur de la médicalisation de l'alcoolisme.

Suissa (2007b) stipule que c'est dans ce contexte que le slogan « l'alcoolisme est une maladie » fut créé et diffusé intentionnellement par l'équipe du Centre de recherche sur les problèmes d'alcool de Yale avec comme but avoué de réorienter les politiques provinciales et municipales en matière d'alcool. Cette conception « médicalisante » de l'alcoolisme permit de tracer la voie à l'industrie du traitement et à son expansion à travers le monde. Ainsi, 1962 est une date importante, car, c'est pendant cette année que le Centre de recherche déménagea à la *Rutgers University* dans le New Jersey. Cette importante institution est internationalement reconnue pour ses recherches sur l'alcool. À cette époque, l'information fut véhiculée sur une base morale, humanitaire et administrative au lieu de s'appuyer sur des preuves scientifiques (Suissa, 2007b).

La seconde raison expliquant la médicalisation de l'alcoolisme est la popularité du mouvement des A. A. (Suissa, 2007b). Sans répéter ce qui fut expliqué précédemment, il importe de développer sur le contexte dans lequel le corps médical intégra la définition de maladie alcoolique. En premier lieu, le concept d'allergie fut mis en doute par les médecins américains (Suissa, 2007b). Par contre, il s'intégrait bien dans une définition de la maladie et constituait un argument de poids dans l'adhésion des médecins au mouvement. L'émergence des A.A. eut lieu à un moment où les thérapies entreprises par les médecins et les psychiatres étaient décevantes et que le mouvement connaissait un grand succès. Considéré comme une maladie primaire, l'alcoolisme était vu comme produisant ses propres symptômes (une cirrhose) plutôt que comme le symptôme d'autres difficultés. Selon cette définition, le malade développait la maladie de l'alcoolisme à cause des effets propres de la substance sur son corps. Les problèmes personnels, familiaux, financiers n'étaient pas en lien avec le développement de cette pathologie.

---

<sup>6</sup>Ce conseil anciennement appelé the *National Committee for Education on Alcoholism*, fut mis en place par trois femmes: une ex-alcoolique ayant participé au programme des A.A., une journaliste et une psychiatre.



En dernier lieu, Jellinek a fortement contribué à l'acceptation de l'alcoolisme comme une maladie progressive (Suissa, 2007b; Meyer, 1996). En 1946, il termine une grande étude où 1600 membres des A.A. remplirent des questionnaires. Jellinek interpréta les témoignages de cette population et par la suite, il proposa une catégorisation des expériences du développement de la dépendance en s'inspirant du modèle médical (Suissa, 2007b). Ces individus présentaient une tolérance à l'alcool, des symptômes de sevrage et soit une perte de contrôle ou une incapacité à s'abstenir de consommer de l'alcool (Meyer, 1996). À cette époque, où le traitement des personnes alcooliques intéressait peu le corps médical, Jellinek pensait que le concept de maladie aurait un impact favorable sur la disponibilité des services offerts dans les établissements médicaux (Jellinek, 1960).

### *1.1.3 L'intervention thérapeutique des A.A.*

Nous avons sélectionné le modèle thérapeutique proposé par les Alcooliques Anonymes (A.A.), car il s'agit du principal modèle prônant l'abstinence dans l'univers de la dépendance. En effet, au courant des cinq dernières décennies en Amérique, ce programme des douze étapes est devenu la pierre angulaire dans le traitement de la dépendance (Atkins, 2000; Laudet, 2008; Suissa & Bélanger, 2000). De plus, le programme des douze étapes a aussi été élaboré pour diverses formes de dépendance (entre autres pour l'héroïne). Il est important de parler de ce mouvement qui considère l'alcoolisme (de même que la toxicomanie)<sup>7</sup> comme une maladie. Devant le fléau des problèmes reliés à l'alcoolisme et le peu d'avenues pour leurs traitements, ce mouvement fut créé en 1935 aux États-Unis (Suissa, 2007b). William Wilson, Robert Smith et le Docteur W.D. Silkworth en sont les fondateurs (Suissa, 2007b). Depuis, des millions de gens à travers le monde assistent hebdomadairement (et même quotidiennement) aux rencontres (communément appelées « meeting ») proposées par leur groupe d'appartenance A.A., ce qui démontre l'ampleur et la popularité du mouvement. Les A.A. auraient un peu plus de deux millions de membres à travers le monde (Alcooliques Anonymes, 2013). Les rencontres basées sur les douze étapes seraient présentes dans plus de cent pays (Laudet, 2008).

---

<sup>7</sup>Chez les A.A., l'alcool est considéré comme une drogue de même que tout médicament non prescrit.

Le modèle interprétatif des A.A. préconise une approche où l'alcoolisme est une allergie (à l'alcool) qui est considérée comme une maladie (Dawson Rogers, 2009; Jellinek, 1960). Le rétablissement des personnes alcooliques (ou toxicomanes)<sup>8</sup> dans cette approche passe par l'abstinence totale de toute drogue, tout alcool ou tout médicament non prescrit (Alcooliques Anonymes, 2003). Dans cette optique, l'alcoolisme est considéré comme une maladie irréversible et dégénérative dans le mouvement des A.A. alors, la personne toxicomane et la personne alcoolique sont appréhendées comme des malades à vie. En d'autres termes, selon Jauffret-Roustide (2010, p.96) :

« Les groupes N.A.<sup>9</sup> partent du postulat que l'usage de produit ou le comportement dont ils souffrent sont la conséquence d'une maladie, la maladie de la dépendance. La dépendance est définie par le groupe comme *une maladie physique (usage compulsif de drogues), mentale (désir obsessionnel de consommer) et spirituelle (égoïsme total)* ».

Selon les A.A., la « maladie de la dépendance » est incurable donc, la guérison passe par l'abstinence, car « une fois dépendant toujours dépendant » (Suisa & Bélanger, 2000). Les techniques d'intervention proposées sont liées à la participation aux groupes de parole (les « meetings ») et à la relation de parrainage (qui consiste en l'accompagnement dans l'apprentissage des douze étapes du mode de vie des A.A. d'un « nouveau » membre du groupe par un membre plus ancien ayant à son actif déjà un certain temps d'abstinence) et mettent en œuvre l'expression des émotions (Jauffret-Roustide, 2010).

Tel que mentionné ci-dessus, ce mode de vie prend racine à travers les principes qui régissent la vie des groupes soient la démocratie, l'autonomie, le volontariat et l'anonymat (Jauffret-Roustide, 2010). Plus précisément, il s'actualise par les fondements des A.A. ; les douze traditions et les douze étapes. En ce qui a trait aux douze traditions, elles définissent les règles de fonctionnement des groupes<sup>10</sup> tandis que les douze étapes montrent la voie vers

---

<sup>8</sup>Il faut noter que les A.A. sont le premier d'une série de groupes similaires adoptant ce modèle de maladie. Nous pensons ici aux Narcotiques anonymes, Cocaïnomanes anonymes, etc. Ces groupes partagent tous la même philosophie (d'abstinence), ce qui les diffère c'est le type de substance consommée qui peut être un élément rassemblant les membres. En outre, les groupes NA furent créés en 1953 aux États-Unis par des membres AA qui n'arrivaient plus à s'associer aux alcooliques principalement en raison de la différence de profil entre les personnes alcooliques et les personnes toxicomanes (Wells, 1994 cité par Jauffret-Roustide, 2010).

<sup>9</sup>Jauffret parle ici des groupes Narcotiques Anonymes.

<sup>10</sup>Pour lire en détail chacune des traditions, voir : [http://aa87.org/douze-traditions\\_fr.php](http://aa87.org/douze-traditions_fr.php)

l'abstinence et le rétablissement aux individus (Jauffret-Roustide, 2010). Par exemple, les trois premières étapes sont dans l'ordre :

« 1. Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool – que nous avons perdu la maîtrise de notre vie. 2. Nous en sommes venus à croire qu'une puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison. 3. Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous le concevions. »<sup>11</sup>

Beaucoup de temps peut être consacré au travail de chaque étape. De plus, il importe d'avoir bien intégré une étape avant de travailler sur la suivante. Par exemple, en ce qui a trait à la première étape, il peut être ardu pour un individu ayant longtemps cru qu'il n'avait pas de problème de consommation, de s'avouer qu'il est impossible pour lui de contrôler sa consommation d'alcool et que cette substance est plus forte que lui. De plus, le programme proposé par les A.A. a une dimension spirituelle comme en témoignent la deuxième et la troisième étape. En effet, il importe d'en venir à croire à une force supérieure à nous-mêmes et à croire que celle-ci peut nous aider dans la voie du rétablissement en nous redonnant la raison. En ce sens, l'acceptation qu'il y a perte de contrôle sur l'alcool et l'abstinence sont les deux premières conditions au rétablissement. Dès lors, la sobriété devient l'indicateur du succès ou de l'échec. Somme toute, l'intérêt de ce programme :

« est de réinscrire très rapidement l'usager dans un nouveau réseau de sociabilité protecteur qui le met à distance du produit et rassurant en le laissant en contact avec des individus ayant vécu des expériences de vie proches. » (Jauffret-Roustide, 2010, p.106)

Selon Suissa (2007b), l'abstinence est reconnue par les A.A. comme l'outil qui a le plus d'impact positif sur les individus malades de l'alcoolisme. Dans cette optique, le dépendant en rétablissement ne doit pas consommer à nouveau, car il est assuré qu'il sera totalement incapable d'arrêter quand l'occasion se présentera, parce qu'une fois c'est trop et mille fois jamais suffisant (Alcooliques Anonymes, 2003).

Ce mouvement des douze étapes a tenu un rôle clé dans la médicalisation de l'abus de substance aux États-Unis tant dans les définitions gouvernementales et scientifiques du problème de la dépendance que dans les recherches et les politiques des traitements thérapeutiques (Atkins, 2000). En ce sens, les professionnels œuvrant dans le champ des toxicomanies sont souvent invités à travailler avec la promotion de l'abstinence en utilisant

---

<sup>11</sup>Région 87-sud ouest du Québec. Repéré à : <http://www.aa-quebec.org/region87/district10/douzeEtapes.htm>

l'idéologie des A.A. Aux États-Unis, pratiquement tous les centres de traitements utilisent le programme des douze étapes (Laudet, 2008; Atkins, 2000; Bewley, 1995). D'ailleurs, en Ontario, 65% des centres spécialisés en dépendance intègrent le programme des douze étapes dans leur traitement (Ellis & Rush, 1993 cités par Ogborne, 1996). Quant au Québec, plusieurs centres publics et privés de réadaptation en toxicomanie se sont inspirés de cette idéologie (ou ils l'utilisent en intégralité) tels que la Clinique du nouveau départ, le Centre le Grand Chemin, la Maison Jean-Lapointe, la Maison du Pharillon.<sup>12</sup> Pendant le séjour en interne des individus, un certain nombre d'étapes seront enseignés et des participations à des réunions A.A. pourront être favorisées. Une fois le séjour en interne complété, la participation aux réunions ainsi que la recherche d'un parrain ou d'une marraine seront grandement encouragées.

#### *1.1.4 L'efficacité de ce modèle*

C'est au début des années 1960, qu'aux États-Unis et au Canada, que le modèle de l'alcoolisme en tant que maladie irréversible a progressivement été remis en question pour différentes raisons (Brisson, 1997; Meyer, 1996). Par exemple, une recherche publiée par Davies en 1962 démontre la capacité de sept sujets alcooliques sur 93 à contrôler leur consommation (Brisson, 1997).<sup>13</sup>

Dans les années 1970 au Québec, le modèle de maladie est très critiqué avec l'arrivée au gouvernement et dans les universités d'intellectuels qui introduisent les idées de la psychologie humaniste existentielle (avec comme auteurs les psychologues Maslow, Rogers, Allport, etc.) (Brisson, 1997). En ce sens, un paradigme alternatif d'inspiration psychosociale voit le jour (Suisa & Bélanger, 2000). Aussi, les travaux de Stanton Peele expliquent que le contexte de consommation et les dispositions de l'utilisateur importent dans l'analyse de la problématique et paraissent plus appropriés que le concept de maladie progressive et irréversible (Brisson, 1997).

---

<sup>12</sup> Les organismes mentionnés sont tous situés sur l'île de Montréal. Cette liste n'est pas exhaustive.

<sup>13</sup> Cette confirmation fut ultérieurement nommée dans les travaux de Miller, Pattison et coll.; Sobell & Sobell, etc. (cités par Brisson, 1997).

#### 1.1.4.1 La représentation de la dépendance chez les intervenants

Dans une étude réalisée au Québec, dix intervenants en dépendance sont unanimes quant au fait de ne pas considérer le processus de la dépendance comme une maladie (Suissa & Bélanger, 2000). À ce propos, le modèle de la maladie, malgré sa prédominance dans le champ de la dépendance, est perçu comme un processus de stigmatisation (Suissa & Bélanger, 2000). Aussi, ils étaient majoritaires à présenter la dépendance comme étant une réaction à une souffrance intérieure et qui devient un recours pour maintenir son équilibre physique et mental (Suissa & Bélanger, 2000). Finalement, la majorité des intervenants ne favorisent pas l'abstinence, l'accent est plutôt mis sur une intervention individualisée où l'individu se fixe lui-même ses objectifs. De même que le concept d'abstinence est porteur de nombreux questionnements chez ces interviewés.

Contrairement à ce qui précède, une autre étude a montré que les professionnels travaillant auprès des gens dépendants de l'alcool sont nombreux à adhérer au modèle de la maladie (Hshieh & Srebalus, 1997). En effet, 249 professionnels (119 conseillers en toxicomanie et 110 psychologues) ont répondu à un questionnaire interrogeant (entre autres) les philosophies et les approches liées au traitement auxquelles ils adhèrent. Les résultats exposent des différences entre les philosophies et les approches entre les deux types de professionnels sondés. Tout d'abord, les conseillers en toxicomanie sont plus nombreux (98%) à croire que l'alcoolisme est une maladie, alors c'est le cas chez 66% des psychologues. La majorité des conseillers en toxicomanie voient l'abstinence comme but au traitement alors que les psychologues avaient plus tendance à être ouverts à l'idée du boire contrôlé. Ces préférences ont des impacts sur les pratiques cliniques de ces professionnels. En ce qui concerne les conseillers en toxicomanie, ils ont plus tendance à focaliser sur les comportements liés à la dépendance alors que les psychologues porteront plus attention aux problèmes personnels vécus chez les individus.

En définitive, malgré les divergences sur la conceptualisation de l'alcoolisme et sur les approches d'interventions, les études consultées montrent que la majorité des professionnels

recommandent les usagers aux réunions des groupes d'entraide anonymes (Suisa & Bélanger, 2000; Hshieh & Srebalus, 1997). D'ailleurs, selon un sondage réalisé lors d'un congrès mondial des Narcotiques anonymes en 2007, 55% des nouveaux membres sont référés par des intervenants sociaux ou des centres de traitements (*L'Intervenant*, 2009 cité par Suisa, 2011).

#### 1.1.4.2 L'efficacité de l'abstinence pour les usagers

Certaines études ont montré que la plupart des tentatives de rétablissement ayant été des insuccès sont basées sur la modération de la consommation de drogues alors que l'abstinence serait plus fructueuse (Maisto, Clifford, Logabaugh & Beattie, 2002; Burman, 1997). En outre, une étude a suivi pendant seize ans des individus ayant demandé de l'aide pour leur problème d'alcool. Un an après le début de leur participation, ils furent classés dans un des trois groupes selon leur usage d'alcool lors de l'année précédente : abstinent, pas de problème d'alcool, avec un problème d'alcool. Pendant les quinze années suivantes qu'a durées l'étude, le groupe d'individus abstinents présenta une prévalence plus faible d'usage problématique d'alcool que les autres groupes (Ilgen, Wilbourne, Moos & Moos, 2008). Finalement, 90% des médecins de famille canadiens considèrent les A.A. « efficaces » ou « très efficaces » pour aider les personnes à réduire leur consommation d'alcool (Rush, 1994 cité par Ogborne, 1996).

#### 1.1.4.3 Le lien entre la participation aux réunions AA et l'abstinence

Différentes études ont montré un lien entre la participation dans les rencontres A.A. et le maintien de l'abstinence (Kaskutas, 2009; Ilgen et coll., 2008; Laudet, 2008; Kelly et coll., 2008). De même que le support qu'offre la participation aux réunions sur les douze étapes est particulièrement importante dès qu'une prise en charge formelle se termine. En ce sens, cette participation est un facteur influençant l'abstinence autant dans des études de court et moyen terme (Kelly et coll., 2006; Kaskutas et coll., 2005).

Pour conclure, les bénéfices tirés de la participation à ce type de rencontre (par exemple, demeurer abstinent) peuvent être bonifiés par d'autres pratiques suggérées par le programme des douze étapes : avoir un parrain ou une marraine, travailler les douze étapes, avoir une

réunion d'appartenance, lire la littérature des douze étapes et faire du « service » (Caldwell & Cutter, 1998).

## 1.2 Le paradigme de la réduction des méfaits

Au lieu de privilégier la répression des consommateurs de drogues illicites, cette nouvelle politique de réduction des méfaits met l'accent sur l'accompagnement de ces individus. Dans ce nouveau contexte, les questions et les débats entourant les drogues ne sont plus seulement envisagés du point de vue de ses effets stressants sur l'opinion publique ou comme le symptôme d'une déchéance morale (Peretti-Watel, Beck & Legleye, 2007). À l'opposé des décennies précédentes, où l'usage de drogues était défini comme un problème de moral, avec l'arrivée de ce nouveau paradigme, il devient de plus en plus un problème sanitaire.

Dans cette optique, où la consommation de produits psychotropes est appréhendée comme un problème sanitaire, les discours entourant la réduction des méfaits sont multiples. Selon Carrier et Quirion (2003), un langage distinct de la logique de l'abstinence est constitué dans ce nouveau paradigme qui est désigné par le terme de « périlisation ». La « périlisation » est un néologisme qui produit une distinction entre le risque et la confiance lors d'une prise de décision. Tout d'abord, le risque est une construction particulière de l'idée de danger. Par exemple, il réside dans la décision prise suite à une analyse de distinction de type bons/mauvais résultats. Le contraire du risque n'est pas la sécurité, mais la confiance. Sous cet angle :

« la réduction des méfaits institue des stratégies qui, plutôt que d'écarter toute forme de danger, permettent plutôt de développer une certaine confiance quant à la protection effective des dangers liés à l'usage « périlisé », c'est-à-dire construit par le risque plutôt que par le symptôme ou l'illicite. » (Carrier et Quirion, 2003, p.27)

Somme toute, ces stratégies ne peuvent pas assurer une consommation immunisée de tout danger.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> À ce sujet, les auteurs exemplifient avec le cas d'un individu injecteur de drogues. Si celui-ci s'injecte avec une seringue qu'il s'est procurée dans un programme d'échange de seringue, nous pouvons présumer qu'il est sûr que la seringue est propre et stérile et que cela lui permet d'éviter de multiples dangers associés à sa pratique. Le danger est toujours là, par contre, « sa décision est construite comme le prémunissant contre le risque qu'il pose. » (Carrier et Quirion, 2003, p.27)

### 1.2.1 La naissance de la réduction des méfaits : regard sur l'Angleterre et les Pays-Bas

Cette nouvelle philosophie fut réellement mise de l'avant dans les années 1970 aux Pays-Bas et en Angleterre (Riley, 1994).<sup>15</sup> La réduction des méfaits est devenue importante dans ces deux pays de même qu'ailleurs en Europe (Nadelman, 1993; Riley, 1994). Elle fut présentée comme une réponse au danger symbolisé par la transmission du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) chez les usagers de drogues par injection (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006). Les acteurs en santé publique ont reconnu l'importance d'être plus innovateur en matière de politiques sur les drogues. Ces dernières devaient dorénavant être moins punitives. Dans cette partie, l'histoire entourant l'apparition du paradigme de la réduction des méfaits sera présentée en accentuant plus particulièrement sur le comté de Merseyside en Angleterre et sur la ville d'Amsterdam aux Pays-Bas.

Au vingtième siècle, l'historique de l'Angleterre en matière de drogues proscrites est peu punitif, contrairement à l'Amérique du Nord. En effet, au courant de la première moitié du vingtième siècle, à la suite des recommandations du *Rolleston Committee*, l'Angleterre maintient un système de prescription médicale de substances illicites pour les gens déjà aux prises avec un problème de toxicomanie (Brisson, 1997). Le comté de Merseyside fut l'un des principaux foyers de cette nouvelle politique. Ainsi, tout médecin peut prescrire le psychotrope jugé utile (morphine, héroïne, cocaïne et plus tard amphétamines) dans le cadre d'un traitement pouvant être à durée indéterminée. Le système britannique sera appliqué avec succès jusqu'à la fin des années 1950 (Brisson, 1997). Par la suite, il sera resserré et arrêté au cours des années 1960-1980 en raison de l'augmentation de la consommation de drogues chez les jeunes. C'est au début des années 1980 que le modèle prescriptif sera réactualisé. En effet, en Angleterre, la consommation de produits psychotropes et plus particulièrement la prise d'héroïne atteignait des taux vertigineux au début des années 1980 (Riley, 1994). Les

---

<sup>15</sup>Par contre, il y aurait eu des manifestations de ce paradigme des décennies avant (Nadelman, 1993). Pour sa part, Brisson (1997) inclut non seulement l'Angleterre et les Pays-Bas, mais aussi l'Allemagne, la Suisse et l'Australie.



policiers, les pharmaciens et le personnel clinique s'étaient alors alliés afin d'élaborer le « modèle Mersey de réduction des méfaits ». Il s'agissait d'une approche globale, basée sur la prescription de drogues, la distribution de seringues propres et où les policiers recouraient à des avertissements au lieu de criminaliser les usagers (O'Hare, 1992, cité dans Riley, 1994). De plus, de l'aide en matière d'emploi et de logement fut développée pour les usagers.

Trois éléments importants ont contribué à l'instauration du modèle Mersey de réduction des méfaits (O'Hare, 1992, cité dans Riley, 1994; Brisson, 1997). Le premier facteur est lié à la politique recommandée par la *Drug Dependency Clinic*. Le fonctionnement de cette clinique était influencé par l'ancien système britannique. Ce système naquit pendant les années 1920 à la suite de recommandations d'un comité composé de médecins réputés et étant grandement intéressés par le traitement des toxicomanes en Angleterre. Parmi les conclusions du comité, il était écrit qu'il était parfois mieux, selon le cas, de pourvoir des doses d'entretien afin que l'individu puisse fonctionner. Le deuxième facteur ayant favorisé la formation de ce modèle est le lancement de l'un des premiers programmes d'échange de seringues implanté en Angleterre. Ce programme permit aux toxicomanes de la région de se procurer du matériel d'injection stérile. Finalement, la police locale s'engagea à coopérer. D'ailleurs, cette dernière ne surveillait pas les activités de ces services. De plus, elle leur recommandait les consommateurs mis en état d'arrestation. Le corps policier concentrait plutôt ses efforts sur l'arrestation des trafiquants.

En somme, le *Merseyside District Health Authority* a élaboré l'une des stratégies de réduction des méfaits les plus complètes à l'échelle planétaire (Riley, 1994). Les éléments qui la constituent s'appuient sur les lignes directrices du Conseil consultatif sur l'usage non approprié des drogues (Riley, 1994). Globalement, ces grandes lignes consistent à reconnaître que l'expansion du VIH est une menace plus grande pour la santé publique que l'usage des drogues, et aussi, une priorité doit être accordée aux services visant à diminuer les comportements liés au VIH. De plus, les services de santé doivent entre autres, augmenter leurs contacts avec les individus continuant de consommer des drogues, leur apporter l'aide requise pour modifier leurs comportements ainsi qu'acquérir des pratiques causant moins de

méfais. Finalement, des modifications doivent être promues dans l'attitude des professionnels et dans la population à l'endroit des drogues.

### *1.2.2 L'exemple d'Amsterdam aux Pays-Bas*

Tout comme en Angleterre, aux Pays-Bas, les droits des consommateurs et de la communauté sont pris en compte et non pas uniquement les droits de l'ensemble de la société. Cette approche pragmatique de la question des drogues est qualifiée de politique de « normalisation » (Brisson, 1997; Nadelman, 1993). Cela signifie que les usagers de drogue ne doivent pas être traités en tant que catégorie de citoyens à part. En d'autres termes, les méfaits associés aux drogues illicites sont mieux réduits lorsqu'on intègre les usagers dans la société au lieu de les isoler dans des cliniques séparées par exemple (Van de Wijngaart, 1988 cité par Nadelman, 1993). Pourquoi ce modèle s'est-il avéré aussi efficace? Toute une gamme de services d'aide où collaborent plusieurs organismes du milieu est présente. L'intégration des services aux usagers de drogue a facilité l'accès lorsqu'on a besoin d'y avoir recours.

Dans le cas d'Amsterdam, cette ville était aux prises avec un usage des drogues causant beaucoup de désordres.<sup>16</sup> C'est au commencement des années 1980, qu'elle convenue que l'approche de la réduction des méfaits pourrait apporter des solutions médicales et sociales et pourrait éviter certaines des conséquences les plus préjudiciables liées à l'utilisation de drogues injectables (Burning, 1990 cité dans Riley, 1994). Dans cette ville, l'approche est basée sur la certitude que la condamnation morale des populations à risque les amène à l'exclusion sociale et n'apporte aucun impact positif. On croit à la capacité qu'ont ces individus de modifier leurs comportements lorsque les conditions sont présentes. De plus, tout comme à Merseyside, les consommateurs de drogues n'ont pas à se réfugier dans l'anonymat alors, les contacter pour leur proposer des services de santé est facilité.

---

<sup>16</sup> L'usage d'héroïne était considéré comme un problème aigu (Riley, 1994).

### *1.2.3 Le développement du paradigme de la réduction des méfaits au Québec*

Selon Brisson (1997, p.31) : « l'idée de réduction des méfaits s'est lentement esquissée au gré d'une trajectoire où l'empirisme et expérimentation se sont croisés, sur le terrain social comme dans les cliniques et universités. » Par contre, si dès le début des années 1980 toutes les conditions sont réunies pour l'application de cette approche, il faudra attendre la malheureuse arrivée du SIDA (syndrome immunodéficience acquise) pour la cristalliser dans l'intervention.

En Amérique du Nord, les premières personnes touchées par le sida sont des hommes homosexuels.<sup>17</sup> Très rapidement, les modes de transmission seront identifiés et les tests de dépistage seront inventés. En Europe apparaissent les premiers cas de décès attribuables au sida, chez des personnes toxicomanes. Cette nouveauté contribue au dépistage au sein de ce groupe et avant la fin des années 1980, il devient la seconde cohorte à risque pour la transmission du VIH dans la plupart des pays industrialisés, après la communauté homosexuelle masculine (CQRS, 1994 cité par Brisson, 1997). L'arrivée du sida ouvre la porte à l'intégration du paradigme de réduction des méfaits auprès des utilisateurs de drogues injectables (UDI)<sup>18</sup> pour limiter l'épidémie du sida (Beauchesne, 2006; Peretti-Watel, Beck, Legleye, 2007). Il faut dorénavant protéger la santé de ce groupe d'usagers, car cela revient à protéger la santé de tous (Coppel, 2002).

Au Québec, à partir de 1994, le paradigme de la réduction des méfaits s'impose et se diffuse (Brisson, 1997). Certaines pratiques prennent de l'expansion (lieux d'échange de seringues, accès à la méthadone, travail d'information et d'éducation auprès des usagers). À la vision morale du toxicomane, où souvent l'abstinence était de mise, y est juxtaposée une vision pragmatique obéissant à une logique de contrôle sociosanitaire d'une problématique ayant pris des proportions épidémiques. Le paradigme de la réduction des méfaits est plus humaniste, déculpabilise l'utilisateur et favorise sa non-stigmatisation. Par contre, il est parfois difficile pour

---

<sup>17</sup>Plus précisément, c'est à l'été 1981, aux États-Unis que les premiers cas sont diagnostiqués (Brisson, 1997).

<sup>18</sup>Dans le cadre de ce mémoire, nous ne faisons que référence aux utilisateurs d'héroïne. L'héroïne est une drogue de la catégorie des dépresseurs. Elle fait partie des opiacés semi-synthétiques. Elle est fabriquée à partir d'opiacés naturels (tels que l'opium) (Léonard & Ben Amar, 2002). Parmi ses modes de consommation, on retrouve principalement l'injection.

cette approche de coexister avec l'idéologie du prohibitionnisme toujours en place (Beauchesne, 2006).<sup>19</sup>

À partir de 1998, l'État opte pour le terme « d'usage inapproprié » pour expliquer ce qui était défini avant comme un usage abusif ou un usage problématique (Quirion, 2010). Tel que Quirion l'explique :

« l'usage inapproprié ne se définit plus à partir de critères tels que la fréquence d'usage ou l'apparition de symptômes liés à la dépendance, mais plutôt à partir de la présence de méfaits ou de conséquences négatives provoquées par la consommation de drogues. » (Quirion, 2010, p.280).

En d'autres termes, cet usage inapproprié est lié à un type d'usage pouvant engendrer des difficultés de différents ordres tels que des problèmes dans le domaine physique, psychologique, économique ou social. Cette consommation représente un danger pour la santé, pour la sécurité ou pour le bien-être des personnes, de leur entourage ou de la société (MSSS, 1998a, cité par Quirion, 2010).

Dans cette optique, les interventions gouvernementales auront comme principal enjeu la réduction des méfaits ou des conséquences liés à l'usage. En somme, elles ne visent pas tant à éliminer toutes les pratiques psychotropes, mais plutôt à encourager les usagers à avoir une consommation responsable. En ce sens, l'intervention n'est plus nécessairement liée à la promotion de l'abstinence, mais à conduire les individus à gérer eux-mêmes leur usage et les risques qu'il comporte.

#### *1.2.4 Les définitions retenues de la réduction des méfaits*

Nous retenons deux définitions de la réduction des méfaits<sup>20</sup>. La première définition dite « minimale » est : « une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de

---

<sup>19</sup>Pour plus de détails sur les impacts de la prohibition des drogues, sur les usagers voir Beauchesne, L. (2006). *Les drogues: légalisation et promotion de la santé*. Montréal, Bayard Canada.

<sup>20</sup> Brisson (1997) indique qu'il existe de nombreuses définitions de l'approche qui sont loin d'être unanime. Les deux définitions qu'il propose sont issues de sa lecture d'une vingtaine de définitions fournies par des experts et des praticiens de divers domaines. Il a dégagé le plus petit dénominateur commun pour définir l'approche et a de plus, en intégrant des éléments que chacun apportait, proposé une deuxième définition plus large.

l'usage de drogues plutôt que sur l'élimination de l'usage » (Brisson, 1997, p. viii). Il existe aussi une deuxième définition dite « maximale » :

« une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou autre comportement à risque ou « addictif »), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements et aux effets pervers des contrôles de ces comportements, pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaires, économiques et sociaux» (Brisson, 1997, p.viii).

Ces deux définitions expliquent bien les objectifs de ce nouveau paradigme. Il comprend deux principes : le pragmatisme et l'humanisme. Le pragmatisme est lié à une volonté de reconnaître que l'usage des drogues est un phénomène universel et qu'il importe de s'attarder aux conséquences négatives de la consommation et de favoriser les changements chez l'individu selon une hiérarchie d'objectifs. Autrement dit, le pragmatisme cherche les réponses les moins mauvaises aux questions. Quant au principe d'humanisme, cela signifie qu'il faut rejoindre les usagers de drogue en difficulté dans leur milieu et de rendre facilement accessibles les soins et les services qu'ils nécessitent. De plus, les tenants de ce paradigme mentionnent qu'il faut favoriser le respect de leurs droits et les encourager à prendre des décisions et à se prendre en charge (Brisson, 1997).

### *1.2.5 Les principes d'action de la réduction des méfaits*

D'autres principes d'action caractérisent ce paradigme (Brisson, 2012) : une approche coûts/bénéfices de la consommation de drogues, travailler sur la réduction progressive des méfaits jusqu'à une éventuelle élimination de l'usage (selon une hiérarchie d'objectifs), offrir des services et des soins adaptés à la condition physique et psychologique des individus, assortie d'un minimum d'exigences (c'est-à-dire à bas seuil), promouvoir la tolérance à l'endroit d'un comportement socialement et moralement controversé, ainsi que soutenir et accompagner les usagers dans leur démarche d'autonomisation et de défense de leurs droits. Ces principes permettent de différencier les intervenants qui utilisent la réduction des méfaits comme un moyen d'action de ceux qui y ont recours comme une fin. À titre d'exemple, ceux qui l'utilisent comme une fin trouvent aussi légitime d'utiliser le paradigme de réduction des méfaits que l'abstinence.

### *1.2.6 Les niveaux de prévention dans la réduction des méfaits*

Ce paradigme comporte aussi d'autres particularités en ce qui a trait au niveau de prévention qu'il vise. Lorsqu'il met l'emphase sur les conséquences de l'usage, on peut le considérer comme une approche de prévention secondaire (Brisson, 2012). Néanmoins, étant donné qu'il inclut les pôles des risques et des méfaits, son champ d'action s'étend aussi à la prévention primaire (en ce qui concerne la gestion des risques) et la prévention tertiaire (pour une prise en charge qui ne nécessite pas l'abstinence) (Brisson, 2012). De plus, dans l'éventail des pratiques liées à la réduction des méfaits, deux types d'actions sont présentes. Il y a les actions plutôt en amont comme la fourniture de matériel, l'information, l'éducation, etc., ainsi que d'autres plutôt en aval (prescription de drogues, consommation contrôlée, défense des usagers, etc.) (Brisson, 2012).

### *1.2.7 Les modèles d'interventions liés au paradigme de réduction des méfaits*

#### *1.2.7.1 L'approche biopsychosociale de Dollard Cormier*

Au Québec, le psychologue Dollard Cormier de l'Université de Montréal fut un pionnier dans la formation des professionnels ayant un intérêt pour les problèmes vécus par les personnes alcooliques et toxicomanes. Il créa le premier laboratoire de recherche sur l'abus d'alcool et de drogues au Québec (Lecavalier et coll., s.d.). Il propose dans le milieu des années 1980 de remettre en question la conception essentiellement médicale de la toxicomanie. Il identifie le modèle biopsychosocial comme une nouvelle modalité d'intervention au Québec (Quirion & Plourde, 2009). Dans ce modèle, pour être efficace, toute intervention doit s'intéresser aux différentes dimensions que contient le style de vie des alcooliques : les dimensions physiologiques (ou biologiques), psychologiques et sociales. Dans cette perspective, au niveau psychologique, les intervenants sont interpellés par la place de la motivation dans ce processus de changement. Ce dernier est complexe, par exemple, certains individus peuvent être incapables de garder un niveau de motivation pour compléter un processus de réadaptation (Lecavalier et coll., s.d.).

Dans cette logique, Dollard Cormier défend l'idée que l'abstinence ne devrait pas être le seul critère d'évaluation des effets du traitement puisque la sortie de la toxicomanie peut souvent correspondre à ce qu'il définit comme l'apprentissage d'une consommation contrôlée (ou le boire contrôlé). En effet, le modèle de la réduction des méfaits a instauré une nouvelle façon de faire dans l'univers de la dépendance et une redéfinition des règles fut nécessaire. L'objectif poursuivi par l'utilisateur devient la base sur laquelle repose la demande de traitement. Dans cette perspective, l'utilisateur est accueilli, peu importe son niveau de motivation. L'intervenant a pour rôle d'adapter son intervention de façon à réduire les méfaits associés aux conduites de risque (Lecavalier, et coll., s.d.).

Abordons maintenant comment se concrétise le passage de cette approche théorique à sa pratique sur le terrain. Il existe deux grands types de pratiques soit celles liées à l'usage des drogues illicites et celles liées aux drogues licites (Brisson, 2012).

#### 1.2.7.2 Les pratiques liées à l'usage des drogues illicites<sup>21</sup>

Pour débiter, les pratiques liées à l'usage des drogues illicites seront présentées. En premier lieu, on y retrouve l'approvisionnement en seringues (distribution, échange, vente à faible coût, kit de désinfection) (Peretti-Watel, Beck, Legleye, 2007). Cela constitue l'essence même de l'approche de réduction des méfaits. Cette pratique débuta au milieu des années 1980 à certains endroits en Europe et depuis, elle est établie dans la plupart des pays développés (Emmanuelli, 2004). Au Québec, ce type de programme existe depuis la fin des années 1980. Il y a les centres spécialisés de prévention (par exemple CACTUS) qui assurent la grande partie de la distribution des seringues, les programmes avec approche communautaire (PIC-ATOUS) qui pratiquent l'intervention dans le milieu et offre du support psychosocial, et finalement, les programmes de sites multiples non spécialisés (par exemple : les C.S.S.S.) qui s'assurent que les seringues soient offertes en dehors des grands centres urbains (Brisson, 1997).

---

<sup>21</sup> Les informations présentées dans les deux prochaines sections sont (sauf exception) tirées de Brisson (2012).

Ensuite, les drogues de substitution sont la deuxième mesure en importance dans les politiques et programmes en réduction des méfaits (Brisson, 2012). Cette mesure concerne principalement la méthadone. Mis à part la méthadone, quelques pays continuent (ou commencent) des expériences prescriptives avec d'autres drogues en s'inspirant du modèle britannique (Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Australie). À l'intérieur du territoire québécois, il existe deux programmes de méthadone : le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) qui propose un traitement de substitution en externe et le programme de l'unité de désintoxication de l'Hôpital Saint-Luc qui fournit un sevrage assisté en interne ou externe (Brisson, 1997).

En Europe, certains pays innovateurs en réduction des méfaits ont développé dès la fin des années 1980, des zones où l'on tolère que les usagers consomment des drogues illicites. Ces endroits ont l'avantage de réduire les risques associés à la clandestinité. À l'origine, des « sites ouverts » ont été développés comme à Zurich en Suisse. Ils ont maintenant disparu au profit de salles sanitaires ou de salles d'injection. En ce qui a trait au territoire canadien, depuis 2003, la ville de Vancouver en Colombie-Britannique accueille un site d'injection supervisée de drogues : Insite. (AITQ, s.d.) L'ouverture d'Insite a été possible grâce à une demande d'exemption de la loi fédérale sur les drogues et autres substances. En somme, ces endroits ont l'avantage d'être plus discrets et sont connectés avec des ressources psychosociales et sanitaires (AITQ, s.d.).

En guise de dernière pratique liée aux drogues illicites, des modalités d'application ou des modifications des lois afin de les rendre moins rigides ont été testées dans plusieurs pays (Brisson, 2012). Ici, on fait allusion par exemple, à la décriminalisation de fait de la possession de cannabis aux Pays-Bas, à la collaboration entre les autorités policières et les intervenants en santé publique en Grande-Bretagne et en Allemagne et à la déjudiciarisation de la possession de cannabis dans certains états d'Australie. En ce qui a trait au Canada, le statu quo domine au niveau de la législation fédérale (Brisson, 1997).



### *1.2.7.3 Les pratiques liées aux drogues licites*

Dans cette section s'y retrouvent (entre autres) les modifications apportées aux substances qui sont fréquemment initiées par les compagnies fabricantes (Brisson, 2012). Ces changements rendent les produits consommés moins concentrés et il est donc plus facile de les gérer pour les usagers. Par exemple, il y a les boissons alcoolisées à teneur réduite en alcool, les cigarettes « légères », etc. Ces dispositions ne présentent pas toujours les résultats attendus, dans le cas de l'alcool, certaines boissons alcoolisées sont souvent neutralisées par la vente de produits « forts », à concentration plus élevée en alcool (Brisson, 1997).

Précédemment furent abordés les produits de substitution. Les drogues licites ont aussi leurs produits de substitution. Le tabac fumé peut être remplacé par les timbres, les gommes à mâcher, les vaporisateurs nasaux, etc. D'autres produits sont aussi disponibles : des stéroïdes prescrits pour ceux détournés du marché pharmaceutique, l'approvisionnement en alcool régulier comme solution de remplacement aux solvants chez les itinérants, etc. (Brisson, 1997).

Des mesures environnementales ont été développées dans l'approche de la réduction des méfaits. Ces mesures s'étendent à trois niveaux : physiques, communautaires et politiques. Rendre disponibles les instruments d'auto-évaluation de l'alcoolémie, délimiter des sections pour fumeurs et non-fumeurs sont des mesures physiques. Former les serveurs et appliquer des politiques qui promeuvent la modération dans les établissements, créer des services de accompagnement (Opération Nez rouge) ou des systèmes de chauffeur désigné sont des mesures communautaires. Finalement, les mesures politiques sont constituées des réglementations en matière d'alcool et de tabac qui peuvent avoir un impact sur les risques ou les conséquences néfastes : les limites d'âge, les heures d'ouverture, la taxation. Il importe de considérer que: « le recours à de telles mesures doit toujours être mis en balance des effets contreproductifs ou pervers qu'il peut aussi générer pour qu'au total, il y ait véritablement réduction des méfaits ». (Brisson, 2012, p.9)

### *1.2.8 Les bénéfices et les défis de l'approche de réduction des méfaits*

Comme soutenu par certains auteurs (Brisson, 2012; Coppel, 2002) de nombreuses études ont été conduites sur l'efficacité des pratiques de réduction des méfaits. Elles concernaient plus particulièrement les dimensions portant sur la prévention de la transmission des ITSS (majoritairement du VIH et de l'hépatite C), l'amélioration de l'état de santé et des conditions de vie des consommateurs (diminution de la mortalité et de la morbidité liées à l'usage de drogues) et la baisse de la criminalité associée et de ses conséquences (Brisson, 2012). Dans la section ci-dessous seront présentés les impacts auprès des usagers de certaines pratiques de réduction des méfaits.

L'institut National de Santé publique du Québec (INSPQ, 2009) a réalisé une analyse critique de la littérature portant sur les services d'injection supervisée (SIS). Pour ce faire, il a examiné des documents publiés entre 2003 et 2008 ainsi que des rapports produits par des agences mandatées pour évaluer les SIS. Il en ressort que de nombreux avantages au niveau des SIS ont été répertoriés. Tout d'abord, la présence de SIS entraîne une diminution du nombre de surdoses dans l'ensemble de la communauté où ils sont implantés. Cette réalité peut s'expliquer par la présence d'un personnel compétent pour donner une réponse rapide en cas de surdose. Ensuite, l'INSPQ souligne que les études ne présentent aucune conséquence négative liée à la création d'un environnement sécuritaire pour l'injection de drogues. Les chercheurs ont aussi trouvé des recherches (MSIC, 2003; Zurhold et coll., 2003; Stoltz et coll., 2007 cités dans INSPQ, 2009) montrant que l'utilisation d'Insite à Vancouver a engendré une baisse des injections de drogues en public ainsi qu'une récupération de façon plus sécuritaire des seringues par les personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI).<sup>22</sup> De plus, les recherches analysées par l'INSPQ montrent que ce sont les personnes les plus désorganisées socialement qui profitent le plus de la présence de ces services. En ce sens, il explique que les résultats d'études réalisées avant l'ouverture d'Insite (Wood et coll., 2006 cités dans INSPQ, 2009) exposent que les personnes qui sont le plus susceptible de fréquenter les SIS sont celles s'injectant régulièrement de l'héroïne et de la cocaïne, qui s'injectent dans des lieux publics, pratiquent le travail du sexe, qui ont besoin d'aide pour leur injection et qui ont du mal à se

---

<sup>22</sup> Des résultats similaires ont été obtenus dans des évaluations de SIS Européen (INSPQ, 2009).

procurer des seringues qui ne sont pas souillées (Kerr et coll., 2003 cités dans INSPQ, 2009). Finalement, les SIS profitent aussi à la communauté où ils sont implantés. En effet, la plupart des études analysées présentent des effets positifs sur l'ordre public et sur la qualité du milieu de vie où sont introduits ces services. La crainte que les SIS contribuent à augmenter les trafics de drogues dans les environs et qu'il y ait une augmentation des taux de criminalité ne sont pas établis selon les premiers résultats des évaluations du site d'Insite à Vancouver (Wood et coll., 2006 cité dans INSPQ, 2009) et d'un site de Sydney (MSIC, 2003; Freeman et coll., 2005 cités dans INSPQ, 2009).

En guise de deuxième intervention, les études tendent à montrer que les programmes d'échanges de seringues (PES) sont protecteurs sur la transmission du VIH (Emmanuelli, 2004; Wodak & Cooney, 2004; MacDonald et coll., 2003). Par exemple, en regroupant des données d'origines variées provenant de 99 villes (d'Asie, d'Australie, du Canada, des États-Unis) où des PES ont été créés et d'autres où ils n'existent pas un tel service, les résultats montrent que les villes où il y a des PES voient leur taux de prévalence du VIH diminuer de 18,6% par année, alors que les villes n'offrant pas ce service connaissent plutôt une augmentation annuelle de 8,1% (MacDonald et coll., 2003). D'autres chercheurs ont réalisé une méta-analyse traitant des résultats de 48 études (de 1989 à 2002) portant aussi sur l'efficacité des PES (Wodak & Cooney, 2004). Ils expliquent qu'un grand nombre d'études montrent des résultats positifs. Plus précisément, de nombreuses études présentent que les comportements à risque liés au VIH (partage de seringues) diminuent ou sont moins présents chez les UDI qui utilisent les services des PES. Par ailleurs, en ce qui concerne la transmission du virus de l'hépatite C (VHC), leur efficacité semble moins certaine (Emmanuelli, 2004). Une étude menée à Amsterdam (de 1985 à 2005) regardant l'impact des programmes de réduction des méfaits sur l'incidence du VIH et du VHC indique que leurs transmissions pouvaient être réduites significativement lorsque la méthadone et les PES sont utilisés conjointement (Van Den Berg et coll., 2007). Finalement, un dernier point mérite l'attention du lecteur. Selon certaines recherches, les jeunes usagers et les nouveaux injecteurs suscitent particulièrement l'inquiétude des intervenants au regard des importantes contaminations par le VHC au sein de ces groupes (Emmanuelli, 2004). Ceci s'explique par le fait que ces usagers ne fréquenteraient pas ou peu ces services (Emmanuelli, 2004). De plus, une étude réalisée à

Montréal a montré que les jeunes évitent de se procurer des seringues stériles afin de réduire leur risque de rechute (Roy et coll., 2003). Ainsi, lors d'une rechute, ces jeunes n'ont pas en leur possession ce qu'il faut pour s'injecter de la drogue d'une manière sécuritaire. Donc, cela semble expliquer que les stratégies que les jeunes développent pour réduire ou arrêter leur consommation puissent aller à l'encontre de celles qui favorisent les pratiques sécuritaires. Les chercheurs expliquent que les programmes de prévention devraient prendre en considération ce moment critique qu'est la rechute dans la trajectoire de consommation des jeunes UDI.

#### 1.2.8.1 Les défis et les bénéfices pour l'intervention

Comme abordées précédemment, plusieurs recherches ont montré les défis et les bénéfices pour les usagers de certaines interventions en réduction des méfaits. Maintenant, nous présenterons les défis et les bénéfices auxquels sont confrontés les professionnels œuvrant dans l'intervention en réduction des méfaits.

Tout d'abord, l'application de l'approche de réduction des méfaits dans un contexte de réadaptation constituerait pour certains un paradoxe (Landry & Lecavalier, 2003). Partant de ce fait, les drogues et leur effet psychoactif, dans cette approche, ne prévalent pas. Elles constituent plutôt le vecteur des méfaits. Ce sont ces derniers qui doivent être écartés. Par exemple, avec le SIDA, les autorités ont cherché à tout prix d'éviter la contagion et ce, au prix du compromis relatif à la lutte à la consommation des drogues illicites (Riley, 1993 cités dans Landry & Lecavalier, 2003). Par contre, dans le traitement de la toxicomanie, la perspective est distincte, la problématique de la dépendance occupe le premier rang. D'ailleurs, l'individu désireux d'être admis dans un centre de réadaptation en toxicomanie doit présenter des critères d'abus ou de dépendance aux drogues. Dans le processus de réadaptation, la relation aux drogues sera modifiée pour redonner à l'individu la possibilité de reprendre le pouvoir sur sa vie. Landry et Lecavalier (2003) s'interrogent sur comment concilier ces deux perspectives dans un même environnement et aussi les insérer dans une stratégie d'intervention cohérente. Cela n'est pas une tâche facile parce que la réduction des méfaits peut amener les intervenants en toxicomanie à s'éloigner du problème majeur de santé que symbolise la dépendance. C'est un défi auquel sont confrontés les différents professionnels travaillant avec cette approche.

Pour ces professionnels, l'application de l'approche de réduction des méfaits peut être traduite en deux questionnements, de quelle façon intervenir sur la consommation de drogues et comment accommoder le « principe de haute tolérance » avec la mise en place d'un cadre thérapeutique approprié (Landry & Lecavalier, 2003).

Maintenant, abordons la manière d'intervenir avec cette approche. Dans un premier temps, il faut identifier les méfaits associés à la consommation de drogue dans un travail de collaboration entre l'individu et l'intervenant afin de cibler des objectifs de travail. L'avantage d'intervenir avec l'approche de réduction des méfaits est que de nombreux objectifs peuvent être développés et non pas seulement des objectifs prônant l'abstinence. De ce point de vue, l'abstinence n'est plus le seul objectif valable (Landry & Lecavalier, 2003). Deux sondages réalisés auprès des usagers du Centre Dollard-Cormier<sup>23</sup>, montrent que l'abstinence de tout produit était recherchée chez 60% des usagers en 1997 alors qu'elle était de 40% en 2000 (CROP, 2000; Landry, Nadeau, Racine, 1996 cités par Landry & Lecavalier, 2003). Par rapport à ces données, l'approche de réduction des méfaits a comme force de respecter les objectifs décidés par les individus pour commencer l'intervention. Par conséquent, laisser le libre-choix à l'individu en ce qui a trait à son ou ses objectifs permet de connaître véritablement son objectif lié à la consommation et cela encourage un discours plus authentique autant de sa part que de la part de l'intervenant (Landry & Lecavalier, 2003).

En dernier lieu, il importe de considérer : « que toute amélioration de la situation des personnes toxicomanes comme un résultat légitime et valable en soi » (Landry & Lecavalier, 2003). Cela signifie que la réduction des méfaits permet la redéfinition de la notion de succès thérapeutique dans l'intervention. En outre, plusieurs praticiens et professionnels sont aux prises avec de fréquents problèmes portant sur la définition thérapeutique de leur activité et sur la professionnalisation des réponses apportées (Feroni, 2004). À titre d'exemple, pensons à quelques types de comportements de certains individus tels que la poursuite de l'usage de drogues ou des comportements revendicateurs (Landry & Lecavalier, 2003; Feroni, 2004). Conséquemment à ces comportements, deux types de réponses de la part des professionnels

---

<sup>23</sup>Le Centre Dollard-Cormier s'appelle dorénavant le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire (CRDM-IU). Dans le cadre de ce mémoire, l'appellation originale a été conservée afin de rester fidèle aux sources consultées.

sont possibles. Dans le cas du programme de méthadone, certains médecins prescripteurs les interpréteront comme des signes d'une inadaptation du traitement et non pas comme l'expérience de la déviance de la personne. Des réponses d'ordre pharmacologique ou un encadrement renforcé de la personne par recours à la collaboration du pharmacien seront préconisés (Feroni, 2004).

À l'opposé de ce qui précède, des intervenants privilégieront le principe de « haute tolérance ». Ce principe propose que les services soient offerts d'une manière souple et basés sur la tolérance. En d'autres termes, la structure doit s'adapter aux individus et non l'inverse (Landry & Lecavalier, 2003). Dans cette optique, l'encadrement et les exigences peuvent aussi varier en fonction des besoins et des objectifs. Lors des débuts de la démarche thérapeutique, le cadre sera momentanément mis de côté au profit de l'acceptation et du développement de l'alliance thérapeutique (Landry & Lecavalier, 2003). Cette expression de « haute tolérance » invite à adopter des valeurs comme la flexibilité, l'accessibilité, l'acceptation de l'ensemble des individus demandant de l'aide, peu importe l'origine de leurs motifs et la précarité de leur situation (Landry & Lecavalier, 2003).

Pour conclure, il existe encore des défis pour les professionnels qui interviennent avec la réduction des méfaits. Malgré la promotion des valeurs abordées ci-dessus, les individus bénéficiant d'un suivi thérapeutique ou d'un traitement en toxicomanie sont toujours à risque d'être stigmatisés. La conjoncture politique en est notamment responsable. Le stéréotype du « junkie » est souvent utilisé dans la guerre à la drogue pour faire peur et il continue à influencer grandement les points de vue du public sur la drogue (Coppel, 2002). De plus, certains politiciens défendent l'idée que la toxicomanie est un choix individuel donc que les consommateurs doivent assumer leurs responsabilités (Lauzon, 2011). Ces types de discours réduisent les causes de la toxicomanie et ont un impact sur ces personnes qui peuvent avoir peur de fréquenter les services (Lauzon, 2011). Aussi : « criminaliser la situation des personnes toxicomanes est inefficace sur le plan médical et ne fait qu'aggraver la complexité des difficultés qu'elles rencontrent. » (Lauzon, 2011, p.9) Somme toute, espérons que les futures décennies permettront d'innover sur le plan de la réflexion et de continuer d'améliorer les pratiques de réduction des méfaits.

## 1.3 Les programmes de substitution à la méthadone

Tel que mentionné précédemment, dans l'approche de la réduction des méfaits, l'individu fait l'apprentissage de la consommation et peut, selon les circonstances, perdre le contrôle et le retrouver. La substance consommée crée des renforcements positifs ou négatifs, selon l'individu et l'environnement auquel il est soumis. Des interventions qui visent à reprendre le contrôle de la consommation (par exemple, boire de façon contrôlée) sont mises de l'avant. De plus, le rétablissement n'est plus uniquement lié à l'abstinence, mais il peut être lié à la consommation contrôlée.

Réduire les effets négatifs liés à la consommation est avant tout privilégié. En outre, cette approche redéfinit la sortie de la dépendance. Alors que dans le modèle axé sur l'abstinence, renoncer totalement et définitivement à la consommation du produit psychotrope était synonyme de rétablissement, avec l'application de la réduction des méfaits, l'abstinence n'est plus jugée comme la seule forme de rétablissement, car d'autres rapports aux produits psychotropes sont devenus acceptables (Caiata Zufferey, 2005a).

Les programmes de maintien (ou de substitution) à la méthadone<sup>24</sup> font partie des modalités d'intervention s'inscrivant dans l'approche de réduction des méfaits. Dans la présente section, ce type de programme sera présenté de manière plus approfondie en accentuant plus particulièrement sur comment se déroule le rétablissement avec la méthadone et l'efficacité de cette intervention.

### 1.3.1 L'histoire de la méthadone

La méthadone fut synthétisée pendant la Deuxième Guerre mondiale afin de remplacer les analgésiques opioïdes qui étaient en pénurie dans le traitement de la douleur des blessés

---

<sup>24</sup> Dans le cadre de ce mémoire, les expressions : « programme de substitution » et « programme de maintien » à la méthadone seront utilisés sans distinction.

(MSSS, 2006)<sup>25</sup>. C'est au commencement des années 1940 qu'Isabell et ses collaborateurs de l'*Addiction Research Center de Lexington* ont présenté la méthadone comme utile pour diminuer les symptômes de sevrage des personnes dépendantes d'opioïdes<sup>26</sup> (MSSS, 2006). Cependant, ce n'est qu'au début des années 1960 que Dole et Nyswander (respectivement un médecin et un psychiatre) démontrent la pertinence, la faisabilité et l'utilité d'utiliser la méthadone comme produit de substitution dans le traitement de maintien des individus dépendants des opioïdes (MSSS, 2006). En effet, c'est en 1962 qu'ils ouvrent un centre pour toxicomanes où ils utilisent la méthadone comme produit de substitution (Geismar-Wieviorka, 1997). Ils découvrent rapidement les effets positifs de cette substance semblable à certains niveaux à l'héroïne, mais sans les effets négatifs.<sup>27</sup> Les premiers résultats cliniques sont favorables, car 80% des personnes sous traitement arrêtent l'héroïne (Coppel, 2002). Ces personnes qui étaient à l'époque considérées comme des psychopathes prouvent qu'il est possible de se réinsérer dans leur vie familiale et être de bons citoyens.<sup>28</sup>

Pendant la décennie suivante, des pays tels que l'Angleterre, la France, l'Italie et la Suisse ont créé des programmes similaires, mais ils restent marginaux dans l'univers du traitement de la toxicomanie (MSSS, 2006). Effectivement, ces programmes ont émergé à l'extérieur des centres de traitement en toxicomanie parce qu'ils prônaient une attitude de tolérance à propos de la consommation et cela ne correspondait pas à l'objectif d'abstinence préconisé dans ces centres. À cette époque, la méthadone était perçue comme une autre drogue et non comme un médicament utilisé dans le cadre d'un traitement (MSSS, 2006).

---

<sup>25</sup> Plus précisément, elle fut développée en Allemagne dans la fin des années 1930 en vue d'une éventuelle pénurie de morphine pendant la Deuxième Guerre et elle fut introduite aux États-Unis suite à la réquisition des brevets allemands par les forces alliées (Herrie & Skinner, 2010).

<sup>26</sup> Le terme « opiacé » est celui le plus fréquemment utilisé pour décrire toute substance dérivée de l'opium ou exerçant une action comparable à celle de l'opium (Léonard & Ben Amar, 2000). Le terme « opioïde » est également employé pour décrire ces produits et c'est celui-ci qui sera utilisé dans le cadre de ce mémoire.

<sup>27</sup> La méthadone est un opioïde synthétique qui est pris sous forme de liquide. Elle prend trente minutes pour faire effet et ce dernier à une durée d'entre 24 et 36 heures (Herrie & Skinner, 2010).

<sup>28</sup> Jusqu'à la fin des années 1950, l'intervention favorisée pour rendre abstinents les usagers d'héroïne devenus dépendants était l'incarcération ou l'hospitalisation pendant de longues périodes à l'intérieur de sanatoriums. Ces deux options demeuraient infructueuses et donnaient régulièrement lieu à une rechute (MSSS, 2006).



C'est avec l'arrivée de l'épidémie mondiale du VIH que ces traitements de substitution ont suscité davantage d'intérêt en tant que mesure préventive (MSSS, 2006). D'ailleurs, ils ciblaient la réduction des risques liés à l'utilisation de matériel d'injection susceptible d'être infecté chez les individus consommant des opioïdes. Jusqu'alors une pratique très limitative, le traitement fut développé afin d'augmenter le nombre de personnes pouvant en bénéficier et ainsi ralentir l'épidémie du VIH (MSSS, 2006).

### *1.3.2 L'intervention avec les programmes de maintien à la méthadone<sup>29</sup> : leur naissance au Québec*

Au Québec, c'est en 1985 que fut instauré à Montréal le premier programme de traitement de substitution à la méthadone afin d'aider les personnes dépendantes des opioïdes (MSSS, 2006). La réalisation de ce programme public fut financée pour répondre au contexte d'urgence de propagation du VIH. Relativement à ce contexte, les professionnels de la santé travaillant auprès d'usagers d'opioïdes vivaient beaucoup d'impuissance à leur venir en aide (MSSS, 2006). Dès le commencement, ce type de traitement a été basé sur une approche des plus pragmatiques où l'évolution et l'ajustement étaient préconisés afin de répondre aux besoins nombreux et changeants de ces usagers.

Lehman et Lauzon (1988) exposent que les différents critères d'admission dans la plupart des programmes dans le monde sont : avoir au moins dix-huit ans, avoir une histoire de consommation quotidienne d'héroïne depuis au moins deux ans, avoir fait au moins une tentative d'abstinence. En ce qui concerne Relais-Méthadone, un programme de méthadone à exigences peu élevées, les critères d'admission sont avoir plus de 14 ans, être dépendant de l'héroïne depuis au moins un an et avoir une situation de vie précaire, notamment pour ce qui est du logement et du revenu (Côté et coll., 2003).

---

<sup>29</sup>Il existe trois principales approches pour l'utilisation de la méthadone soit la désintoxication, la réinsertion et le maintien à la méthadone (Léonard & Ben Amar, 2002). Nous nous intéressons plus particulièrement au maintien (que nous appelons aussi substitution) à la méthadone qui est un traitement où la personne prend de la méthadone aussi longtemps que sa condition le requiert.

### *1.3.3 La description des consommateurs d'héroïne*

Tout d'abord, tout comme dans la population générale, les consommateurs d'héroïne ne représentent pas un groupe homogène. Cependant, les particularités décrivant les consommateurs québécois accueillis dans les centres spécialisés pour un traitement de substitution dévoilent une population vulnérable. Les principales difficultés observées chez ces individus sont des antécédents de perte d'un parent, de violence physique ou sexuelle ainsi que familiale, des difficultés fonctionnelles sur les plans familial, parental et social (Paquin et coll., 2011). On remarque aussi des problèmes de santé mentale de type affectif, anxieux ou des troubles de la personnalité, un abus ou une dépendance à d'autres substances que les opioïdes, une mortalité accrue, des conditions de santé physique détériorées et souvent liées à des maladies infectieuses contractées (telles que des hépatites, VIH, etc.), des problèmes liés à l'emploi et des problèmes avec la justice (Paquin et coll., 2011).

### *1.3.4 Le portrait de la consommation illégale d'opioïdes et des usagers bénéficiant d'un traitement à la méthadone*

En 2000, au Canada, le nombre de personnes faisant un usage régulier d'héroïne se situait entre 40 000 et 90 000 personnes alors que le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement de substitution était estimé à 15 000 personnes (Santé Canada, 2008 cité par Paquin et coll., 2011). Une autre étude estime à 125 000 le nombre d'individus s'injectant de la drogue au Canada (Fischer et coll., 2006).<sup>30</sup>

En ce qui a trait au contexte québécois, environ 18 % (environ 2 200) de l'ensemble des personnes dépendantes des opioïdes sont rejoints par un programme de substitution avec la méthadone (MSSS, 2006). La majorité d'entre elles sont dans la région de Montréal (60 %), suivie des régions de la Montérégie (10 %) et de Québec (7 %) (INSPQ, 2003 cités par MSSS,

---

<sup>30</sup> Ce chiffre tient compte des consommateurs de diverses drogues injectables telles que la cocaïne par exemple.

2006).<sup>31</sup> Quant au contexte canadien, moins de 10% des personnes dépendantes des opioïdes auraient reçu un traitement à la méthadone (Fischer, 2000).<sup>32</sup>

### *1.3.5 L'organisation des services liés à la méthadone à Montréal*

Dans la grande métropole, les services sont offerts principalement par le Cran (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes) dans le cadre d'une entente de services avec le Centre Dollard-Cormier et deux autres centres hospitaliers, la clinique de médecine familiale Herzl de l'Hôpital général juif de Montréal et le Service de médecine des toxicomanies du CHUM St-Luc (CRAN, 2011). En 2011, les individus bénéficiant de ces services étaient au nombre de 820 au Cran, de 150 au CHUM et de 490 à la clinique Herzl (CRAN, 2011).

Les services cliniques réguliers du CRAN visent à améliorer la qualité de vie des personnes dépendantes des opioïdes, principalement de l'héroïne, en leur offrant un traitement de substitution à la méthadone (CRAN, 2013). Le traitement vise à éliminer les symptômes de sevrage et le plus possible éliminer leurs problèmes de consommation. Des services psychosociaux, médicaux et infirmiers sont également disponibles. Le type de service et leur fréquence varient selon les objectifs et les situations des individus (CRAN, 2013).<sup>33</sup>

Relais-Méthadone (un service du CRAN) est le premier programme de méthadone à exigence peu élevée instauré au Canada en 1999 (Côté et coll., 2003). Mis à part la prescription de méthadone, plusieurs autres services sont offerts tels que du soutien psychosocial, l'échange de seringues et la distribution de condoms. À l'opposé des programmes réguliers, la particularité de Relais-Méthadone est que l'abstinence totale de la consommation d'héroïne n'est pas requise (Côté et coll., 2003). Dans une perspective de réduction des méfaits, les

---

<sup>31</sup> Le Ministère précise que les chiffres présentés ne différencient pas l'utilisation de la méthadone dans le cadre d'un traitement de la douleur de son utilisation dans le traitement de la dépendance (MSSS, 2006).

<sup>32</sup> À titre de comparaison, certains pays tels que l'Australie, la Suisse et les Pays-Bas offriraient les traitements de méthadone à environ 40-50% des individus dépendants des opioïdes (Fischer, 2000).

<sup>33</sup> Dans ce type de programme régulier (ou appelé à haut seuil d'exigence), il est possible que l'utilisateur reçoive des privilèges accordés par son médecin traitant. Ce dernier, lorsqu'il juge que la dose de méthadone a été stabilisée et que l'individu a montré un fonctionnement lui permettant de gérer de façon sécuritaire sa médication dans un cadre favorable, peut alors permettre à la personne d'apporter avec elle une ou des doses de sa médication pour qu'elle puisse la prendre à l'extérieur de la pharmacie (MSSS, 2006).

critères d'admission de ces programmes contiennent des critères d'admission facilitant les conditions pour commencer, continuer ou réintégrer le traitement (Côté et coll., 2003). Les conditions pour y être admis sont minimales afin que des personnes très marginalisées et vivant dans des conditions précaires puissent y avoir facilement accès. En ce sens, ce service s'adresse plus particulièrement aux individus dépendants des opioïdes vivant à l'écart des réseaux de la santé et du système social.

### *1.3.6 Les caractéristiques associées à l'entrée dans le programme de méthadone*

Quelles sont les caractéristiques pouvant prédire l'entrée ou l'utilisation du programme de maintien à la méthadone? C'est à ce sujet que s'est intéressé Schwartz et coll. (2011) ainsi que Kerr et coll. (2005). En ce qui concerne la première étude, réalisée au Maryland (États-Unis), les chercheurs ont administré différents tests à 515 adultes dépendants des opioïdes qui étaient soit nouvellement admis dans un programme de méthadone ou soit à des individus qui ne cherchaient pas à débiter ce traitement. Les résultats révèlent qu'être d'origine afro-américaine, être en probation, consommer peu de cocaïne, être peu investis dans des activités criminelles et avoir une meilleure perception du support de sa famille et de sa communauté afin de changer ses comportements sont des caractéristiques favorables à l'entrée dans un programme de méthadone (Schwartz et coll., 2011). De plus, les individus admis dans un traitement ont tendance à avoir eu un historique plus long de traitement pour l'abus de drogue, un plus grand désir à obtenir de l'aide pour leur problème de dépendance et finalement, un point de vue plus positif sur la méthadone. Quant à Kerr et coll. (2005), ils ont étudié les facteurs bénéfiques à l'admission au programme de maintien à la méthadone auprès des personnes polyconsommatrices de drogues injectables à Vancouver. Pour ce faire, ils ont effectué des analyses auprès de 1587 individus. Ils ont examiné les données sociodémographiques liées aux individus qui avaient déjà utilisé un programme de méthadone (170) à ceux qui n'en avaient pas utilisé (1417). Il apparaît qu'être une femme, être atteint du VIH, consommer du crack et de la cocaïne (pendant la participation au traitement) et être plus âgé sont des éléments favorables. Une autre étude a montré que d'avoir déjà eu un traitement à la méthadone dans le passé, avoir peu d'amis qui consomment des drogues, avoir déjà utilisé du matériel d'injection non stérile, consommer de l'héroïne et désirer un traitement sont

associés à l'entrée dans le programme de méthadone (Booth et coll., 2003). Toutefois, consommer de la cocaïne ou de l'héroïne injectée réduirait les probabilités d'intégrer un programme (Booth et coll., 2003). Dans le cadre d'une autre recherche (Haddox et coll., 2007), où 5803 personnes furent admises dans 69 programmes de méthadone aux États-Unis, il ressort qu'un peu plus du tiers des répondants ont admis que la douleur ressentie est une raison pour prendre ce psychotrope. En effet, 63,8% des participants ont nommé avoir ressenti des douleurs physiques sévères ou très sévères au courant de la dernière semaine et 69,3% ont qualifié la douleur liée aux symptômes de sevrage de sévère ou de très sévère.

En somme, les résultats des études présentées ci-dessus tendent à montrer qu'il existe de nombreux facteurs pouvant expliquer pourquoi un individu voudrait intégrer un programme de substitution à la méthadone ou bien les caractéristiques sociodémographiques liées à son entrée. Ceci peut entre autres s'expliquer par la variabilité des échantillons et la diversité des lieux où ont été réalisées les études.

### *1.3.7 L'efficacité des programmes de substitution à la méthadone*

#### 1.3.7.1 Les avantages : les impacts sur la qualité de vie

La littérature scientifique abonde d'écrits démontrant l'efficacité de ce programme pour le traitement de la dépendance aux opioïdes (Harris & McElrath, 2012; Herrie & Skinner, 2010; Lauzon, 2011; MSSS, 2006; Coppel, 2002; Côté et coll., 2003). Une dose adéquate de méthadone empêchera l'apparition des symptômes de sevrage de l'héroïne. Ces symptômes de sevrage sont souvent un des stimuli qui incite à maintenir la consommation d'héroïne. Une fois ces symptômes éliminés, la personne peut envisager d'arrêter sa consommation régulière (d'héroïne) pour consacrer son temps à autre chose qu'à la recherche de sa drogue (Herrie & Skinner, 2010). Ce type de traitement est rentable pour l'ensemble de la société entre autres pour ses effets réducteurs sur la criminalité et le taux de participation au marché du travail (Lehman & Lauzon, 1988).

Le programme de maintien à la méthadone engendrerait une tendance à la stabilisation des conditions de vie chez ses usagers (Lehman & Lauzon, 1988; Perreault et coll., 2007). De plus, les sujets se stabiliseraient au niveau affectif et social (Lehman & Lauzon, 1988). En ce qui a trait à l'espérance de vie, les risques de décès de la personne héroïnomane sont trois fois moindres avec le traitement de maintien à la méthadone (Caplehorn et coll., 1994, cités par Léonard & Ben Amar, 2002). Cette baisse de risque peut être expliquée entre autres, par le fait que l'utilisation de drogues injectables telles que l'héroïne est l'une des causes majeures de la transmission du VIH (Côté et coll. 2003). Cette transmission est imputable aux pratiques d'échanges de seringues usagées et aux dépenses élevées qu'une telle dépendance (à l'héroïne) et peut pousser les consommateurs à la prostitution. La participation à ce type de programme permettrait une diminution du nombre d'injections de drogues et une réduction des comportements de consommation à risque (Perreault et coll., 2007).

Le programme de substitution à la méthadone contribuerait à réduire la violence ainsi que les activités criminelles liées à la consommation de drogues illicites (MSSS, 2006; Perreault et coll., 2007). À titre d'exemple, lors d'une étude, la proportion de personnes ayant admis avoir des sources illégales de revenus a diminué significativement en passant de 71,7% à 50% après 12 mois (Perreault et coll., 2007).

Plusieurs écrits scientifiques (MSSS, 2006; Fédération européenne des intervenants en toxicomanie, 1998 cité par Paquin, 2003; Geismar-Wieviorka, 1997) démontrent les résultats positifs entourant la diminution de la consommation d'héroïne et la baisse des actes criminels lorsque des services psychosociaux sont intégrés au traitement. Ces services importent parce que la seule prise de méthadone ne permet pas de comprendre ce qui est à la base de la dépendance de l'individu, soit les différents motifs qui ont contribué au développement de la toxicomanie. Les soins éducatifs et psychologiques sont importants pour les personnes prenant de la méthadone, surtout pour celles qui ont encore des « cravings » (de fortes obsessions mentales qui donnent envie de consommer) et pour celles souffrant de psychopathologie (Paquin, 2003). Quant aux points de vue des usagers de méthadone, une bonne part de ceux ayant participé à des analyses de groupe trouvait souhaitable que les

programmes de substitution soient accompagnés d'un recours au réseau psychosocial (par exemple, le psychologue, l'infirmier, le travailleur social) (Alexandre, 2011).

Le programme de substitution à la méthadone diminue les coûts pour la collectivité. Ainsi, pour chaque dollar investi dans le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone, une économie variant entre 4 et 13 dollars en matière de soins de santé, de services sociaux ou de productivité est réalisée (Santé Canada, 2002). De plus, un traitement de substitution avec la méthadone coûte environ 5000 dollars par année (Cloutier, 1999 cité par MSSS, 2006) tandis que les dépenses engendrées par la condition d'une personne dépendante non traitée ont été estimées à 44 600 dollars par année (Wall et coll., 2000).

### *1.3.8 Les obstacles au rétablissement avec la méthadone*

Le traitement de substitution à la méthadone existe au Canada dès le milieu des années 60 et depuis sa création, il est associé à la stigmatisation (Anstice, Strike & Brands, 2009). Être stigmatisé serait une expérience inévitable dans ce traitement (Herrie & Skinner, 2010; Vigilant, 2004).

#### 1.3.8.1 Le traitement de substitution à la méthadone et la dépendance

Bien qu'ils s'abstiennent de l'usage de drogues injectables depuis plusieurs années, des usagers de méthadone étaient incapables de voir les progrès réalisés parce qu'ils se perçoivent toujours comme dépendant aux opioïdes (Harris & McElrath, 2012). Or, d'autres chercheurs ont étudié le point de vue des usagers de méthadone et ils ont trouvé que certains d'entre eux percevaient la méthadone comme étant fortement addictive (Alexandre, 2011) et comme remplaçant une dépendance par une autre (Gourlay, Ricciardelli & Ridge, 2005; Neale, 1998). Il serait même difficile de s'en sevrer (Alexandre, 2011). Dans le même ordre d'idées, pour certains usagers la méthadone n'est pas qu'un médicament, elle représente une substance occasionnant une dépendance et elle est plus dangereuse que l'héroïne (Jarvinen, 2008). En ce qui a trait à l'arrêt de la prise de méthadone, les usagers racontent qu'ils se sont rarement fait proposer de diminuer leur dosage pour arriver à un arrêt total (Harris & McElrath, 2012). Finalement, malgré que la consommation d'opioïdes illicites soit remplacée par la méthadone,

une ambivalence s'installe chez l'utilisateur en lien avec la nature addictive de cette substance et les contraintes présentes dans le programme de substitution (Doukas, 2009).

#### 1.3.8.2 La structure du programme : règles et contrôle

Le Canada tout comme dans la plupart des pays, a opté pour une réglementation des médicaments de substitution qui a pour but de prévenir le mésusage, le détournement et les intoxications (Lauzon, 2011). Cette prescription très encadrée a pour conséquences l'imposition de mesures ou des inconvénients suivants : les dépistages urinaires, un maximum de doses pouvant être amenées avec soi, un nombre restreint de médecins qui ont l'autorisation pour prescrire la méthadone (ce qui entraîne moins d'accessibilité et moins de possibilité de choisir son médecin). Lauzon (2011) explique que ces restrictions sont toujours présentes même si l'utilisateur est stable et abstinent depuis plus de dix ans.

Dans une étude identifiant les obstacles perçus par les professionnels à un transfert de personnes stabilisées, suivies pour un traitement de substitution aux opioïdes dans des centres spécialisés vers les soins primaires, Paquin et coll. (2011) montrent que la difficulté d'observance au traitement de ces usagers est possiblement apparentée à la complexité de ce traitement. En effet, les professionnels interviewés ont exprimé que peu de traitements exigent autant d'organisation, de préavis et de présence assidue des usagers.

Le programme de substitution à la méthadone est souvent défini par ses usagers comme une structure stricte et contrôlante (Fischer et coll., 2002). Si avoir à se soumettre à des règles de fonctionnement au début du traitement a du sens pour des individus désorganisés, elles deviennent complètement inadaptées pour le fonctionnement des personnes stables et intégrées socialement (Lauzon, 2011). Les conditions sous lesquelles la méthadone est distribuée sont perçues comme des obstacles pour se trouver un emploi et être capable de le garder (Harris & McElrath, 2012). Aller se procurer sa dose de méthadone quotidiennement est nommé comme pouvant perturber les relations avec son employeur.

Cette situation soulève le questionnement entourant la révélation ou non de la participation à un traitement de substitution à la méthadone chez les individus questionnés. Certaines personnes auront tendance à taire leur participation de peur d'être stigmatisées, d'être traitées



différemment ou de perdre leur emploi, car cette révélation peut être associée à leur ancien mode de vie lié à la consommation d'héroïne (Conner & Rosen, 2008; Harris & McElrath, 2012).

#### 1.3.8.3 L'étiquette d'accro aux drogues persiste

Il semblerait que le traitement de substitution est généralement aussi stigmatisant que la dépendance à l'héroïne (Lauzon, 2011). Dans une étude où des usagers étaient questionnés sur leurs expériences vécues avec la méthadone, l'étiquette d'accro aux drogues est ressentie comme le stigmate le plus répandu et persistant (Conner & Rosen, 2008). Par conséquent, les personnes dépendantes des opioïdes très désaffiliés se verraient attribuer un nombre très élevé de stéréotypes dommageables couramment associés aux personnes toxicomanes (Rousseau et coll., 2001 cité par MSSS, 2006). Lors d'une étude, ces visions stéréotypées étaient véhiculées par les professionnels impliqués dans la distribution de méthadone (Harris & McElrath, 2012). En effet, ces derniers perçoivent principalement les usagers comme des accros aux drogues. En outre, le maintien de ce statut d'accro aux drogues est associé à la déviance et au crime (Harris & McElrath, 2012).

Enfin, il apparaît que les équipes traitantes tout comme la société font une distinction entre les dépendances à certaines drogues et être accro à des drogues injectables (Conner & Rosen, 2008). Partant de ce fait, être dépendant à l'héroïne (*bad drug*) serait plus stigmatisant que d'être dépendant au cannabis (*good drug*) (Conner & Rosen, 2008).

#### 1.3.8.4 Les perceptions des professionnels sur les usagers

Certaines études ont montré que les usagers de traitement à la méthadone ont ressenti de la discrimination lors de leurs interactions avec les pharmaciens ou l'équipe du laboratoire (Anstice, Strike & Brands, 2009; Gourlay, Ricciardelli & Ridge, 2005; Fisher & al. 2002). Non seulement cette population peut être perçue comme « demandante » par les professionnels des soins primaires, mais, aussi comme créant des problèmes, ne respectant pas les modes de fonctionnements existants et s'investissant peu dans le traitement et les suivis demandés (Paquin et coll., 2011).

Aussi, ces usagers rapportent qu'ils étaient traités avec condescendance, suspicion et arrogance. Certains interviewés décrivent même l'ambiance comme étant hostile dans une clinique de méthadone en raison des manques de flexibilité, de respect et de communication de la part des employés (Valentine, 2007).

Finalement, certains usagers parlent de l'attente insensée dans les cliniques de méthadone (Valentine, 2007). Ces interviewés ont expliqué qu'ils devaient attendre longtemps pour recevoir leur dose de méthadone, et ce, sans aucune bonne raison. Par exemple, au lieu de servir tout de suite ces usagers, les professionnels attendaient de terminer leur conversation qu'ils avaient entre eux et buvaient leur café.

#### 1.3.8.5 Les impacts du lieu de la prise de méthadone

Il ressort des études que l'organisation du lieu où la méthadone est fournie peut aussi être stigmatisante. Par exemple, les usagers sont conscients que d'être vu en train de boire de la méthadone pourrait les différencier des autres clients sur place (Anstice, Strike & Brands, 2009). Ce manque d'intimité dans les pharmacies favorise la discrimination du public à l'endroit des utilisateurs de méthadone (Harris & McElrath, 2012).

Les impacts liés à un contexte pouvant rendre visibles les usagers d'un traitement de méthadone ont aussi été abordés par Taylor (2011). L'auteure explique que d'attendre l'ouverture de la clinique expose les usagers à de la stigmatisation. En ce sens, plusieurs utilisateurs d'opiacés de Belleville en Ontario ont exprimé leurs hésitations quant à adhérer à ce programme du fait qu'ils pourraient être vus par quelqu'un qu'ils connaissent lorsqu'ils entreraient dans la pharmacie. Dans les plus petites localités, cette peur a encore plus de probabilité d'être fondée. Aussi, Vigilant (2004) propose le même constat dans sa recherche auprès d'usagers de méthadone de la ville de Boston aux États-Unis. Ces derniers doivent attendre en ligne à l'extérieur de la clinique à une heure fixe. Cette procédure entraîne un sentiment de honte chez ces gens. Dans le même ordre d'idées, attendre quotidiennement ou hebdomadairement afin de recevoir sa dose de méthadone reproduit ce qui caractérisait la dépendance associée au mode de vie avec la consommation d'opioïdes illicites (Fraser, 2006). D'un autre côté, être séparé ou caché pour boire leur prescription peut aussi attribuer un stigmate aux usagers et ils peuvent se sentir ostracisés (Anstice, Strike & Brands, 2009).

En somme, des abus de toutes sortes contribuent à la stigmatisation des usagers. L'association ASUD (Autosupport des usagers de drogue) en France reçoit de nombreuses plaintes concernant « l'instrumentalisation de contrôles urinaires à des fins punitives, le non-respect du secret médical, l'arbitraire des conditions de prescription et de délivrance, jusqu'à l'absence de portes dans les toilettes de certains lieux » (Tremblay et Olivet, 2011, p.185).

#### 1.3.8.6 La méthadone : ses effets et sa pharmacologie

À travers la littérature consultée, la prise de méthadone est parfois décrite comme une expérience négative à cause de ses nombreux impacts au niveau de la santé de ses utilisateurs. En ce sens, la majorité des interviewés de l'étude de Fisher et coll. (2002) croient que la méthadone est une substance nuisible à leur corps en raison de ses nombreux effets secondaires. Ses effets incluent entre autres, des sueurs, de la constipation, gain de poids, perte de libido, des engourdissements, etc. Finalement, pour certains, une décalcification des os et des dommages au foie sont associés à une prise à long terme de ce psychotrope.

De plus, d'autres répercussions négatives au niveau du mode de vie sont relatées (Fisher & al, 2002). Une perte de motivation et de créativité qui engendrent un état de paresse est liée à la prise de méthadone chez certains participants.

En ce qui a trait aux sentiments d'euphorie et de bien-être liés à la consommation d'héroïne, la prise de méthadone ne les engendre pas (MSSS, 2006). Cette absence de plaisir est critiquée par certains interviewés (Fisher & al, 2002). Pour retrouver ces sensations, des participants expliquent ingérer de la cocaïne et/ou de la marijuana et/ou de l'alcool simultanément à la consommation de méthadone. Rapidement, ils disent développer une co-dépendance. Il importe de reconnaître que la méthadone n'est pas un vaccin contre l'envie d'être ivre, de s'oublier ou de rechercher constamment une sensation d'intensité (Coppel, 2002).

## **Chapitre 2 : Cadre théorique et problématique**

Dans ce chapitre sera présenté le cadre théorique avec lequel les entretiens ont été analysés et la problématique liée au sujet. Dans un premier temps, la perspective de l'interactionnisme symbolique sera présentée. Par la suite, différents concepts d'auteurs s'inscrivant dans ce paradigme seront exposés. Il s'agit des processus de transformations normatives de Maria Caiata Zufferey, de la théorie de l'étiquetage d'Howard Becker et du concept de stigmaté d'Erving Goffman.

### **2.1 La présentation de la perspective de l'interactionnisme symbolique**

Selon Mayer & Laforest (1990), la perspective interactionniste dans l'étude des problèmes sociaux est issue de deux écoles de pensées : l'interactionnisme symbolique et l'ethnométhodologie. Ces deux courants de la psychologie sociale américaine furent développés à l'Université de Chicago<sup>34</sup>. Les tenants de ces deux courants focalisent sur le contexte immédiat dans lequel s'inscrit le comportement des individus. Une légère distinction différencie les deux groupes (Mayer & Laforest, 1990). Le premier groupe s'est inspiré de Georges Herbert Mead et est reconnu sous le nom « d'interactionnisme symbolique ». Le second courant « l'ethnométhodologie » découle de la sociologie phénoménologique. Dans ce courant, la réalité est construite socialement à l'aide de définitions provenant d'individus et de groupes (Mourant, 1984 cités par Mayer & Laforest, 1990).

En ce qui a trait à ce mémoire, l'interactionnisme symbolique est le courant qui fut retenu. Tout d'abord, l'expression « interactionnisme symbolique » rend compte de la construction

---

<sup>34</sup> Il importe de différencier les termes « Université de Chicago » et « École de Chicago ». En général, lorsqu'on parle de l'École de Chicago, on fait référence à une façon d'approcher les sujets sociaux, tant sur le plan de la théorie que sur celui de la méthodologie de recherche (Chapoulie, 2001; Coulon, 1992 cités par Leseman-Langlois, 2007). Les chercheurs identifiés à l'École de Chicago n'étaient pas tous officiellement affiliés au département de sociologie de l'Université (de Chicago).

sociale de la réalité. C'est Herbert Blumer qui a introduit en 1937 ce label pour définir la perspective dont Mead avait tracé le programme (Blumer, 1937 cité par Chapoulie, 2011). De plus, nous lui devons aussi les fondements théoriques de ce paradigme (Delas & Milly, 2009). Cette perspective théorique s'inscrit dans la sociologie compréhensive. Ainsi, elle met l'accent sur l'aspect négocié et construit des faits sociaux, qui sont le résultat de nos interactions avec les autres à l'aide de symboles culturels véhiculés par le langage. En somme, l'interactionnisme symbolique comprend trois postulats :

« les humains agissent en fonction de leur perception de la réalité, nos interprétations subjectives de la réalité proviennent de ce que nous avons appris des autres autour de nous et les humains réinterprètent constamment leur propre conduite, ainsi que celle des autres, à l'aide de symboles et de définitions apprises » (Blumer, 1969 cité par Leseman-Langlois, 2007, p.131).

En ce qui a trait à la conception de l'humain, la perspective de l'interactionnisme symbolique est une alternative aux explications purement psychologique dans la compréhension des comportements des individus (Chaiklin, 1979, cité par Payne, 2005). Aussi, l'individu n'est pas passif, il est doté d'une capacité réflexive : « (...) l'interactionnisme valorise les ressources de sens dont il dispose, sa capacité d'interprétation qui lui permet de tirer son épingle du jeu face aux normes et aux règles » (Le Breton, 2004, p.47). Finalement, malgré la liberté dont il dispose dans ses décisions, le contexte dans lequel elles s'inscrivent peut l'influencer. En ce sens, les paroles ou les gestes que l'individu forge de façon inconsciente ont été formés par ses relations avec les autres.

Comment est considérée la société dans l'interactionnisme symbolique? Comme mentionnée précédemment, cette perspective a comme domaine de recherche les relations interindividuelles (Le Breton, 2004). La société n'est pas une structure préexistante. Elle est continuellement créée et recrée par les interactions à travers les interprétations qu'en font les acteurs et nécessite un ajustement de ceux-ci les uns par rapport aux autres. Dans cette optique, les normes et les règles peuvent souvent être redéfinies et être l'objet d'une négociation sociale, car elles ne s'imposent pas de l'extérieur, les acteurs en sont les concepteurs.

En somme, dans le paradigme de l'interactionnisme symbolique, l'interaction et l'individu sont les éléments centraux de l'activité sociale. Ainsi, ils doivent demeurer l'objet principal de l'analyse sociologique. En ce sens, étant donné que nous nous sommes intéressés aux usagers de programme de substitution à la méthadone et à la construction de leurs perceptions entourant celui-ci, le paradigme de l'interactionnisme symbolique était pertinent afin de circonscrire notre analyse.

## **2.2 Les quatre processus de transformations normatives supportant le rétablissement**

Caiata Zufferey (2005a) s'inscrit dans la perspective de l'interactionnisme symbolique. En ce sens, elle a élaboré une typologie de quatre logiques d'action qui sous-tendent la rémission chez les personnes dépendantes. C'est grâce aux entretiens biographiques réalisés auprès de trente-deux personnes ayant arrêté la consommation abusive d'héroïne et de cocaïne que la chercheuse a pu construire ces différentes logiques qui supportent le développement d'un sens de la normalité chez ces gens. Ces logiques d'action montrent comment ces individus peuvent redéfinir leurs règles et leurs normes en lien avec la consommation et ce, à partir de leurs interactions sociales et de leur capacité réflexive.

En premier lieu, il y a la maturation. Cette logique est due à la pression exercée par le temps (Caiata Zufferey, 2005a). L'auteure explique que d'un point de vue sociologique, cette modification de perspective est liée au changement du statut de la personne « en fonction de son évolution biologique et à la métamorphose de la pression normative qui accompagne cette évolution » (2005a, p.425). En d'autres termes, cette logique apparaît plus souvent pendant la transition de la jeunesse à l'âge adulte.

La deuxième logique présentée est la resocialisation. L'élément indispensable dans ce changement normatif est composé par « les mondes sociaux conventionnels »<sup>35</sup> à l'intérieur desquels la personne dépendante participe ou se réfère. L'acquisition du sens de la normalité chez l'individu passe par le rapport qu'il a avec ces mondes sociaux. Il réexaminera ses pratiques toxicomanes afin de réintégrer la société ordinaire. Par la resocialisation, il intériorisera les modèles de comportement, les habitudes, les façons de voir la réalité de ses interlocuteurs.

En ce qui a trait au changement normatif par choix rationnel, celui-ci part du jugement de l'individu lui-même (Caiata Zufferey, 2005a). Cette transformation est volontaire. La personne examine les avantages et les inconvénients associés à sa consommation compulsive de drogues. Pour qu'un changement rationnel ait lieu, les inconvénients doivent supplanter les effets positifs.

Les trois changements normatifs détaillés ci-dessus présentent chacun une voie sur ce qu'il faut éviter de faire en matière de psychotropes. À l'opposé, ils ne s'entendent pas sur ce qu'il faut faire. Selon l'auteure, il faut chercher l'explication dans l'éclatement de la cohérence normative en matière de drogues. En ce sens, les normes véhiculées par les trois logiques (norme naturelle pour la maturation, norme culturelle pour la resocialisation et norme rationnelle pour le choix rationnel) ne véhiculent plus qu'un seul contenu et ne sont plus assurément en concordance entre elles. En conséquence, l'individu est appelé à surmonter un nouveau défi : « celui de construire lui-même son chemin de rémission d'une manière qui doit être à la fois personnelle et socialement acceptable » (Caiata Zufferey, 2005a, p. 434).

Ce chemin de rémission revêt de multiples formes. L'individu peut se situer dans l'abstinence, dans la consommation occasionnelle de drogues illégales ou chercher la stabilisation grâce au produit de substitution. Il importe de préciser qu'aucune de ces options n'assure la délivrance des drogues. Caiata Zufferey (2005a) présente deux raisons à cela. Premièrement, chacune des

---

<sup>35</sup> Caiata Zufferey (2005a) emprunte ce concept à Anselm Strauss : « Il évoque un espace structuré autour d'un certain nombre de principes, à l'intérieur duquel des activités se déroulent, des savoirs sont transmis, des rôles sont attribués » (Strauss, 1992 cité par Caiata Zufferey, 2005a, p.428).

voies de sorties peut être comparée à celle qui n'a pas été choisie. Alors, la voie utilisée peut être remise en question et une autre peut toujours sembler plus appropriée. La deuxième raison présentée par l'auteure est liée au manque de clarté entre la toxicomanie et la non-toxicomanie. Chaque option peut être interprétée en théorie tant comme une rémission que comme la continuation de la relation dépendante au produit. Pour ce qui est de la stabilisation à l'aide d'un produit de substitution, elle pourrait autant constituer une « conduite avisée ou une aliénation institutionnalisée » (Caiata Zufferey, 2005a, p.438).

Finalement, dans ce contexte d'incertitude normative, l'auteure présente le concept de légitimation comme une logique d'action productrice de sens. Cette quatrième logique de rémission est possible grâce à l'activité réflexive de l'individu. En ce sens, il est capable de créer par lui-même les critères pour agir, d'une façon « à ce que ces critères traduisent son individualité tout en tenant compte des attentes de la collectivité. » (Caiata Zufferey, 2005a, p.439). Ce concept tend à dépasser la maturation, la resocialisation et le choix rationnel parce qu'il est censé participer à leur articulation lorsqu'ils indiquent des voies contradictoires.

### **2.3 La théorie de l'étiquetage d'Howard S. Becker**

À partir des années 1950, le département de sociologie de l'Université de Chicago présente une nouvelle façon d'analyser la question de la délinquance. Les travaux de Becker avec son ouvrage *Outsiders* démontrent que l'interactionnisme symbolique veut modifier l'analyse de la délinquance présente à l'époque, pour plutôt parler d'analyse de la « déviance » (Le Breton, 2004). Le Breton rajoute :

« qu'en d'autres termes, la déviance ne se définit pas uniquement par une rupture avec la loi, engageant une infraction objective, mais comme une attribution extérieure à l'individu par un public à travers une interprétation de la loi et de son application » (2004, p.228).

Becker contribuera à renouveler l'analyse dans la deuxième génération de l'École de Chicago. Avec lui, le questionnement sur la délinquance (dans les grandes villes) présent dans la première génération de l'École de Chicago laisse place à une sociologie de la déviance qui cesse de considérer la délinquance comme une donnée évidente pour en faire un motif d'interrogation (Le Breton, 2004). Son analyse tente de comprendre qui définit la déviance, où



cela se produit-il et de quelle façon. La déviance « n'est pas une propriété du comportement lui-même, mais de l'interaction entre la personne qui commet l'acte et celles qui réagissent à cet acte » (Becker, 1985, p.38 cité par Le Breton, 2004).

### 2.3.1 *La conception idéologique de la personne*

Il explique dans *Outsiders* (1963) que tous les groupes sociaux créent des règles. Ces règles sociales définissent certaines situations et les comportements qui y sont adaptés donc, ces définitions produisent les « bonnes » actions et les « mauvaises » actions. Dans cette optique, la personne qui viole une règle sera perçue comme un individu ne vivant pas selon les règles décidées par le groupe. C'est ce type de personne que la société étiquètera de *outsider* (déviant) (Becker, 1963).

Il importe de préciser que cet *outsider* peut avoir un point de vue différent. Il peut ne pas se reconnaître sous ce terme et peut percevoir les gens qui l'ont sanctionné comme incompetents ou non autorisés à porter un tel jugement. Alors, une deuxième signification du terme émerge, l'individu ayant brisé une règle peut penser que ceux qui l'ont jugé sont des *outsiders* (Becker, 1963).

Il peut arriver que certains transgresseurs de règles soient ambivalents par rapport à l'étiquette de déviant qu'on leur a imposée. Pour exemplifier son propos, Becker (1963) présente les alcooliques. Ils peuvent parfois penser que les gens qui les jugent ne les comprennent pas ou ils peuvent être d'accord que boire de façon compulsive est une mauvaise chose.

### 2.3.2 *La conception idéologique de la société*

La société ou le groupe tient un rôle important dans la mise en place du concept de déviant. La déviance est le produit d'une transaction réalisée entre le groupe social et l'individu. C'est selon la perception du groupe que cet individu sera jugé comme ayant transgressé une norme. Ce sont les normes en vigueur à l'intérieur d'un groupe social qui préparent la qualification de déviance. Cette élaboration est complexe étant donné que les normes sont variables d'un

groupe ou d'une époque à une autre. Dans cette optique, la distinction entre ce qui est normal et déviant est socialement construite et fluctuante. En d'autres termes, la normalité et la déviance dépendent d'un jugement social.

Ce jugement social est conjoncturel, c'est-à-dire qu'il peut être lié au contexte politique et économique d'une période donnée. À certaines époques, les autorités en place ont décidé d'intervenir sur certains types de déviance (comme le jeu compulsif, la dépendance aux drogues ou l'homosexualité) (Becker, 1963). Le pouvoir économique et politique peut forcer l'acceptation de règles en les imposant. Becker (1963) avance qu'en fait la société ou les gens imposent toujours leurs règles sur les autres, en les appliquant plus ou moins contre leur volonté et sans leur consentement.

De plus, Becker (1973, cité dans Leseman-Langlois, 2007) explique qu'il faut prendre en compte le caractère conflictuel des sociétés modernes pour comprendre le processus d'étiquetage. L'étiquetage d'une personne (qui est vécu sur le plan microsociologique) est influencé par des phénomènes macrosociologiques qui peuvent être liés à la culture, à l'invention et au maintien de règles, dont les incriminations de certains phénomènes et la façon dont ils doivent être réprimés.

### *2.3.3 La typologie des comportements déviants*

Dans cette théorie, comment est définie la déviance? Becker (1963) a défini quatre types de comportements déviants. Premièrement, il y a le comportement qui est « conforme » soit l'adoption d'un comportement qui obéit aux règles et que le groupe social perçoit ainsi. À l'opposé, « le pleinement déviant » consiste en l'adoption d'un comportement qui désobéit à la règle et qui est perçu de la sorte. Quant aux deux autres types de comportements déviants, il y a « l'accusé à tort » et « le secrètement déviant ». Dans le premier cas, la personne est perçue par le groupe comme ayant commis une mauvaise action alors que ce n'est pas le cas. Par exemple, ce type de situation peut se produire dans les cours de justice. En ce qui a trait au deuxième exemple, la mauvaise action est commise sans que personne ne le sache ou puisse

apposer l'étiquette de déviant sur l'individu. Becker (1963) mentionne que tout comme dans l'exemple précédent, personne ne sait vraiment à quel point ce phénomène existe.

L'utilisation de ces quatre types de déviations importe selon Becker. Elle permet de distinguer des différences qui seraient ordinairement considérées comme similaires. Si l'on ignore ces différents types de déviance, on peut commettre l'erreur d'essayer d'expliquer des choses différentes de la même manière et ignorer qu'elles requièrent d'autres formes d'explications. Par exemple, les effets de cette erreur peuvent apparaître dans les statistiques officielles de la délinquance où tous les types de déviants peuvent être regroupés dans la même statistique.

Cette typification de la déviance peut aider à comprendre l'origine des comportements déviants (Becker, 1963). Pour ce faire, Becker a développé un modèle séquentiel de la déviance qui prend en compte le fait que les modèles de comportements se développent par étapes. Becker explique que chaque étape nécessite des explications. Aussi, ce qui est une cause dans une étape de la séquence peut être sans importance dans une autre étape.<sup>36</sup>

#### *2.3.4 Le concept de carrière*

Le concept de « carrière » chez Becker est utile pour comprendre le développement des modèles séquentiels des différents types de comportements déviants. Être étiqueté de déviant est souvent le moment de cristallisation de la carrière (Le Breton, 2004). Ce concept développé en premier lieu dans l'étude des professions réfère ici aux différentes séquences qui s'enchaînent dans le cheminement de l'individu dans un système institutionnel. Cette notion de « carrière » permet d'obtenir les données sociales qui contribuent à la production des comportements d'un individu selon les circonstances. De plus, le terme de « carrière » permet d'expliquer la logique de progression d'un délinquant pour mieux appréhender son parcours non seulement biographique, mais aussi social (Le Breton, 2004). Par exemple, le parcours

---

<sup>36</sup> Dans *Outsiders* (1963), l'auteur illustre avec le cas d'une personne expérimentant la marijuana. Dans cette optique, il faudra un type d'explication pour comprendre comment cette personne se retrouve dans une situation où cette drogue lui est facilement disponible. Une autre explication devra être présentée pour comprendre pourquoi l'individu expérimentera la marijuana et ainsi de suite. Chaque étape doit être expliquée afin de comprendre le comportement qui en résultera.

social d'une personne se construit dans l'interaction avec les autres individus partageant sa pratique déviante. Le débutant fera l'apprentissage des codes et des valeurs qui déterminent l'entre-soi du groupe et ceux qui règlent les relations interpersonnelles. Le Breton (2004) ajoute qu'il y a aussi les techniques de dissimulation qui maintiennent les apparences et évitent la répression. Dans le cas contraire, où l'individu assume son choix de comportement, il doit apprendre à gérer les contrôles sociaux qui le font apparaître comme immoral ou dangereux.

## **2.4 Le concept de stigmaté d'Erving Goffman**

Le concept de stigmaté de Goffman fut aussi sélectionné pour l'analyse des données. L'objet d'analyse de ce sociologue est : « le problème des « contacts mixtes », de ces instants où normaux et stigmatisés partagent une même situation sociale (...) » (Goffman, 1975, p.23). Ici, une situation sociale fait allusion à une conversation ou à participer à une rencontre informelle.

### *2.4.1 La construction du stigmaté*

Goffman préfère parler « d'identité sociale » que de « statut social » pour présenter la catégorie à laquelle un individu appartient et les attributs qu'il possède. Il préconise l'emploi de ce terme car, il inclut des attributs personnels autant que des attributs structuraux.

L'individu qui a un attribut qui le distingue des autres personnes de la catégorie qui lui est ouverte peut alors être déconsidéré à nos yeux. Il n'est plus un individu accompli ou ordinaire, mais il devient un individu ayant un vice (Goffman, 1975). C'est à ce moment que cet attribut devient un stigmaté, car il présente un désaccord entre son identité sociale virtuelle et son identité sociale réelle.

L'itinéraire moral est le terme employé pour parler des mêmes expériences de leur sort qu'ont généralement les personnes ayant un stigmaté. De plus, elles ont souvent des évolutions semblables en lien avec l'idée qu'elles ont d'elles-mêmes. Cet itinéraire moral est associé au

processus de socialisation. La première phase est celle pendant laquelle l'individu stigmatisé découvre et intègre le point de vue des gens normaux. La seconde phase est lorsqu'il apprend qu'il possède un stigmate et apprend les conséquences de ce dernier.

#### *2.4.2 Le maniement de l'information stigmatisante*

Goffman (1975) présente deux éventualités sur le contrôle de l'information par les individus qui pourraient être discrédités (stigmatisés). La deuxième éventualité détaillée est particulièrement intéressante pour l'analyse de nos données. Ce sociologue explique que lorsque la différence d'un individu n'est pas immédiatement apparente ou déjà connue, il court le risque d'être discréditable. À ce moment, il pourra avoir développé tout un art pour savoir manipuler l'information sur son handicap. Le montrera-t-il ou non?

De plus, Goffman traite du « faux-semblant » qui est le maniement d'une information qui pourrait être discréditrice pour soi-même et qui n'est pas révélée. L'information sur une personne, qui la distingue de façon plus ou moins durable est ce qu'il nomme « l'information sociale ». Parmi les trois types de signes qui transmettent l'information sociale, c'est le symbole de stigmate qui nous intéresse. Ce type de symbole a pour conséquence d'attirer l'attention sur une faiblesse gênante dans l'identité de celui qui la porte. Il s'en suivra une diminution de l'appréciation de cet individu (Goffman, 1975).

Pour ce sociologue, le concept de stigmate comprend davantage l'action d'un processus social continu qui amène les personnes stigmatisées et les personnes normales à tenir les deux rôles à travers certains rapports et certaines phases de la vie, que l'existence d'un groupe de personnes concret et séparable en deux colonnes (Goffman, 1975). En d'autres termes, le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes, mais des points de vue. Ces points de vue sont créés lors des contacts mixtes à cause des normes non satisfaisantes qui engendrent des impacts sur la rencontre.

En somme, la typologie des quatre logiques d'action de Caiata Zufferey (2005a), la théorie de l'étiquetage de Becker (1963) et le concept de stigmate de Goffman (1975) tiennent compte

des postulats de l'interactionnisme symbolique. En effet, les conceptualisations de ces chercheurs témoignent de la construction sociale de la réalité puisqu'ils présentent tous comment les individus peuvent agir en fonction de leur perception de la réalité.

## 2.5 La problématique

Comme démontré précédemment, deux paradigmes s'imposent dans l'univers du traitement de la toxicomanie. D'un côté, il y a la conception médicale qui présente la sortie de la toxicomanie avec l'abstinence et de l'autre, il y a la réduction des méfaits qui propose une multitude de sorties. En ce qui a trait au sujet qui nous intéresse plus particulièrement, à savoir le programme de substitution à la méthadone, il s'inscrit dans la réduction des méfaits. Diverses modalités de sorties sont possibles avec ce programme, certains individus cherchent à diminuer leur dose afin d'arrêter complètement alors que d'autres maintiendront pour un temps indéterminé la même dose (MSSS, 2006).

Il apparaît que ce programme comporte certains obstacles. Tout d'abord, à Montréal, l'admission à ce programme peut prendre plusieurs mois surtout si l'individu ne fait pas partie des groupes de populations prioritaires.<sup>37</sup> Or, au Québec, les délais d'attente varient entre deux semaines à un an (Cran, 2011). Ensuite, ces programmes entraînent des taux relativement élevés d'abandon (Coté et coll., 2003). L'abandon constitue le principal motif d'interruption du traitement (MSSS, 2006). À ce sujet, à Montréal, l'abandon du traitement est une réalité trop fréquente, et ce bien qu'on estime parvenir à retenir environ 70% des personnes traitées avec la méthadone (MSSS, 2006). Les conséquences de cet abandon peuvent être importantes étant donné que les connaissances montrent que la rétention dans le traitement augmente les possibilités qu'une personne adopte une attitude et un comportement qui seront bénéfiques à l'amélioration de sa qualité de vie (MSSS, 2006).

---

<sup>37</sup> Un accès prioritaire devrait être réservé aux femmes enceintes, aux personnes élevant seules de jeunes enfants, aux personnes dont l'état de santé s'est détérioré et aux personnes arrivant d'une autre région ou province ou d'un autre pays et qui étaient déjà en traitement (MSSS, 2006).

Afin de mieux comprendre certains de ces obstacles inhérents au programme, qu'en est-il de la prise en compte des perceptions des principaux intéressés soit les individus admis dans un traitement à la méthadone? Selon Montagne (2002), leurs perspectives ont été ignorées en recherche. Aussi, l'important gouffre qui existe entre les perceptions et les expériences des usagers d'avec ceux qui offrent le traitement, développent les politiques ou font de la recherche (presque toujours des gens qui ne consomment pas) n'est pas nouveau (Montagne, 2002). Ne pas tenir compte des perceptions et des expériences des usagers de drogue est un thème commun dans la littérature scientifique portant sur l'usage médical et non médical des drogues (Montagne 1998 citée par Montagne, 2002) malgré que la subjectivité des personnes s'avère très importante pour juger de l'efficacité d'un programme (Mercier et coll., 2004 cité par MSSS, 2006).

Pour sa part, Tschakovsky (2009, cité par Herrie & Skinner, 2010) s'est intéressé au point de vue des usagers ontariens d'un traitement de méthadone. Herrie & Skinner (2010) présentent des extraits d'une entrevue qu'ils ont réalisée avec elle au moment où elle publiait son livre sur les meilleures pratiques auprès de ces usagers.<sup>38</sup> Il s'avère qu'être traité avec respect et dignité ainsi que de développer une relation de confiance avec les fournisseurs de soins seraient primordial pour ces usagers. Cela importerait plus que n'importe quelle aide à trouver de l'hébergement ou de la défense de droits. De surcroît, cette chercheuse mentionne que la dépendance aux opioïdes est souvent décrite en termes d'augmenter le nombre de programme et de service alors que l'étude des perceptions des usagers est oubliée.

Dans le même ordre d'idées, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a identifié dans *le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* : « qu'améliorer les services spécialisés exige de les adapter aux besoins des personnes et de les assujettir à des impératifs de qualité et de continuité » (MSSS, 2006, p.5). Afin d'améliorer les services et les adapter aux besoins des personnes, cela nécessite la prise en compte du point de vue des usagers. En effet, l'efficacité du traitement de substitution est potentialisée par une gamme de services qui

---

<sup>38</sup> Pour plus d'informations, voir Tschakovsky, K. (2009). *Methadone maintenance treatment: best practices in case management*. Toronto: Center for addiction and mental health.

essaie de répondre aux divers besoins des personnes dépendantes des opioïdes (besoins médicaux, psychologiques et sociaux) (MSSS, 2006). À ce sujet, dans le cadre présenté par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (2009) ainsi que dans la recherche de Harris & McElrath (2012), il est mentionné que l'évaluation de la perspective des usagers doit être intensifiée. En ce sens, cela permettrait d'identifier les traitements les plus efficaces et de mieux comprendre l'expérience de la consommation de drogue, que seuls les usagers connaissent vraiment. À ce propos, pour le moment, à notre connaissance, aucune étude universitaire québécoise ayant été réalisée dans les dix dernières années mettant l'accent sur l'évaluation de la perspective des usagers des traitements de substitution à la méthadone n'a été publiée.<sup>39</sup>

Il s'agit là d'un manque important. Une attention particulière doit être portée sur les usagers qui sont les principaux acteurs de ce traitement. En ce sens, une étude exploratoire permettant de documenter les perceptions et les expériences des usagers montréalais de traitement de substitution à la méthadone est nécessaire.

### *2.5.1 La question générale de recherche*

Dans le cadre de ce mémoire, la question générale cherche à comprendre comment le programme de substitution à la méthadone est vu par les usagers.

### *2.5.2 Les questions spécifiques de recherche*

Nos questions spécifiques sont : chercher à comprendre pourquoi les usagers ont décidé de participer au programme de maintien à la méthadone ainsi que comprendre comment ils vivent leur participation depuis leur entrée dans le programme de maintien à la méthadone.

---

<sup>39</sup> Nous avons trouvé l'étude de Fischer et coll., datant de 2002. Elle s'est intéressée au point de vue des utilisateurs d'opiacés à Vancouver, Montréal et Toronto. Par contre, l'échantillon ne comprenait pas exclusivement des individus participant à un traitement de substitution à la méthadone.



### *2.5.3 Les objectifs de recherches*

Les objectifs de recherche sont de connaître les points de vue des usagers sur le programme de substitution à la méthadone, de comprendre comment est vécu le rétablissement à travers la participation au programme et connaître les perceptions des usagers de méthadone en ce qui a trait aux conséquences de la dépendance.

## **Chapitre 3 : La méthodologie**

Cette section du chapitre aborde la méthodologie retenue pour la recherche. Nous parlerons de notre stratégie méthodologique, de nos outils de cueillette de données, de notre stratégie d'échantillonnage et de recrutement, des enjeux éthiques reliés au projet, du cadre d'analyse et en dernier lieu, des limites de notre échantillon.

### **3.1 La stratégie méthodologique et les justifications**

Comme il s'agit d'une étude exploratoire qui cherche à comprendre un phénomène, une approche qualitative a été privilégiée. En d'autres termes, par l'étude approfondie de cas, nous avons abouti à des connaissances de portée plus générale.

Par ailleurs, la recherche s'est inscrite dans le paradigme de l'interactionnisme symbolique, un courant où la méthodologie qualitative est omniprésente. En ce sens : « Les outils quantitatifs sont peu utilisés par les interactionnistes, car ils uniformisent les acteurs sous une forme contraire au souci de la singularité du sens qui anime leur démarche. » (Le Breton, 2004, p.169) D'après cet auteur, les enquêteurs utilisant des approches quantitatives sont éloignés des connaissances ordinaires des acteurs dont ils disent rendre compte. Ils construisent des instruments servant à savoir ce que doit normalement penser la population qui est concernée.

Nous croyons (tout comme Le Breton) que les perceptions et les interprétations inhérentes ne peuvent être prises en compte dans les études quantitatives (comme celles utilisant des statistiques). Aussi, il importe, selon nous de connaître en profondeur le point de vue de l'acteur et c'est ce que l'entrevue semi-dirigée rend possible. La personne interrogée nous permet d'accéder à son univers, ses représentations, sa façon de penser bref, elle nous donne un accès privilégié à son monde.

Finalement, la méthodologie qualitative est habituellement utilisée pour les études traitant de la déviance. Certaines études, auxquelles on se réfère couramment (Becker, 1963; Goffman, 1975) ont employé cette méthodologie.

## **3.2 Les outils utilisés pour la cueillette de données**

### *3.2.1 L'entrevue de recherche*

L'entrevue de recherche fut un des outils sélectionnés. Les raisons qui ont validé notre choix sont qu'elle permet de connaître en profondeur les perceptions et les conceptions de quelques individus. De plus, elle permet un contact direct avec les interviewés. Savoie-Zajc considère l'entrevue :

« Comme une interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans une pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les personnes en présence. » (Savoie-Zajc, 2006, p. 295)

Plus précisément, nous avons réalisé dix entrevues semi-dirigées. Elles consistent en des interactions verbales animées de façon souple. Elles impliquent que le chercheur se laisse guider par le rythme de l'échange. De cette façon, il fut possible d'aborder les thèmes généraux du canevas d'entrevue. Aussi, cette interaction a permis de faire émerger une compréhension riche de notre objet d'étude.

Savoie-Zajc mentionne que la sélection de l'entrevue semi-dirigée doit tenir compte de certains facteurs tels que la thématique, l'objet et les finalités de l'étude. L'étude traite-t-elle de sujets délicats, intimes ou complexes? Le chercheur s'intéresse-t-il au sens que les individus donnent à une expérience en particulier? Cherche-t-on à dégager une compréhension d'un phénomène? Telles sont les questions auxquelles il importe de répondre. Selon le contexte de notre recherche, ces trois questions se répondent par la positive. Savoie-Zajc (2006) relate que des réponses positives supportent le choix de l'entrevue semi-dirigée comme outil de cueillette de données. De plus, le discours oral est à sélectionner lorsque l'objet d'étude touche l'expertise des personnes (Keats, cité dans Savoie-Zajc, 2006).

Les buts poursuivis par ce type d'entretien concordent avec nos objectifs de recherche. L'un des buts vise à rendre explicite l'univers de l'autre. Dans ce type d'interaction humaine et sociale, l'interviewé est capable de décrire, de façon détaillée, son expérience, son savoir, son expertise (Savoie-Zajc, 2006). L'intervieweur et l'interviewé agissent chacun à leur tour sur l'orientation de l'interaction développée. L'entrevue semi-dirigée permet de connaître ce que l'autre pense et qui ne peut pas être observé (des sentiments, des pensées, des intentions, des motifs, des craintes, des espoirs).

En deuxième lieu, un autre but poursuivi est celui de la compréhension du monde de l'autre (Savoie-Zajc, 2006). Selon l'auteure, l'entrevue donne accès à la compréhension de comportements complexes. L'entrevue met en lumière les perspectives des individus sur un phénomène en particulier et cela enrichit la compréhension de l'objet d'étude. De plus, elle montre les tensions, les contradictions qui animent l'interviewé sur le phénomène étudié.

Un troisième but de l'entrevue semi-dirigée est lié à sa fonction émancipatrice. Selon Kvale (cité par Savoie-Zajc, 2006), les questions demandées à l'interviewé permettent une exploration en détail de certains thèmes. De cette façon, elles permettent d'inciter une réflexion et peuvent amener des prises de conscience ainsi que des transformations de la part du chercheur aussi bien que la personne interviewée.

Les différentes raisons ainsi que les buts expliqués précédemment ont confirmé notre choix de l'entrevue semi-structurée. Comme notre étude était exploratoire et compréhensive et que nous cherchions à comprendre les perceptions ainsi que comment est vécue la participation au programme de substitution à la méthadone, cet outil semblait des plus adaptés. Finalement, les entrevues étaient enregistrées et ensuite retranscrites en verbatim.

Finalement, en ce qui a trait au canevas d'entrevue<sup>40</sup>, il était divisé en quatre thèmes : la vie de la personne avant son inscription dans le programme, l'efficacité du programme, la stigmatisation et l'étiquetage ainsi que le rétablissement. Étant donné que nous avons comme

---

<sup>40</sup> Le canevas d'entrevue est disponible dans la section intitulée Annexes.

premier objectif de connaître les points de vue des usagers sur le programme de substitution à la méthadone, de questionner les participants sur l'efficacité du programme s'est avéré pertinent. Ensuite, nous voulions comprendre comment était vécu le rétablissement à travers la participation à ce programme alors, les questions portant sur la stigmatisation, l'étiquetage et le rétablissement ont permis d'y répondre. Finalement, le dernier objectif était de connaître leurs perceptions sur les conséquences de la dépendance et les quatre thèmes du canevas d'entrevue ont permis de l'examiner.

### *3.2.2 La fiche signalétique*

La fiche signalétique fut l'autre outil pertinent pour la réalisation du terrain de recherche. Elle fut utile pour mieux connaître et définir l'échantillon à l'étude. Cette fiche contenait différentes données concernant l'âge, le niveau d'études complétées, l'état civil, la situation financière, le type d'emploi occupé, la présence de problème avec la justice et les drogues consommées (les produits, les quantités ainsi que la durée).<sup>41</sup>

## **3.3 Les stratégies d'échantillonnage et les justifications**

Il existe deux grands types d'échantillon : les échantillons non probabilistes et les échantillons probabilistes (Beaud, 2006). Le fait que nous ne possédions pas de liste de la population à échantillonner nous a amenés à considérer les techniques non probabilistes. Pour la réalisation du mémoire, deux techniques liées à l'échantillon non probabiliste furent sélectionnées soit, l'échantillon de volontaires et l'échantillon en boule de neige.

### *3.3.1 L'échantillon de volontaires*

Il s'agit d'une technique souvent utilisée dans le domaine des sciences sociales. Ce type de technique fait appel à des volontaires pour former l'échantillon. Beaud (2006) mentionne qu'elle est souvent utilisée pour les études exploratoires et que c'est souvent la technique la plus économique. C'est une technique d'échantillonnage que nous avons retenu pour la réalisation de notre terrain avec l'échantillonnage en boule de neige.

---

<sup>41</sup> La fiche signalétique est disponible dans la section intitulée Annexes.

### *3.3.2 L'échantillon en boule de neige*

Cette technique consiste à : « ajouter à un noyau d'individus (...) tous ceux qui sont en relation (...) avec eux, et ainsi de suite. » (Beaud, 2006, p.226). En ce sens, à la fin de nos entrevues, nous avons demandé aux participants s'ils connaissaient d'autres volontaires respectant nos critères d'échantillonnage et dans l'affirmative, s'ils pouvaient transmettre nos coordonnées aux personnes concernées.

## **3.4 Les critères liés à notre échantillon**

### *3.4.1 La participation au programme de substitution à la méthadone*

En premier lieu, le principal critère de sélection était que les interviewés devaient faire partie d'un programme de substitution à la méthadone. Le temps lié à cette participation n'était pas un critère de sélection.

### *3.4.2 L'âge des participants*

Seulement les personnes de dix-huit ans et plus furent admises. Nous avons exclu les personnes mineures à cause de raisons d'éthique puisque les interviewer implique un processus plus long et complexe au niveau du consentement. En ce sens, cette population peut compliquer la faisabilité de la recherche.

## **3.5 Les stratégies de recrutement**

Comme mentionné précédemment, nous avons fait appel à un échantillon de volontaires ainsi qu'à l'échantillon en boule de neige. Cela implique qu'il était préférable pour nous de recruter des participants dans des endroits fréquentés par des usagers de traitement de substitution à la méthadone.

### *3.5.1 Le recrutement par échantillon de volontaires*

Divers lieux de recrutement furent ciblés. Tout d'abord, nous avons contacté différents organismes et pharmacies (Cactus, Méta-d'Âme, Dopamine, Logis Phare, l'Addicq) de la ville de Montréal. Les quatre premiers sont des organismes qui peuvent être en contact avec des

usagers de méthadone. Quant à l'Addicq, elle correspond à l'Association pour la Défense des Droits et l'Inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec. En ce qui a trait au recrutement dans les pharmacies, nous avons apposé l'affiche dans cinq succursales. Nous leur avons expliqué en quoi consistait notre projet et leur avons demandé s'ils acceptaient d'apposer une affiche présentant la recherche dans leurs locaux. Cette affiche était notre principal moyen pour recruter dans les organismes et pharmacies. Grâce à la sélection de participants dans ces lieux, nous avons obtenu un échantillon de personnes diversifiées. Autrement dit, ces personnes étaient inscrites dans le programme depuis une période pouvant aller de 5 mois à 9 ans. En ce sens, certaines d'entre elles ont nommé ne pas être encore complètement stabilisées avec la méthadone alors que d'autres personnes en ingéraient depuis près d'une décennie et elles considéraient leur dose prescrite comme minime.

### *3.5.2 Le recrutement par échantillon en boule de neige*

À la fin de nos entretiens, nous avons demandé aux interviewés s'ils connaissaient d'autres personnes pouvant être intéressées par notre recherche. Dans l'affirmative, nous leur disions qu'ils pouvaient remettre nos coordonnées à ces personnes. Aussi, certains intervenants des organismes mentionnés ci-dessus nous ont dit avoir parlé de notre recherche à de potentiels participants.

Somme toute, le recrutement des participants fut plus facile que nous l'espérions. En effet, étant donné la rapidité à laquelle les personnes intéressées se sont manifestées, moins de deux semaines ont suffi pour réaliser les entretiens.

## **3.6 Les enjeux éthiques liés à notre recherche**

Crête (2006, p.262) explique que « le nombre de problèmes soulevés par l'éthique ne cesse de croître au fur et à mesure que les sciences sociales se veulent respectables ». De plus, chaque discipline (anthropologie, psychologie, sociologie, service social, etc.) impose à ses membres des règles de conduite servant à maintenir une bonne réputation. Une multitude de documents existe concernant les règles à suivre en éthique de la recherche. Nous nous sommes inspirés de *l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*

(Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada, 2010) et du chapitre : L'éthique en recherche sociale (Crête, 2006).

### *3.6.1 Les effets négatifs directs*

Le chercheur a le devoir de protéger les participants de la recherche. Quels sont les effets négatifs directs ou indirects que peuvent subir les participants? Crête (2006) explique que les effets négatifs directs sont le temps qu'il faut consacrer à l'enquêteur et le stress qui peut résulter de l'entretien. En ce sens, la personne interrogée peut devenir mal à l'aise si elle est incapable de répondre à une question « relevant du sens commun ». Des questions jugées simples peuvent provoquer un stress chez certains participants. Aussi, un effet semblable pourrait être créé si un vocabulaire non adapté au public étudié est utilisé. L'utilisation d'un vocabulaire complexe pourrait même engendrer un sentiment d'infériorité chez les participants. Donc, la grille d'entrevue fut rédigée dans un langage simple et clair afin d'éviter ces types de problèmes éthiques. De plus, si nous nous étions aperçus que les sujets abordés (ou tout autre élément déclencheur pendant l'entrevue) occasionnaient chez le participant un stress important, une liste de ressources psychologiques offrant du soutien lui aurait été remise.

### *3.6.2 Les effets négatifs indirects*

Quant aux effets négatifs indirects, ils se regroupent sous trois thèmes : le droit à la vie privée, le consentement éclairé et la confidentialité (Sudman et Bradburn, 1982 cités dans Crête, 2006).

En premier lieu, en ce qui a trait au droit à la vie privée, au Canada, ce droit est reconnu selon diverses lois fédérales, provinciales et chartes des droits et libertés. Dans la recherche, il découle de ce droit que l'interviewé peut révéler (ou non) ce qu'il veut sur lui, que ce soit des détails intimes ou personnels. Dans *l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada,



Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada, 2010), on explique que le droit à la vie privée est lié à la notion de consentement éclairé. En ce sens, la vie privée de l'individu est respectée s'il a un certain contrôle sur l'information qu'il partage, en donnant son consentement sur ce qui sera publié ou non. Dans le cadre de notre recherche, nous avons été vigilants afin de bien respecter ce principe.

Le consentement éclairé repose sur l'idée que la personne a assez d'informations en lien avec ce qui lui sera demandé et comment seront utilisées les données (Crête, 2006). Cet auteur explique que la règle générale est de donner autant d'informations qu'il y a de risque pour la personne d'être interviewée. Ce consentement doit être volontaire, aucune pression ou influence ne doit être exercée. En ce qui nous concerne, l'élaboration du formulaire de consentement fut importante. Nous avons mis l'accent sur la clarté, la concision et écrit dans des termes compréhensibles pour la population étudiée.

Finalement, le devoir éthique de la confidentialité implique que les chercheurs doivent protéger les informations qui leur sont confiées (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada, 2010). Il importe de respecter la confidentialité, car nous pensons que c'est ce qui fonde le lien de confiance entre le chercheur et l'interviewé. Dans la littérature scientifique, la population que nous avons étudiée était décrite comme vivant beaucoup de stigmatisation de la part de leur entourage et de la société donc, il pouvait être difficile pour eux de faire confiance. En ce sens, les participants étaient probablement plus à l'aise de partager des informations lorsqu'ils étaient assurés que ce qu'ils partageaient demeurerait confidentiel. De plus, il importe de préciser que nous avons mentionné aux participants que la confidentialité pouvait être brisée dans deux cas : si la personne tenait des propos où elle représentait un danger pour elle-même ou autrui. Finalement, pour respecter ce devoir éthique, nous avons conservé les données des entrevues en lieu sûr, soit dans un ordinateur où un mot de passe est préalablement exigé pour y avoir accès.

Pour conclure, une réflexion approfondie sur les enjeux éthiques était nécessaire afin d'éviter tout problème dans l'élaboration de notre démarche terrain.<sup>42</sup>

### **3.7 La méthode d'analyse**

Nous avons adopté la démarche typologique pour l'analyse de nos données. Pour Schnapper (1999), le type idéal ou l'idéaltype consiste en l'élaboration d'un concept ou d'une individualité historique tandis que la typologie est l'analyse de plusieurs types idéaux (ou idéaltype). La pratique de l'analyse typologique est utile pour caractériser des individualités historiques et analyser le sens des expériences vécues. La typologie n'a pas pour objet de classer les individus, mais, plutôt : « d'élaborer la logique des relations abstraites qui permet de mieux comprendre les comportements et les discours observés et donne une nouvelle intelligibilité aux interactions sociales. » (Schnapper, 1999, p.118).

Ce type d'analyse nous a permis de différencier chez les interviewés les manières de vivre leur participation dans le programme de substitution à la méthadone. À partir de ces distinctions, nous avons remarqué que les expériences vécues par les interviewés pouvaient être regroupées en trois figures.

### **3.8 Les limites de l'échantillon**

Dans un premier temps, cette étude qualitative ayant un but exploratoire, ses résultats n'ont pas comme objectif d'être généralisés à l'ensemble des personnes en traitement de substitution à la méthadone. En ce sens, nous avons interrogé dix personnes habitant dans la ville de Montréal donc, cet échantillon ne peut pas être considéré représentatif de la population québécoise inscrite dans ce type de traitement. Aussi, par rapport à la diversité de l'échantillon, nous avons constaté que bien que ces personnes aient des rapports différents à la méthadone, leur histoire de consommation et personnelle pouvait se ressembler..

---

<sup>42</sup> Le formulaire de consentement est disponible dans l'annexe 1.

Dans un deuxième temps, l'échantillon était non probabiliste donc, ce n'est pas tout le monde qui avait la même probabilité de participer à cette recherche. Par ailleurs, il convient de mentionner que cette étude n'avait pas pour objectif de comparer les femmes et les hommes , et ce, malgré la proportion similaire d'hommes et de femmes interviewés. Par contre, nous avons trouvé important de faire ressortir quelques différences significatives entre les personnes des deux sexes dans la section intitulée analyse des résultats, lorsque ces différences apparaissent de manière flagrante dans le discours des personnes rencontrées. .

## **Chapitre 4 : L'analyse des résultats**

L'analyse des entrevues nous a permis de dégager trois figures de rapport à l'inscription dans un programme de substitution à la méthadone. Pour établir ces figures, nous avons cherché à saisir, dans le discours des personnes rencontrées, la manière dont elles concevaient cette inscription. Il ressort de cette analyse trois conceptions de cette inscription dans un programme de substitution : soit elle est favorable, défavorable ou ambivalente. Ainsi, les figures permettent d'appréhender les liens que font les personnes avec cette inscription, leur trajectoire de consommation et les effets de la participation à un programme de substitution dans leur vie de consommateur et en général. Afin de réaliser l'analyse typologique, trois séries de tableaux ont été construites. Dans un premier temps, à partir des thèmes d'entrevue, une première série de tableau fut élaborée pour chaque participant. Étant donné que notre question générale de recherche cherchait à connaître les perceptions des personnes inscrites au programme de méthadone, les typologies furent construites autour de cet élément. Ainsi, une deuxième série de tableaux a montré les trois figures illustrant les différents rapports à la méthadone. À l'intérieur de ces tableaux, nous y retrouvons la logique entourant chaque groupe ainsi que les similitudes et les différences intergroupes.<sup>43</sup> Finalement, un dernier tableau où toutes les personnes interrogées apparaissaient permettait de rendre compte du portrait global de l'échantillon.

### **4.1 La méthadone une porte de sortie de la consommation :**

#### **Figure 1**

Les individus adoptant une position favorable au programme de substitution à la méthadone ou lorsque la méthadone devient un soutien.

Ce groupe est composé de deux femmes et deux hommes. Leur participation dans le programme de substitution à la méthadone varie de trois à cinq ans. Ils ont tous déjà été itinérants. La majorité de ces individus ont été atteints de l'hépatite C. De plus, il s'agit d'une

---

<sup>43</sup> Un exemple de ce type de tableau est disponible à l'annexe 5.

deuxième participation au programme pour la plupart d'entre eux. Les propos qu'ils tiennent lors des entrevues montrent qu'ils acceptent la prise de méthadone. En ce sens, bien qu'ils reconnaissent que la méthadone est un produit addictif, la majorité de ces personnes nomment et acceptent qu'ils en auront besoin pour une période indéterminée à l'opposé des deux autres figures. Pour comprendre comment la méthadone pouvait être un soutien dans leur vie, nous avons cherché à appréhender quelle était leur vie avant la méthadone, leur décision de maintien dans un programme de méthadone et ses effets. En ce qui a trait aux effets de leur participation, les avantages et les inconvénients seront abordés. Aussi, une partie sera consacrée plus particulièrement à la stigmatisation vécue par les interviewés.

#### *4.1.1. Leur vie avant la méthadone*

##### 4.1.1.1 Une vie de polytoxicomane

Si les personnes participant à un programme de substitution à la méthadone consomment de l'héroïne, les personnes rencontrées évoquent davantage une multitude de consommations, notamment de la cocaïne. À ce titre, plus que des héroïnomanes, les personnes de cette figure faisaient face à une dépendance à de nombreux produits. Les quatre personnes ont nommé, par exemple avoir déjà consommé de la cocaïne régulièrement. Pour Rolande et Gary, ce psychotrope a souvent interféré dans leur participation à des programmes de substitution antérieurs.

Quand tu prends de la méthadone, tu prends de la coke même si t'en a jamais fait avant. Tu fais du « high and low », du « speed ball », de l'héroïne et de la cocaïne. J'ai été dans dix-sept cliniques et les gens qui prennent de la méthadone commencent à prendre de la cocaïne. (...) c'est arrivé à tout le monde que j'ai vu. Je faisais déjà des « speed ball ». Ce qui arrive, c'est qu'avec une dose élevée de méthadone, tu dois t'injecter beaucoup d'héroïne pour être gelé alors tu fais de la coke. (Gary)

(...) ben en fait y a eu comme deux phases au début je prenais de la méthadone, mais je continuais quand même à faire de la coke ça m'a aidé pour les opiacés. Du côté du mode de vie ça restait assez semblable. Pis ben la quand j'ai arrêté de faire de la coke ça s'est un peu mis en place. (Rolande)

Dans le cas de Pierre, il explique que c'est sa dépendance à la coke qui l'a amené à consommer des opiacés.

Moi j'ai fait beaucoup de thérapie pour la coke. J'ai commencé jeune à en faire pis j'ai arrêté tard. J'ai essayé par tous les moyens d'arrêter la cocaïne. Pis j'y arrivais pas. En ayant les meilleures

thérapies les plus chères au Québec avec la plus grande volonté, j'y arrivais pas. C'est Robert qui me disait, je vois, ça souvent dans le milieu, la seule solution c'est de changer d'intoxicant. Je lui ai dit je comprends pas. Y a dit tu devrais prendre de la dilaudid, de l'héroïne ou du smack, t'en aller vers les opiacés. C'est sûr... y m'a dit ça, qu'il a vu souvent qu'à partir du moment où tu tombes sur les opiacés tu règles ton problème de coke. Je l'ai tellement voulu, j'y ai tellement cru, que tout de suite j'ai adhéré à ça, je l'ai acheté j'ai commencé à faire de la dilaudid. Ça été finit j'ai arrêté de faire de la cocaïne depuis ce temps-là. (Pierre)

Il fut constaté que ces différentes consommations les ont ancrés dans une trajectoire de toxicomanie qui a eu différents effets sur leur vie en général.

#### 4.1.1.2 Les trajectoires déviantes de ces personnes

L'analyse des trajectoires des personnes de cette figure permet de saisir les nombreux impacts négatifs que leur consommation a eus dans leur vie de toxicomane. Si tous racontent leur consommation en termes de toxicomanie, ils expriment au-delà de cette dépendance, les difficultés auxquelles ils ont dû faire face. Ainsi, que ce soit des peines d'emprisonnement liées à des activités illicites (prostitution, trafic de stupéfiants, etc.), l'itinérance, contracter des infections et des maladies (par exemple : l'hépatite C et le SIDA), ces personnes ont vécu plusieurs événements troublants au cours de leur vie.

J'ai été dans la rue pas mal longtemps, à vivre dans des chambres d'hôtel ou simplement dans des parcs (...) Pis je serais pas capable d'avoir le mode de vie que j'avais, passer ma journée à chercher de l'argent tout le temps pis en plus j'ai contracté deux souches différentes d'hépatite C. Éventuellement va falloir faire un traitement, mais là le traitement est très difficile à cause de mon diagnostic de bipolarité. (Rolande)

De courailler pour ta drogue, la souffrance, mentir à ses amis, à sa famille, de tout détruire autour de soi au niveau de ses relations interpersonnelles, de perdre son logement parce que l'argent passe par la consommation, on se retrouve tout le temps itinérant. Après ça ben on s'embarque dans la vente de stupéfiants pour pouvoir pallier au manque, à la consommation qui est plus grande, le stress relié à cette surconsommation pis à la vente de drogue ça fait que c'est toujours un pattern, t'augmente ta consommation fâ que tu te retrouves sans rien, t'es devenu ton meilleur client. (Pierre)

Les difficultés associées à leur trajectoire de toxicomanes s'expriment aussi dans leurs multiples tentatives de sortir de cette difficulté. Ainsi, la plupart des personnes ont connu de nombreuses interventions pour sortir de leur consommation, ces interventions s'accompagnant le plus souvent de rechutes.

#### 4.1.1.3 Participations antérieures à des programmes de substitution et des thérapies

Pour Gary, Lucie et Rolande, il ne s'agit pas d'une première participation dans le programme de substitution à la méthadone, ils en sont à leur deuxième participation. Par exemple, Gary nous mentionne qu'il a été dans dix-sept cliniques de réhabilitation pour tenter de se défaire de sa dépendance à l'héroïne et à la cocaïne. Lors de sa première participation dans le programme de substitution à la méthadone, il explique avoir rechuté pour les opiacés en lien avec un problème de santé physique.

À cause de mon addiction au dilaudid. J'ai dû attendre 4 ans pour être opéré parce que j'avais pas le cancer du côlon, j'étais sur une liste d'attente. J'ai dit au médecin que j'étais un ex-héroïnoman et il me donnait 90 pilules par mois. Tu peux demander à elle (une employée) elle travaille ici depuis plusieurs années. J'avais des comprimés de 8 mg ça c'est des gros comprimés de dilaudid. Je les écrasais et me les injectaient et je passais à travers un divorce. Si c'était pas à cause de mon problème au côlon, je ne pensais même pas à consommer de la drogue. J'ai « switché », tu sais quand les junkies « switch » pour l'alcool. J'ai « switché » pour l'alcool. J'ai été dans 17 cliniques de réhabilitation c'est beaucoup.

Pour sa part, Lucie a été onze ans dans un programme de méthadone. Elle explique que pour des raisons personnelles, elle a rechuté pendant deux ans. Elle en est donc à sa deuxième participation dans le programme de substitution à la méthadone.

Quant à Rolande, c'est en voulant arrêter complètement la méthadone qu'elle a recommencé les opiacés.

Pis j'ai fait deux traitements de méthadone. J'ai été pendant 4 ans à Québec. Je me sentais vraiment forte pis j'avais convaincu mon médecin quand j'étais rendu à 30 mg de me prescrire de la médication pis que j'allais faire un sevrage pendant une semaine à la maison. Pis ça marché j'ai passé une semaine pas mal difficile à m'endormir j'étais à Québec dans ce temps-là pis pas longtemps après j'ai recommencé à consommer de la dilaudid parce que c'est dur d'avoir de l'héroïne à Québec. Ça pas été long que je me suis retrouvée réaccro à la dilau pis tout ça. Ça pas été long j'ai consommé de l'héroïne 3 mois à Montréal. Pis après je suis toute suite réembarqué sur la méthadone. Pis depuis ce temps là, pis depuis 5 ans je suis à nouveau sur le programme. (Rolande)

Ainsi, ces personnes ont connu de multiples sevrages à l'héroïne et des rechutes. Leurs discours témoignent de la difficulté à arrêter de consommer de l'héroïne sans l'aide d'un substitut.

J'ai décidé parce que c'est... je voyais pas vraiment d'autre moyen pour arrêter. (...)Regarde j'ai arrêté souvent, mais tu recommences un petit peu, tu dis je vais en faire un peu pis j'en ferai pas pendant 2 ou 3 jours c'est un mensonge. (...)Dans les deux ans que j'ai arrêté la méthadone, j'ai été arrêtée 3 fois donc j'ai fait des « cold turkey ». Une fois on m'a arrêtée pendant 11 jours et les deux autres fois 3 jours c'était l'enfer, c'était pas évident. (Lucie)

### 4.1.2 La méthadone : un substitut nécessaire

Comme nous avons pu le voir, ces personnes ont connu de nombreuses stratégies d'intervention y compris déjà des participations à des programmes de substitution de méthadone. C'est dans cette perspective, que nous avons choisi de mieux comprendre comment ils envisageaient la méthadone.

#### 4.1.2.1 Les avantages de la méthadone

Dans les avantages à prendre de la méthadone majoritairement cités dans ce groupe, notons l'augmentation du bien-être physique et mental. Ces personnes expliquent que la prise de méthadone quotidienne les empêche de ressentir les douloureux symptômes associés au sevrage. Comme elles n'ont pu à combattre ces symptômes, elles expriment se sentir mieux et avoir plus d'espoir pour mener une meilleure vie.

Pour moi ç'a été vraiment un changement, tout a changé. J'ai eu un appartement. J'avais même pu de carte d'identité, je faisais pas attention à moi. Là j'ai un appartement, des meubles, un ordi, j'ai même rétabli mon crédit qui est pour moi une grosse ehh... d'avoir des cartes de crédit enfin, un compte de banque. Avoir des bons contacts avec ma famille, ma fille. On est super proche, elle a 14 ans, pour moi c'est merveilleux la méthadone ça m'a vraiment aidée je pense pas que je m'en serais sorti sans ça. (...) Moi la méthadone pour moi c'est vraiment mon filet de sécurité, c'est «my safety net», c'est je peux pas me planter avec ça. Je me sens sécurisée maintenant, je prends soin de moi, je me fais faire ma dentition, je m'entraîne au centre de conditionnement, je veux me trouver un emploi, ça que ma vie s'est vraiment amélioré. Je me sens sécurisée. Avec la méthadone je suis sûre que ça va aller. (...) Moi ça fait deux ans pis y me reste encore un an dans le programme. Je suis bien équipée dans mon appart avant j'avais pu rien. Je me dis quand je suis arrivée j'avais rien qu'un petit sac pis là c'est l'fun. (Lucie)

#### 4.1.2.2 La méthadone, un psychotrope dissuadant la consommation d'héroïne

La majorité des interviewés expliquent que la prise de méthadone annule en quelque sorte l'effet de l'héroïne. En d'autres termes, il leur faudrait une grande dose d'héroïne pour ressentir un effet.

Mais la seule bonne chose sur la méthadone c'est que plus ta dose est forte plus c'est difficile de faire de l'héroïne. La dernière fois que j'étais à 130 mg, j'ai dû dépenser 200\$ en héroïne pour être gelé. (Gary)

Pour sa part, en consommant simultanément de l'héroïne et de la méthadone, Pierre a vécu une expérience qui aurait pu avoir des conséquences létales.

J'ai surconsommé de l'héroïne en quantité. J'ai eu un cadeau pis je venais de commencer à consommer de la méthadone ça faisait deux semaines, avec l'effet méthadone héroïne tu sens pu



ton smack. Ton héroïne ta sent pas, j'étais sur la méthadone. J'ai fait 6 grammes d'héroïne pure, mais était déjà dilué dans une bouteille. J'ai fait le bacon, difficulté respiratoire majeure et grave, j'ai tombé, sont venu me chercher y pensait que je m'étais suicidé.

Ainsi, si la méthadone apparaît comme une nécessité dans la mesure, où elle leur permet de ne pas subir les effets du sevrage tout en les dissuadant de prendre de l'héroïne, la méthadone n'est pas sans inconvénient.

#### *4.1.3 Les inconvénients de la méthadone*

Précédemment, l'impact positif de la méthadone sur la santé physique a été présenté. Par contre, il s'avère que la prise de méthadone présente aussi des inconvénients. En ce qui a trait à ces derniers, la majorité des personnes interviewées parlent de problèmes physiques (perte des dents, constipation, etc.).

Regarde je perds toutes mes dents parce que la méthadone fait perdre le calcium, ça le mange. À chaque fois que tu manges, tu mastiques plus fort que tu penses. (Gary)

Quand j'ai recommencé avec la méthadone ça fait que mes dents sont tombées, ça pas fondu, mais lorsque je mangeais quelque chose un morceau de dent cassait tsé je m'en occupais pas. (...) Oui ça enlève ton émail. Elle devient comme faible pis elle se casse. C'est dur physiquement, j'ai pas de photos, mais 4 ans passés j'avais des belles dents. (Lucie)

De plus, nous remarquons que les hommes adoptent un discours plus critique sur le programme de substitution à la méthadone. Par exemple, ils contestent la structure rigide du programme lorsqu'on n'a pas tous ses privilèges.

Je pensais obtenir mes privilèges dans le temps de le dire. Je suis rendu 3 ans plus tard pis j'ai pas tous mes privilèges. Si j'avais pas aucun privilège après un an j'aurais mis fin à mes jours. La frustration je suis peut-être tout seul dans ma situation moi j'ai vécu des injustices tout au long, comme tout le monde en a vécu dans vie, mais, je peux te dire qu'après 50 ans, la chose la plus injuste, la plus cruelle que j'ai du subir pendant toute ma vie c'est cette espèce d'obligation de te rendre à la pharmacie comme un... l'obligation... quelqu'un qui a le pouvoir de te faire chier avec ton produit. Pis tes malade pis tes obligé... moi là je te mens pas j'ai souffert comme je tombais malade, la pharmacie ouvre à 8h, à partir de 2h du matin je suis pu du monde, fa que la quand j'arrive à 8h à pharmacie ça toute pris mon petit change pour me rendre à pied, 1km et demi à tous les matins, aller-retour, ça pas de sens, ça pas d'allure quelqu'un qui est malade de l'obliger à se rendre 1km et demi à pied ou en autobus, heureusement y paie l'autobus, mais tout de même ça pas d'allure, quand tes malade de te faire imposer un contrôle aussi mécréant, c'est vraiment dégueulasse. Ta des professionnels de la santé qui abusent, des infirmières pour se montrer fines, quelles font ben leur job, y te font chier avec la bouteille y ta reprennent pis la tes malade tas pas le gout de te faire niaiser par une pharmacienne. Ç'a été difficile ce bout-là. Aujourd'hui ça l'est moins. Tellement que c'était l'enfer, j'ai acheté de la méthadone pendant 8 mois j'ai acheté un surplus de méthadone, sur le marché noir. Pour être garanti que... tsé quand tu l'as dans le frigidaire, tu la prends, ta ben beau être malade tu l'as, tes chez vous. Quand tes pogné à marcher pis ça prend deux heures pour que ça fasse effet c'est pas magique. C'est une heure et demie – 2 heures. Ça monopolise tellement de temps dans mon organisation. Ça demande beaucoup. Une

heure et demie à chaque fois, chaque matin. Faut que je l'aïlle ce temps-là. Ok je suis malade, je travaille pas, mais en tout cas. C'est ben mal fait. (Pierre)

Quant aux femmes, elles nomment très peu d'inconvénients. Ils sont minimes comparativement aux impacts négatifs engendrés par la consommation d'héroïne.

Tu veux aller en vacances, c'est un peu compliqué parler avec le médecin pour qui te donne ton dosage pour un certain nombre de jours. Aller en voyage, y a les douanes, c'est un narcotique... les désavantages que ça a... j'en vois pas d'autres. C'est vrai que je suis une personne positive moi, mais y en a pas vraiment. Tu vas chez le médecin, c'est vrai, qui faut toujours que tu sois en contact avec ton médecin, ton travailleur social c'est obligatoire, mais c'est correct. (Lucie)

Rolande qui a tous ses privilèges ne perçoit pas d'inconvénients à la méthadone :

Benn ehhhh des inconvénients... pas vraiment non, dans le temps des fêtes j'ai été à Sept-Îles, j'ai demandé à avoir sept bouteilles pis je les ai eu. Quand que tes stable y a pas d'inconvénients. Y faut juste aller à pharmacie 2 fois par semaine (Rolande)

Voilà pourquoi, si la décision de participer à un programme de substitution à la méthadone constitue pour les personnes de ce groupe une nécessité pour sortir de leur toxicomanie, les effets négatifs demeurent importants pour eux, à la fois sur le plan des effets sur la santé que sur le plan du contrôle exercé par le programme sur leur vie en général. Cependant, si les personnes rencontrées évoquent ces difficultés, elles s'accordent toutes pour penser que la méthadone a joué un rôle déterminant dans leur rétablissement.

#### *4.1.4 La méthadone : une nécessité*

Les personnes de ce groupe se sont largement distinguées, en affirmant que la méthadone leur a permis de se rétablir. D'abord, il faut indiquer que la plupart des personnes de cette figure ont déjà connu des suivis de longue durée sur la méthadone. Des événements majeurs qui les ont fait rechuter, ne semblent pas avoir détérioré l'idée que ce produit constituait pour elles, une nécessité pour se sortir de la consommation de drogues de rue. En outre, leur trajectoire est marquée par de nombreuses difficultés qu'elles associent directement à leur toxicomanie. La prise de cette substance rassure ces individus, car elle permet de se sentir bien physiquement ainsi que mentalement. Autrement dit, la méthadone est perçue comme une nécessité pour être fonctionnelle.

Moi la méthadone pour moi c'est vraiment mon filet de sécurité, c'est « my safety net », c'est je peux pas me planter avec ça. Je me sens sécurisée maintenant (...) Avec la méthadone je suis sûre que ça va aller (Lucie)

C'est comme du gaz. C'est définitivement mon pétrole, ça me permet de fonctionner parce que quand je n'ai pas de méthadone je suis dysfonctionnel totalement. (...) Sans la méthadone je suis dysfonctionnel, je suis un ti vieux de 192 ans. Si je dépasse mon 24 heures comme une journée et demi, je suis lamentable. Non c'est mon gaz. (Pierre)

C'est à travers l'analyse des changements vécus depuis leur entrée dans le programme, qu'il est possible de mieux saisir, comment la méthadone a participé à leur rétablissement.

#### *4.1.5 Les changements vécus depuis l'entrée dans le programme*

##### *4.1.5.1 Plus de stabilité dans leur vie*

Au niveau des changements dans leur vie depuis l'entrée dans le programme, les personnes discutent de l'acquisition d'un plus grand équilibre dans leur vie et d'une meilleure occupation de leur temps. C'est-à-dire qu'une fois qu'elles ont une dose de méthadone adéquate et qu'elles ne vivent plus de symptômes de sevrages ou d'effets secondaires, elles peuvent maintenant prendre soin d'elles et atteindre des objectifs qu'elles se sont fixés au lieu d'occuper majoritairement leur temps à la consommation d'héroïne. Ainsi, la méthadone leur permet de mieux s'occuper d'elles et de leur santé, en les sortants d'une routine où le stress pour se procurer de la drogue occupe finalement tout le quotidien de la personne toxicomane. Dans le passé, ces personnes planifiaient leur journée en fonction de la consommation d'héroïne c'est-à-dire, qu'elles se préoccupaient constamment de savoir qu'est-ce qu'elles devaient faire ou comment allaient-elles trouver l'argent nécessaire pour leurs doses quotidiennes. De plus, au niveau de leur habitation, elles étaient sans domicile fixe. Ce type de situation les précarisait davantage, puisqu'il pouvait paraître encore plus difficile pour elles de cesser leur consommation d'héroïne sans un minimum de stabilité.

Ouin c'est sûr que ma routine a pas mal changé. J'ai été dans la rue pas mal longtemps, à vivre dans des chambres d'hôtel ou simplement dans des parcs fa que là ça fait quand même 3 ans que j'habite ici pis que j'ai un endroit stable. (...) Ben oui comme j'ai dit tout à l'heure ta pas à courir après l'argent tout le temps à la journée longue pis de pouvoir être bien physiquement pis le fait que même si je voudrais consommer ça bloque l'effet. (Rolande)

Toute, je suis plus tranquille, plus responsable, moins anxieux, moins l'impression qui faut que je cours après quelque chose j'ai pu à courir après rien j'ai juste à exister pis à être pis à commencer à bâtir à construire autour d'une vie qui était toute démolie, je recommence un nouveau chantier avec comme base la méthadone parce qu'enlève la-moi pis y est pu question de bâtir quoi que ce soit, c'est l'enfer, c'est le retour à la case départ, l'itinérance va arriver dans les 2 ou 3 semaines suivantes si c'est pas les deux trois jours, je suis condamné à la prendre c'est mon gaz. (Pierre)

Il apparaît pour ces interviewés que la participation au programme de méthadone leur a permis d'arrêter l'héroïne, d'avoir un domicile fixe et de pouvoir reprendre leur vie en main. Dorénavant, il leur est possible d'être moins stressés et d'appréhender leur avenir de manière plus optimiste. En ce sens, la méthadone joue un rôle crucial dans l'adoption d'une hygiène de vie saine et cela a pour conséquence de favoriser l'acceptation de ce produit dans leur quotidien.

#### 4.1.5.2 L'acceptation de la prise de méthadone

Contrairement aux deux autres figures, les individus composant celle-ci acceptent la prise de méthadone. Ce produit est un moindre mal comparativement aux impacts de la consommation d'héroïne. De plus, arrêter de prendre de la méthadone n'est pas envisagé pour le moment.

La méthadone c'est comme une petite routine, je vais tous les matins à la pharmacie pis si je suis dessus à vie ben je serai dessus à vie (Lucie)

Ben je suis pas prête à dire jusqu'à la fin de mes jours, mais je vois pas d'arrêt dans un proche futur, mettons donc à moyen terme je me vois encore en prendre. (Rolande)

Aujourd'hui, j'ai pensé déjà arrêté la méthadone, la diminuer, je suis descendu jusqu'à 20 mg la ça devenait trop difficile. J'ai pris la décision de ne plus me battre contre la méthadone, de me faire à l'idée que c'est pu moi qui a le pouvoir là-dessus. Si j'ai à prendre de la méthadone toute ma vie ben j'en prendrai toute ma vie. J'ai pas le goût de me souffrir pour diminuer, là je suis stable, ça me permet de fonctionner, de pas me casser la tête autre que d'aller la chercher pis d'assumer le fait de pas partir en peur avec, de juste m'assumer. (Pierre)

Pour autant, la méthadone demeure un produit qui n'est pas construit socialement comme un médicament. À cet égard, il demeure associé à une intervention en toxicomanie, qui contribue à maintenir les enjeux de stigmatisation que vivent les personnes.

#### 4.1.6 Une stigmatisation qui perdure

##### 4.1.6.1 Les réactions de l'entourage sur la prise de méthadone

L'entourage de l'ensemble des gens du groupe est au courant de leur prise de méthadone. Leurs réactions sont positives par contre, les participants furent souvent questionnés en lien avec la durée de la prise de méthadone. En d'autres termes, l'entourage veut fréquemment savoir s'ils prendront de la méthadone leur vie entière.

Je pense qui sont ben contents. C'est sûr que des fois ma mère me dit « tu vas-tu être pogné toute ta vie avec ça » pis toute ça. (Rolande)

Ainsi, les personnes de cette figure témoignent du fait que si leur entourage constate les bienfaits de leur participation à un programme de méthadone, ce produit demeure négatif dans la mesure où il renvoie à un enjeu de toxicomanie et non pas à celui d'une maladie chronique. D'ailleurs, pour l'entourage des interviewés, l'ingestion quotidienne de méthadone n'est pas considérée comme la prise d'un simple médicament. Ces personnes ne sont pas perçues comme des individus malades au même titre que ceux souffrant du diabète par exemple. Ainsi, si la dose de méthadone n'est pas prise, la personne sera malade, car elle présentera rapidement de nombreux effets (physiques et psychologiques) inconfortables au même titre qu'un individu ayant besoin d'un médicament pour un problème de santé physique ou mentale. Malheureusement, il semble que cela ne soit pas souvent reconnu dans l'entourage des gens interviewés.

De plus, la méthadone exige des relations avec du personnel de santé, qui ne sont pas toujours faciles et qui rappellent constamment qu'il s'agit d'un produit hautement surveillé. À cet égard, le contrôle social exercé sur la méthadone notamment, par la prise en pharmacie de la méthadone constitue pour certains, une raison permettant de maintenir les enjeux de stigmatisation

#### 4.1.6.2 La discrimination faite par les médecins et pharmaciens

Les hommes et les femmes se distinguent dans ce groupe sur la question de la discrimination et du jugement que peuvent faire vivre les intervenants associés à la méthadone aux participants. Les femmes nomment ne s'être jamais senties jugées ou discriminées.

Moi j'ai toujours eu plus de facilité à créer des liens aux pharmacies où j'allais, ça s'est tout le temps bien passé avec les pharmaciens. Y ont tout le temps été hyper accommodants. Je suis retourné à Québec l'année passée pis à se souvenait de mon nom après 4 ans. (Rolande)

Tandis que les hommes expliquent différentes situations où ils se sont sentis jugés et discriminés par des médecins et des pharmaciens.

Oui même par un médecin qui lui en voit beaucoup. C'est un de ceux à St-Luc qui prescrit beaucoup de méthadone. Y avait de l'air... les médecins sont pas pour... tu sens que... sont plus facilement à donner des antidépresseurs que guérir un problème de toxicomanie, c'est comme si

c'était pas de leur ressort, de leur responsabilité pis y te font sentir que c'est ton problème que c'est de ta faute. (Pierre)

Enfin, au-delà des regards portés par leur entourage ou le personnel de santé sur leur prise de méthadone, il existe aussi des préjugés entretenus par la société auxquelles disent devoir faire face les personnes rencontrées, et ce, malgré leur rétablissement.

#### 4.1.6.3 Les préjugés entretenus par la société

Ce groupe est unanime sur le fait que la société entretient des préjugés sur la méthadone. Ces préjugés sont tous négatifs : prendre de la méthadone révèle que l'individu avait une dépendance à l'héroïne et du coup, bien que la personne est engagée dans un processus de rétablissement, la société lui appose de nombreuses étiquettes (voleur, « junkie », etc.). Finalement, la prise de méthadone est perçue comme un transfert de dépendance soit remplacer une drogue par une autre. En d'autres termes, lorsqu'une personne a eu une addiction à l'héroïne, quoique ce problème soit derrière elle, aux yeux de la société, elle reste une héroïnomane.

Tu sais qui a encore beaucoup de gens qui savent pas c'est quoi. Y a des gens à qui je dis que je suis sur la méthadone pis y dise c'est quoi. Quand je leur explique des fois leur attitude change parce que là évidemment je prends de la méthadone parce que je prends de l'héroïne. Les gens répondent pas très bien quand tu leur dit que t'était un ex-héroïnomane. (Lucie)

Oui. Y pense que c'est juste remplacer une drogue par une autre. (Rolande)

Quand t'a été toxicomane, on dirait que tes pu capable de te débarrasser de ton étiquette de toxicomane. Pis quand tu prends de la méthadone, on dirait qu'on te l'affiche encore. Y en a qui se font un vilain plaisir de te faire sentir que ta place est pas en avant, mais plutôt en arrière, soit beau, et tais-toi, tes ben chanceux qu'on te sert, c'est toujours un privilège d'être soigné. On le dit même faut avoir des privilèges pour pouvoir... ce maudit système de discrimination automatique qui se fait, ça aide pas à ne pas être en état de discrimination.(...) Je suis pas un M. tout le monde, j'ai des étiquettes à coller au fait que je prends de la méthadone, un paquet d'étiquette pas juste une, par un paquet de monde. J'aimerais ça que la méthadone soit perçue comme un médicament au même type qu'un antibiotique autant par le personnel traitant que par la société. Qui a toujours une connotation négative attachée à la consommation de méthadone, une connotation de lâcheté, de paresse, on est des sans cœur, des ingrats, des malpropres. (Pierre)

Pour conclure, il fut montré précédemment que les individus composant ce groupe perçoivent de façon plutôt favorable leur participation dans le programme de substitution à la méthadone. En effet, arrêter la prise de ce psychotrope ne fait pas partie de leur plan à court et moyen terme. Malgré les inconvénients liés à la participation à ce programme, ce groupe a démontré que la méthadone est nécessaire pour favoriser leur rétablissement. Auparavant, ces gens ont

connu une vie difficile où la polytoxicomanie était présente et où la majorité d'entre eux avait déjà intégré un programme de substitution sans succès. Aujourd'hui, ils ont nommé plusieurs changements positifs dans leur vie occasionnés par la prise de méthadone. Ces changements font en sorte que ce psychotrope est devenu nécessaire au quotidien. Par contre, tout n'étant pas rose, ces personnes sont encore souvent victimes de discrimination et de préjugés. En espérant que ces difficultés n'aient pas d'impact néfaste sur leur volonté à poursuivre leur rétablissement.

## **4.2 Les individus adoptant une position défavorable au programme de substitution à la méthadone ou lorsque la prise de méthadone doit cesser : Figure 2**

Dans ce groupe, nous retrouvons deux hommes et deux femmes. Ils sont âgés de 29 à 43 ans et leur participation au programme de substitution à la méthadone varie de 5 mois à 9 ans. La plupart de ces personnes ont déjà été itinérantes. Ce qui caractérise l'ensemble de ce groupe est la relation qu'ils entretiennent avec la méthadone. En ce sens, ils tiennent tous un discours majoritairement négatif sur la prise de méthadone et ont comme but ultime d'arrêter d'en prendre. Plusieurs éléments de leur discours montrent bien comment la prise de méthadone est devenue un fardeau pour eux. Afin de comprendre cette relation qu'ils entretiennent avec la méthadone, leur vie avant l'inscription dans ce programme, les effets positifs et négatifs de ce dernier ainsi que la stigmatisation vécue ont été analysés.

### *4.2.1 La vie avant la méthadone*

#### 4.2.1.1 Des participations antérieures à des programmes de substitution, à des cures de désintoxication et à des thérapies

Tout d'abord, certains individus faisant partie de ce groupe ont plusieurs antécédents de prise en charge thérapeutique. Ils ont fait soit des thérapies, des cures de désintoxication à la méthadone ou ils ont essayé le programme de substitution à la méthadone. Dans leur cas, ils

ont mentionné que la méthadone était souvent le seul moyen qu'il restait à essayer pour arrêter de consommer de l'héroïne.

J'ai jamais réussi à arrêter de consommer sauf quand j'ai commencé mon traitement de méthadone (...)(Nathalie)

Ayant essayé à plusieurs reprises d'autres méthodes pour arrêter la consommation d'héroïne, le programme de maintien à la méthadone fut la meilleure solution pour Kevin :

Non c'était ma neuvième tentative avec la méthadone. Sauf que les huit autres fois c'était avec des programmes de désintoxication de 58 jours. Et là c'était la première fois que j'étais en maintien. (Kevin)

Pour Louis, longtemps en situation d'itinérance, cesser la consommation d'héroïne était compliqué. Alors qu'il n'avait pas de résidence fixe, il a tenté à trois reprises d'arrêter l'héroïne, mais sans succès :

Avant de commencer à prendre de la méthadone, je sortais de la rue. J'ai été 12 ans itinérant. J'avais essayé une couple de fois un programme, mais ça pas réussit quand t'as pas de logement c'est ben dure.

Pour ces individus, arrêter la consommation d'opioïdes fut un défi de taille. Leur passé est marqué par de multiples échecs à l'intérieur de diverses modalités thérapeutiques. Au final, prendre un produit substitutif était la solution qu'il restait pour surmonter les désagréments du sevrage à l'héroïne.

#### *4.2.2 Les raisons pour entreprendre le programme de méthadone*

Dans l'ensemble du groupe, les raisons pour entreprendre le programme sont souvent en lien avec la difficulté à réussir un sevrage de l'héroïne sans produit substitutif. Autrement dit, la sévérité des symptômes du sevrage amoindrissait leurs probabilités de ne pas rechuter.

En ce sens, Nathalie et Louis expliquent que la douleur occasionnée par les symptômes de sevrage à l'héroïne est un obstacle au rétablissement. Dans ce contexte, la méthadone permet de vaincre cette épreuve.

Pourquoi j'ai décidé de prendre de la méthadone c'est parce que j'étais vraiment tannée je voulais pas revivre ça, cette douleur-là pis je voulais être sûre de réussir. Quand tu le fais à froid tu es jamais sûre de réussir. À un moment donné tas tellement mal après quelques jours que tu dors pas, tu finis par passer par-dessus tes résolutions. (Nathalie)

Pis avec les symptômes qui vont avec ça j'avais pas le choix d'avoir un remède de substitution. (Louis)



Dans ce contexte marqué par les obstacles associés au sevrage à l'héroïne, la méthadone devient une aide précieuse et indispensable afin d'améliorer sa qualité de vie.

Une seconde motivation pour prendre de la méthadone nommée par les participants est de retrouver une meilleure qualité de vie. La vie de ces interviewés était centrée autour de la consommation de la drogue. Il arrive un moment où ces personnes cherchent à avoir une vie où plusieurs sphères sont comblées. Dans le cas de Kevin, consommer de l'héroïne avait de multiples conséquences dans son quotidien et ces dernières l'ont grandement motivée à intégrer le programme de méthadone. Il voulait que ce soit aussi possible pour lui de vivre une vie équilibrée tout comme un individu n'ayant pas de dépendance (à l'héroïne) alors, la méthadone est devenue la bonne solution :

La consommation a continué pis ma qualité de vie, tout tournait autour de la consommation pis c'est plate à un moment donné quand tu veux avoir un peu de vie, de vie familiale. (...) faut que t'aille une dynamique de vie pis c'est ça qui est difficile pour le toxicomane, c'est lorsque qui se retrouve avec rien de ça, c'est là qui veut souvent arrêter parce que c'est pas son obsession avec la substance, mais c'est son manque de vie. Le fait qui a pas de blonde, qui a pas de vie, qui voit pas sa famille ça fait 4 ans qui a pas été chez eux, y a pas vraiment d'amis, y va pas au cinéma, y fait rien d'autre que se geler. À un moment donné ça devient plate, tu regardes toujours dans le collimateur, tu regardes les autres vivre, mais toi ta pas le droit d'avoir un morceau de gâteau. C'est là que tu te dis donne moi en de la méthadone. (Kevin)

Malgré le désir de transformer leur vie, la volonté liée à prendre sa dose quotidienne de méthadone n'est pas constante chez les individus composant ce groupe.

### *4.2.3 Les effets de la prise de méthadone*

#### *4.2.3.1 Les obstacles liés à la prise de méthadone*

La motivation à prendre de la méthadone chez les personnes interrogées n'est pas stable. Autrement dit, elle semble fragile ou déficiente. Premièrement, la posologie n'est pas toujours respectée. Par exemple, Nathalie mentionne qu'elle oublie parfois de prendre sa méthadone alors, elle prépare son propre dosage. Elle finit par accumuler plusieurs bouteilles et décide souvent d'en boire une plus petite quantité dans l'optique d'arriver à diminuer sa dose graduellement.

Là en ce moment des fois j'oublie de prendre ma journée pis souvent je bois ma bouteille à moitié. L'autre fois je tchekais ça je suis rendu avec un sac de bouteilles à moitié vides pis un sac de bouteilles pleines. (...) Là je suis à 16, je vais essayer de baisser à 6. **Tu te fais ton propre**

**dosage?** Oui à un moment donné, mais ce qui « fucke » l'affaire c'est qu'une fois semaine je dois boire la bouteille devant la pharmacienne. C'est ce qui me fait peur. Si je coupe de moitié jeudi prochain après une semaine à boire juste 5 mg de méthadone quand je vais boire 16 mg de méthadone devant la pharmacienne, cette journée-là je risque de la passer au lit. Je pense pas que ça marcherait à cause de ça. Jeudi j'ai rendez-vous avec mon médecin pis là je veux y dire là j'ai boit à moitié les bouteilles, des fois j'en oublie, je veux baisser plus.

Aussi, pour Louis, réduire sa dose de méthadone semble être impératif. Il mentionne que depuis qu'il a commencé à prendre de la méthadone il y a un an, il diminue progressivement son dosage afin de cesser complètement d'ici deux ans.

Depuis que je prends de la méthadone, tout va bien. Ç'a été dur au début, le temps de m'ajuster à mes doses. Je suis pas monté ben gros, je suis monté jusqu'à 70. Aujourd'hui j'suis à 60. Ça super bien été tellement que tout de suite après que j'ai commencé j'ai suivi un traitement pour l'hépatite C pis ça fait comme 3 mois je suis descendu à 60. Aux périodes de 6 à 7 mois, je vais descendre de 10 jusqu'à tant que je m'en sorte.

Enfin, Karine fait partie du programme depuis cinq mois. Ses propos montrent que sa motivation à prendre de la méthadone est extrinsèque. Ce produit l'aide à mener une grossesse plus sécuritaire. En dépit de son désir de ne pas mettre en péril la santé de son bébé, il est à noter que sa position sur la méthadone n'est pas sans ambivalence.

Je peux rien rien faire, mais ça c'est un choix de conscience. C'est soit que je l'ai ou que je l'ai pas. Faut que je fasse ce que le médecin me dise. Je pense que c'est vraiment la plus grosse volonté. La première fois c'est parce que j'allais mourir là c'est parce qu'elle a va mourir. Tsé je suis contre la méthadone en même temps, c'est con.

Que ce soit le fait de diminuer, de faire ses propres doses ou de prendre ce produit substitutif pour la santé de son futur bébé, prendre de la méthadone pour ces personnes semble être pénible, d'autant plus qu'une incertitude persiste au niveau du temps de participation dans ce programme.

#### 4.2.3.2 L'incertitude entourant la durée de la prise de méthadone

Tous les individus de cette figure s'accordent pour dire que la durée du programme de substitution à la méthadone est trop longue. La plupart d'entre eux ne s'imaginaient pas qu'ils allaient consommer de la méthadone pendant plusieurs années, voir même (pour certains) près d'une décennie. Aujourd'hui, après ces nombreuses années à faire partie du programme, ils perçoivent cela comme un échec personnel.

Nathalie croyait que sa dose diminuerait progressivement afin que peu de temps après le début du programme elle n'en ait plus besoin.

Moi je me suis mis là- dessus en pensant que c'était pour arrêter doucement, je pensais pas être là- dessus pendant 5 ans (...) Moi je pensais me mettre sur la méthadone pis que dans 6 mois ça allait baisser tranquillement, mais c'est pas ça qui est arrivé. (Nathalie)

Dans le cas de Kevin, c'est précisément à cause de la durée du programme qu'il ne désirait pas prendre de la méthadone.

Depuis 9 ans je consomme de la méthadone pis c'est pour ça que je voulais pas embarquer parce que je savais, je voyais ça, c'était pour ça que je voulais pas en prendre. (Kevin)

Pour une autre interviewée, la méthadone présente des bienfaits pour éviter de consommer des opioïdes. Par contre, pour elle, le rétablissement à l'aide de ce produit ne devrait pas continuer au-delà de plusieurs années.

Je me dis que la méthadone c'est mieux parce que ça m'empêche de consommer, mais je me dis qui faudrait pas que j'en prends 10 ans. Je trouve que dans ma tête je guéris pas mon problème à moi. (Karine)

Ce groupe d'individus a raconté comment la participation à un programme de substitution à la méthadone est d'une durée variable. À ce sujet, cette incertitude représente un élément irritant pour eux et a un impact négatif sur leur rétablissement. Dans un autre ordre d'idées, leur participation n'est pas qu'associée à des désavantages, elle implique aussi des aspects positifs.

#### *4.2.4 Les aspects positifs à prendre de la méthadone*

Un sujet important, celui de la stabilité acquise dans leur vie, ressort des propos de ce groupe. Il s'agit ici d'un avantage à prendre de la méthadone. La plupart ayant déjà été itinérants, la participation à un programme de substitution à la méthadone leur a permis de réinsérer la vie sociale.

La participation au programme de substitution à la méthadone a entre autres permis à Nathalie de sortir de la rue et de réintégrer la vie scolaire en vue d'obtenir un diplôme de préposée aux bénéficiaires.

Je suis quelqu'un qui a un appartement, qui va aller à l'école, j'avais pas mon secondaire 1 moi y a un an et demi. J'ai été faire un test d'équivalence pour l'avoir, j'ai un secondaire 3. Je me suis inscrit à l'école, je pensais jamais... (Nathalie)

En ce qui a trait à Karine, avoir arrêté la consommation d'héroïne lui a ouvert de nouveaux horizons. Effectivement, la prise de méthadone a chamboulé sa routine.

Quand tu décides d'arrêter, pis que tu commences la méthadone c'est fun de pouvoir te trouver un emploi, de t'occuper de d'autres manières de juste te rentrer une aiguille dans le bras pis de courir chercher du cash (...) En prenant la méthadone, ça me fait sortir (...) Dans le fond en allant prendre ma méthadone, je vais mettre une laisse à mon chien pis je vais y aller à pied, profiter de faire une marche. Je trouve que ça change mon quotidien pis ça fait en sorte que je puisse avoir une vie sociale. (Karine)

L'entrée dans un programme de méthadone favorise à certains niveaux, la réinsertion sociale des participants. Tel que mentionné par les interviewés, ici, la prise de méthadone a causé des changements dans leur quotidien qui se sont avérés bénéfiques.

Enfin, l'acquisition d'une stabilité en ce qui concerne la santé physique est aussi associée à leur participation au programme. Ils expliquent que la prise de méthadone les empêche de ressentir les symptômes du sevrage associés à l'héroïne. Dans le passé, ce sont ces symptômes indésirables qui les ont souvent amenés à rechuter.

L'ingestion quotidienne de ce produit substitutif amène à vivre une vie « normale » tel que raconte Louis.

Ben oui j'ai pu besoin de courir après ma drogue. Je suis pu malade, je peux fonctionner. C'est sur 24 heures comme je dis tant que j'ai ma dose je peux rouler comme une personne normale. (Louis)

Les interviewés ont été questionnés sur les améliorations ou les détériorations dans leur vie depuis qu'ils participent dans le programme de méthadone. Il semble avoir un lien entre le nombre de changements relaté par les participants et le temps passé dans le programme de substitution à la méthadone. En effet, les personnes qui prennent de la méthadone depuis plusieurs années nommaient et expliquaient plus de changements dans leur vie que celles qui y participaient depuis moins de temps. C'est le cas de Kevin qui est dans le programme de substitution depuis neuf ans.

Quand je parle d'une vie, je parle de c'est pas juste un logement, c'est toute le kit, c'est du linge, avoir pas juste une chambre dans un trou, c'est avoir ton bail, une vie. Ça prend du temps quand tes consommateur pis que tes accoté à penser juste à ta consommation pis que tu peux pu t'occuper du reste, avoir une vie familiale, une vie affective, bien te nourrir, être en forme, faire de l'exercice, le logement. **Ces choses-là que tu nommes c'est tu des choses que tes capable de faire aujourd'hui?** Aujourd'hui je les fais toutes ma vie va ben. Je fais de l'exercice, ma santé je mange bien, j'ai un chez nous, du linge propre, grâce sûrement à ça, parce qu'à un moment donné j'avais pas à penser à comment trouver de l'argent, avoir aucune vie autour, c'est ben beau se retrouver dans un trou, mais faut que ton trou y soit... faut que t'aïlle une dynamique de vie pis c'est ça qui est difficile pour le toxicomane, c'est lorsque qui se retrouve avec rien de ça, c'est là qui veut souvent arrêter parce que c'est pas son obsession avec la substance, mais c'est son manque de vie.

(...)Tu commences à prendre ça pis là tranquillement pas vite ben ça vient pas tout de suite, c'est ça que je te dis, c'est ben beau tu changes de substance tu changes pas ta vie. Ça prend du temps c'est pas juste un mois trois mois six mois, ça, c'est de la foutaise, ça prend des années à tranquillement pas vite, c'est dans l'attitude, c'est comment tu vois ta vie. (...) ça pris au moins 3-4 ans dans le sens que dans les derniers 3 ans y s'est passé ben des affaires dans ma vie.

Pour sa part Nathalie explique que beaucoup de changements ont grandement amélioré sa qualité de vie. La participation au programme a été bénéfique puisqu'elle a commencé à prendre soin d'elle et elle a pu occuper son temps autrement qu'à la consommation d'héroïne.

Ben pas mal tout. Ma qualité de vie a beaucoup changé (...) Je suis capable... le fait de prendre ma méthadone j'ai commencé à prendre soin de moi. Juste le fait de demander pour un service de substitution c'est prendre soin de soi. Tout le temps que je passais, tsé la méthadone ça dure 24 heures, mais pas l'héroïne, j'en faisais plusieurs fois par jour. La méthadone ta boit le matin tes correct jusqu'au lendemain matin, pas l'héroïne. Toutes aussi les choses que je faisais dans ma journée pour trouver de l'argent. Ben là je pouvais prendre ce temps-là pour faire des démarches pour moi, pour trouver un appart, ça c'est le début. Au début c'est comme ça que ç'a changé ma qualité de vie, ça s'est amélioré, le fait que je prends soin de moi. Ç'a juste été en augmentant dans le fond. Maintenant, je considère que ma qualité de vie est égale à n'importe qui qui prend pas de méthadone. J'ai une vie très normale je trouve. (...) Ben je trouve que ma santé psychologique est mieux depuis que je prends de la méthadone. Je me sens mieux dans ma tête, dans mon corps, dans mon cœur. J'ai les idées plus claires. Avant quand je consommais, j'étais déprimée, dépressive, des fois j'avais des trucs suicidaires, je voyais pas le bout de la journée. (...) J'ai de nouveau une famille.

Pour ce qui est de Karine et Louis qui prennent de la méthadone depuis moins longtemps que Kevin et Nathalie, ils nomment peu de changements similaires. Karine parle essentiellement de l'amélioration de ses rapports avec sa belle-famille. De plus, elle explique que maintenant elle les visite hebdomadairement. Aussi, elle est la seule à avoir de la difficulté à percevoir des changements au niveau de sa santé physique. Elle nomme que les symptômes vécus pourraient être associés à sa grossesse. Karine est l'unique interviewée de ce groupe à expliquer que malgré l'utilisation de méthadone, elle a toujours beaucoup d'obsessions (*craving*) liées à la consommation d'héroïne.

Oui j'y pense tout le temps au smack. Pis malheureusement j'y pense tout le temps. Mais en même temps avec la méthadone c'est vraiment dur coté psychologique. (Karine)

En ce qui a trait à Louis, il explique que la méthadone n'a pas d'impact sur sa santé psychologique, car son moral a toujours été bon. Il vit plutôt quelques effets secondaires (au niveau de sa santé physique) liés à la méthadone (qu'il juge minimes) et une amélioration au niveau de l'occupation de son temps. Par exemple, il peut maintenant suivre des cours à distance afin d'obtenir son diplôme d'études secondaires.

Hormis les bienfaits engendrés par la méthadone qui furent expliqués par les individus composant cette deuxième figure, il s'avère qu'ils partagent tous l'idée de sortir dès que possible de cette intervention.

#### *4.2.5 La méthadone : une aide, mais dont on doit se débarrasser*

Lorsqu'ils furent questionnés sur le rôle de la méthadone dans leur vie, les quatre interviewés ont tous nommé qu'il s'agissait d'une aide, mais qu'ils voulaient arrêter d'en prendre. C'est principalement ce désir de ne plus faire partie du programme de substitution qui distingue ce groupe des deux autres. En ce sens, Karine explique qu'elle ne voudrait pas en prendre plus de deux ans parce qu'elle considère que le problème d'addiction serait toujours présent. Pour sa part, Louis relate être tanné d'être dépendant d'une substance, dans cette optique, il a raconté avoir même arrêté de fumer. Dans le cas de Kevin et Nathalie, après plusieurs années à en prendre, ils nomment être prêts à passer à autre chose. En somme, ces interviewés ont exposé que dorénavant la participation au programme de méthadone est pénible. Malgré les avantages qu'ils en retirent, l'ingestion quotidienne de méthadone leur rappelle la consommation d'opioïdes. En ce sens, il leur apparaît impossible de passer plus d'un certain nombre d'heures sans prendre ce produit sans quoi leur santé physique et mentale en subirait les conséquences. Aussi, ils doivent vivre avec les contraintes imposées par ce programme et la stigmatisation produite par la société.

#### *4.2.6 Une stigmatisation toujours présente*

##### *4.2.6.1 Divulguer sa participation, des points de vue divisés*

Malgré leur aisance à discuter du programme lors de l'entrevue, aborder publiquement ce sujet est un thème qui divise ce groupe. En premier lieu, la méthadone n'est pas un sujet tabou chez la moitié des gens du groupe. Ces personnes nomment ne pas avoir peur d'en parler ouvertement avec quiconque.

Pour une participante, discuter de sa participation ne semble pas générer aucun malaise.

C'est pas quelque chose qui me dérange de le dire des choses comme ça. Je suis ben ouverte de dire quand j'avais l'hépatite C, je le disais ouvertement, la méthadone c'est la même chose. (Nathalie)

Kevin montre que sa participation n'a jamais été un secret pour qui que ce soit.

Tout le monde, toute ma famille, tout le monde sait tout. (Kevin)

Malgré l'aisance de Louis à dire publiquement qu'il prend de la méthadone, il importe de préciser qu'il nomme ne plus avoir de contacts avec sa famille depuis quinze ans. Cette dernière ne serait pas au courant de sa consommation d'héroïne et de divers psychotropes.

Pour sa part, Karine nomme qu'elle aborderait ce sujet seulement avec quelqu'un qu'elle jugerait ouvert d'esprit de peur d'en subir les conséquences.

J'irai pas le dire à quelqu'un que je vois pertinemment qui va me juger et qui va m'engueuler, je ferai pas exprès de chercher de la marde, de me sentir petite de même.

On peut remarquer que dévoiler sa participation dans le programme de méthadone suscite des avis différents dans ce groupe. Certains individus n'ont aucun malaise à en parler alors que pour une participante, cette révélation pourrait être mal reçue.

#### 4.2.6.2 Des relations difficiles avec les professionnels du programme

Lorsque questionné sur s'ils s'étaient déjà sentis jugés par des professionnels liés au programme de méthadone, la majorité des participants ont nommé avoir eu des expériences négatives avec ces professionnels. Ces mauvaises expériences ont été vécues avec des pharmaciens et un médecin. En ce qui a trait aux pharmaciens, certains participants vont expliquer que ces professionnels les regardaient et s'adressaient différemment à eux comparativement aux autres clients.

Karine raconte comment elle s'est sentie lors de diverses visites à sa pharmacie. Son propos montre qu'il existe deux types de traitements offerts aux clients. Il y a celui offert à ceux qui se présentent pour leur dose de méthadone et celui pour les autres clients.

Les pharmaciens étaient bêtes, y te regardaient croches, y comprenaient pas que leur boss n'ait pas fait une entrée spéciale pour le monde. Vraiment quand t'arrivais avant tout le monde y te faisait passer après tout le monde. C'était vraiment, je sais pas comment dire ça, y attendais qui ait pu personne, ou quand t'arrivais y osait même pas te dire bonjour, y te regardait même pas dans les yeux pis tout de suite après y disait « bonjour Mme X » y était super fin. Pis quand c'est toi, y te regarde pas dans les yeux, y t'adresse pas la parole, y te font passer à la fin, sont bêtes, c'était pas l'fun. (Karine)

De plus, certains pharmaciens peuvent même formuler des insultes à l'endroit des participants.

Ben oui, regarder de haut, des pharmaciens qui me disent tu es lâche, bandit, irresponsable. (Kevin)

Pour ce qui est du médecin, une participante parle d'une relation de pouvoir malsaine établie entre elle et cette professionnelle de la santé. D'une part, son discours montre les impacts qu'ont les exigences du programme sur elle et d'autre part, il montre une certaine tension entre l'application de ces exigences et l'attitude de son médecin.

Mais à la déjà dit des choses que je trouvais déplacée. Elle dit qu'elle m'aime beaucoup, je le sais pas si c'est vrai, mais avec moi est très libre de parler. A dit des choses, mettons quand je travaillais ta pas tout le temps daller la semaine faire un dépistage à l'hôpital parce que c'est long. Des fois j'y disais. Après 5 ans, que mes tests sont corrects ben si je manque un mois, elle m'enlève un privilège, mais des fois elle parle de ses amis dans les bars a va jusqu'à me parler des amis qui consomment de la drogue. Mais je trouvais que c'est un manque d'éthique de me parler de ça quand qu'a me demande à 100% des tests de dépistage. Tsé c'est comme si a me disait moi j'ai le droit d'avoir des contacts avec la drogue, mais je suis ton médecin toi pas le droit à me « tchek ». (Nathalie).

Pour terminer, les relations entre les participants du programme et les professionnels sont présentées comme étant tendues. Les participants se sentent victimes d'injustice puisqu'ils reçoivent un traitement différencié.

#### 4.2.6.3 Leurs préjugés avant l'inscription dans le programme

En ce qui a trait à leurs préjugés envers la méthadone avant d'en prendre, la majorité de ce groupe en avait. Celui qui est nommé le plus souvent est associé à la durée du programme. Ces personnes savaient que la prise de méthadone pouvait s'échelonner sur une longue période (voir plusieurs années) et c'est pour cela qu'elles hésitaient à entreprendre le programme. Tel que mentionné précédemment dans cette analyse, devoir prendre ce produit substitutif pendant une période indéterminée les ramène à la relation de dépendance vécue avec la consommation d'opioïdes. Cette relation est aussi soulignée par les préjugés véhiculés par la société.

#### 4.2.6.4 La permanence de l'étiquette de toxicomane

La majorité des participants rapportent que la société a des préjugés en lien avec la prise de méthadone. Elle serait associée à la consommation d'héroïne de l'individu. En ce sens, l'individu participant dans un programme de substitution à la méthadone porterait toujours



l'étiquette de toxicomane et serait victime des préjugés et des stéréotypes qui en découlent (être associé à une personne qui n'est pas fiable, un voleur, un escroc, etc.).

Comme je disais tantôt même si ça fait 5 ans que j'ai pas consommé de drogue, je suis quand même une toxicomane. Si mon employeur apprend que je suis sur la méthadone, je deviens quelqu'un de pas fiable. Y a pas longtemps je travaillais comme pendant 2 mois comme caissière (..) je suis sûre que si mon employeur avait su que je prenais la méthadone a m'aurait fait moins confiance parce que ça veut dire que c'est quelqu'un qui consomme de la drogue, c'est quelqu'un de pas fiable, ça peut être une voleuse. (Nathalie)

Cette participante montre comment elle aurait pu être stigmatisée si sa participation avait été révélée à son employeur.

Aussi, il est intéressant d'observer que Louis est le seul participant de ce groupe à n'avoir jamais vécu d'expériences négatives avec des professionnels liés à la méthadone, a ne pas avoir eu de préjugés sur le programme avant de le débiter et a ne pas savoir si la société a des préjugés sur la méthadone. Ayant été pendant plus d'une décennie sans domicile fixe, il mentionne avoir plutôt vécu de la discrimination de la part de certains professionnels travaillant dans des organismes pour personnes itinérantes.

Pour terminer, il fut présenté comment ces individus adoptent une position défavorable à la méthadone. Cette figure est composée de gens ayant pour la plupart connu l'itinérance et pour qui l'arrêt de la consommation d'opioïdes était devenu possible que par l'inscription à un programme de méthadone. Malgré qu'ils présentent de nombreux bienfaits à cette inscription en ce qui a trait à l'amélioration de leur qualité de vie en général, la prise de méthadone leur rappelle trop souvent la relation de dépendance entretenue avec l'héroïne. Dans la même perspective, il ressort de leur propos que la société perçoit aussi cette relation puisqu'elle leur appose diverses étiquettes qui les stigmatisent.

### **4.3 Les individus adoptant une position non déterminée sur le programme de substitution ou lorsque la relation à la méthadone suscite de l'ambivalence : figure 3**

L'homme et la femme composant ce groupe sont respectivement âgés de 30 et 26 ans et ils font partie du programme de substitution à la méthadone depuis 6 ans et 10 mois. Il ressort des entrevues que la participation dans le programme de substitution à la méthadone est honteuse pour ce groupe. Ils étaient gênés de parler ouvertement de méthadone. Par exemple, lors de l'entrevue avec la femme, celle-ci parlait à voix basse et murmurait les mots méthadone ou héroïne lorsqu'elle devait en discuter. Alors, il fut convenu d'utiliser le mot programme lorsque nous voulions faire allusion au mot méthadone. En ce qui concerne l'individu de sexe masculin, avant d'amorcer l'entrevue, il était très enthousiaste. Par contre, au moment de la commencer, son attitude changea complètement. Il devint très sérieux et froid. Finalement, ce qui caractérise ce groupe est son ambivalence par rapport à sa participation au programme de méthadone. En conséquence, son discours témoigne d'une position partagée entre les avantages et les inconvénients du programme de substitution à la méthadone.

#### *4.3.1. La vie avant la méthadone*

Les participants furent interrogés sur comment ils étaient avant d'intégrer un programme de substitution à la méthadone. Ils ont mentionné qu'avant de débiter ce programme, ils étaient plutôt inhibés, n'extériorisaient pas leur souffrance et leur occupation était centrée sur la consommation de drogue. Tim l'explique dans l'extrait suivant.

J'étais une personne renfermée, solitaire, qui occupait son temps à rien d'autre que se geler, prendre de l'héroïne, fumer de la drogue. À part de ça, j'étais une personne triste, blessée (...)

Aussi, la toxicomanie vécue par ces deux personnes a eu des répercussions négatives au niveau légal. En effet, ils ont déjà eu des démêlés avec la justice. Ils ont en commun des antécédents judiciaires liés à la drogue.

En somme, la vie d'avant l'inscription au programme des gens composant cette figure est caractérisée par un mode de vie où la solitude et l'isolement étaient omniprésents. Ces personnes étaient malheureuses et elles souffraient. Dans cette perspective, tenter de surmonter un sevrage à l'héroïne sans l'aide d'un produit de substitution leur apparaissait utopique.

#### *4.3.2 Les effets de la méthadone*

Les personnes de ce groupe expliquent que la méthadone était nécessaire, car sans elle, arrêter de consommer de l'héroïne était impossible. En ce sens, elles ont déjà vécu plusieurs sevrages et elles décrivent ces expériences comme étant très souffrantes.

De plus, Stéphanie pensait ne pas être assez brave pour entamer un sevrage à l'héroïne sans l'aide d'un substitut voilà pourquoi elle a voulu s'inscrire dans ce programme.

Parce que j'étais pas assez courageuse pour faire un sevrage pis parce que c'était la seule option pour arrêter de consommer. (Stéphanie)

En ce qui a trait à Tim, son discours montre l'intensité des désintoxications à l'héroïne c'est-à-dire, comment elles sont difficiles à surmonter.

Les sevrages sont vraiment « hardcore », vraiment désagréable (...). C'est assez dur de se battre avec l'héroïne. C'est le Mike Tyson de la drogue, mettons, c'est assez dur à battre (Tim)

En somme, les propos des individus formant cette figure expliquent la nécessité pour eux d'utiliser ce produit de substitution, dans l'optique de délaissier la consommation d'héroïne sans en subir le sevrage qui lui est associé.

#### *4.3.3 Les avantages du programme de substitution à la méthadone*

Les individus de ce groupe furent interrogés à savoir si la prise de méthadone présentait des bienfaits. Ils ont en commun d'avoir nommé que la méthadone leur permet de pouvoir reprendre leur vie sur de nouvelles bases. En ce sens, ils ont adopté de nouveaux comportements favorisant leur réinsertion sociale. De plus, l'entrée dans le programme leur a permis de réinstaurer plus d'équilibre dans leur vie.

Par exemple, Tim montre que d'avoir cessé la consommation d'héroïne et de s'être inscrit dans le programme de substitution lui a permis d'être plus stable à divers niveaux. Dans cette optique, il a maintenant un emploi et avec ce revenu, il a le budget nécessaire pour garder un logement. Aussi, il explique qu'il a dorénavant un meilleur réseau social. En effet, il a développé de nouvelles amitiés.

Si tu es assez motivé, si tu as assez de volonté, tu consommeras pu d'héroïne. Les avantages c'est que tu vas avoir plus d'argent dans tes poches. Tu vas avoir pas mal plus de chance d'avoir une vie sociale normale pis de garder tes choses, ton logement. (...) Oui de la stabilité pour repartir. Ça te donne une chance de repartir à zéro, de recommencer. (Tim)

Pour Stéphanie, la prise de méthadone a trois fonctions. Tout d'abord, elle a une fonction de réinsertion. En ce sens, l'interviewée a mentionné que la méthadone diminue les rencontres avec le monde interlope ce qui a pour conséquence de diminuer la criminalité.

Ensuite, ce produit substitutif a une fonction relaxante qui a des impacts sur sa santé physique et psychologique.

Ben je dirais que ça calme. Je dirais que c'est un... ça calme les nefs. Avant je faisais beaucoup d'eczéma pis là j'en ai pas beaucoup. Ben vu que c'est un...comment on appelle ça... ça doit être un des effets de ce médicament, de cette drogue- là. (...)

En troisième lieu, la méthadone a une fonction de béquille. En d'autres termes, il importe pour la participante que ce support soit présent quotidiennement. En conséquence, cela favorise une plus grande stabilité.

Oui ça t'empêche de consommer comme je disais. C'est quelque chose qui est un support, tous les jours tu sais que c'est là pour toi. Ça te permet de refaire ta vie pendant que tu prends un break pis tu peux diminuer tranquillement pas vite.

Finalement, les propos des participants ont montré que les différents rôles occupés par la méthadone ont pour effet d'amener plus de stabilité dans différentes sphères de la vie de ces personnes. Que ce soit au niveau de l'occupation, des relations sociales, de la santé physique et psychologique, ce produit substitutif procure davantage d'équilibre dans leur quotidien.

#### *4.3.4 Les inconvénients de la méthadone*

En dépit des avantages présentés par les participants, la prise de méthadone engendre aussi des désavantages. En ce qui a trait aux inconvénients qu'ils ont nommés, plusieurs étaient de

nature physique. Tim a expliqué avoir eu des symptômes perturbants sa température corporelle ainsi que son sommeil et cela lui occasionnait des difficultés en lien avec son emploi.

Y a des petits symptômes comme les sueurs, ça arrive souvent des bouffées de chaleur, je dors longtemps, si je travaille pas je suis partie moi là, si je travaille j'ai plus de la misère à me lever qu'une personne normale. (...) Ça peut être 12 ou 13 heures. Je me réveille pour aller travailler j'ai de la misère je suis fatigué.

Ce groupe aborde aussi l'impact de la consommation de méthadone au niveau de leur sexualité. Il nomme les effets secondaires de cette substance tels que la baisse de la libido et les problèmes d'érection). En ce sens, Stéphanie parle de ces désavantages sur sa sexualité.

Un désavantage, ça serait le manque de vitalité, de libido (...) J'ai presque pas eu d'aventures, sexuellement j'ai comme pu de libido ça que c'est plate de savoir que tu vieillis de plus en plus sans avoir de libido ta même pas commencer quand t'étais jeune à explorer ta sexualité. (...)

Ensuite, un sentiment d'exclusion et de vivre en marge de la société est occasionné par la participation au programme. Les contraintes imposées par ce programme en sont responsables.

Tu te sens exclu dans le fond tu t'es exclu toi-même. Tu te sens en marge. Tu dois toujours appeler si tu veux voyager tu dois avoir des bouteilles, tu dois avoir la pharmacie exacte dans quel pays tu vas ça peut même être compliqué. (...) (Stéphanie)

En dernier lieu, leurs propos dénoncent l'aspect addictif de la méthadone. Cet aspect addictif apparaît dans l'intensité des symptômes de sevrage vécus s'ils ne prennent pas leur dose de méthadone.

Tu peux pas débarquer de ça sinon tu vas être malade. (Tim)

Stéphanie expose que la méthadone entraîne une plus grande dépendance que d'autres psychotropes. Elle a nommé ressentir des effets indésirables à partir du moment où elle a tenté d'espacer ses doses. De plus, ce produit occupe un rôle énorme, car sans lui, il lui serait impossible de vaquer à ses besoins essentiels.

Un autre désavantage c'est que c'est vraiment addictif plus que la drogue en tant que telle (...) Les pharmacies, les médecins le disent aussi, c'est que moi je l'ai vu la différence. Un matin quand ça fait deux heures, ben 24 heures que tu l'as pas pris tu vas le sentir. (...) Je dirais que c'est comme c'est un pilier, sans ça j'existerais pas, je serais ben malade, je pourrais même pas aller aux toilettes. (Stéphanie)

#### *4.3.5 La méthadone : une relation amour-haine*

La méthadone occupe un rôle majeur dans la vie de ces participants. Ce produit de substitution leur permet de fonctionner pendant vingt-quatre heures sans vivre les symptômes de sevrage

associés à l'héroïne. De plus, leur participation leur permet d'avoir une vie plus saine comparativement à quand ils consommaient de l'héroïne.

Tim explique que c'est ce produit qui lui permet de fonctionner quotidiennement. Sans lui, il ne pourrait pas vaquer à ses occupations telles qu'occuper un emploi.

Le rôle, le rôle... Dans le fond c'est comme le gaz que ça me prend pour avancer, c'est comme une auto, si elle a pas de gaz, elle peut pas avancer. Si j'ai pas de méthadone j'avance pas c'est sûr et certain. Les symptômes que j'ai, le sevrage, je suis pas capable d'aller travailler pis j'en aurai pas la force non plus. C'est le meilleur exemple que je peux te donner, c'est mon gaz. (Tim)

Quant à Stéphanie, la méthadone occupe aussi la plus grande place dans son quotidien.

C'est quelque chose qui... ça un rôle de médicament... de m'aider à m'en sortir... je sais pas ben ça un grand rôle, tous les jours je dois être là, le prendre (...) (Stéphanie)

#### *4.3.6 Les changements vécus depuis la prise de méthadone*

En ce qui a trait aux changements dans leur quotidien, ce groupe parle de leur nouveau mode de vie. Ce dernier est formé par l'adoption de nouveaux comportements favorisés par le développement de leurs habiletés personnelles. Aussi, le développement d'un nouveau réseau social et l'insertion dans un milieu de travail sont des parties intégrantes de cette nouvelle routine.

Les changements y en a beaucoup. Je sais pas si c'est à cause de la méthadone, mais depuis que j'ai commencé à en prendre mes comportements ont commencé à changer, j'ai changé mes habitudes. Je suis moins renfermé, je travaille sur moi-même. Je suis moins triste, j'ai été voir ce qui s'avait passé, j'en ai parlé. Depuis que je prends de la méthadone, je suis mieux dans ma peau. J'ai pu de petit vide en dedans de moi, la petite boule qui me faisait consommer est partie. J'ai plus d'amis, une vie sociale, je travaille y a plein d'affaires qui a changé. Je suis responsable j'ai mon appartement, je suis en train de régler mes dettes, je suis redevenu citoyen comme on dit. (Tim)  
Ça changé eh... parce que je consomme pu d'héroïne. Ça me permet de changer de mode de vie, de fréquentations, d'habitudes, ça changer ben des affaires parce que je suis dépendante. (Stéphanie)

#### *4.3.7 Leurs positions ambivalentes sur le programme de substitution*

Stéphanie éprouve des sentiments opposés à l'égard du programme de substitution. D'une part, tel que démontré plus tôt dans cette analyse, elle présente des avantages de la prise de méthadone et des changements positifs dans sa vie qui y sont associés. Par contre, lorsque questionnés sur le rôle qu'occupe la méthadone dans sa vie, ses propos sont négatifs et associés à l'idée d'une défaite personnelle.

En même temps je suis vraiment reconnaissante au système pour nous offrir ça parce que c'est pas beaucoup de monde qui est courageux pour faire un sevrage. (...) Mais c'est un rôle que je déteste, je suis frustrée contre ça aussi, je suis écœurée de prendre ça à 25 ans. (...) Pour moi c'est un échec d'être encore là-dessus. (Stéphanie)

Quant à Tim, étant dans une période fragile de son rétablissement, il n'adopte pas de position claire sur le programme de substitution. Dans cette optique, pour le moment, il nomme être occupé à se rétablir d'une période marquée par les rechutes.

(...) j'envisage de baisser, mais pour l'instant je suis pas prêt à baisser parce que j'ai eu des rechutes. J'ai eu une longue période au début que j'ai rien consommé « pantoute » pis là j'ai une petite période rechute, je suis en train de régler ça tranquillement, mais ça toujours été de baisser un petit peu graduellement jusqu'à tant qu'on arrive à zéro. Y a pas personne qui veut garder ça à vie, être tous les jours à pharmacie. Ça fait rien ça gêle pas, c'est juste pour être stabilisé. (Tim)

### *4.3.8 Une stigmatisation qui continue*

#### 4.3.8.1 Les réactions de l'entourage sur la prise de méthadone

Les interviewés ont été interrogés sur s'ils divulguaient ou non leur inscription au programme à leur entourage. Il ressort qu'une partie de celui-ci est au courant de leur participation dans le programme. Ils expliquent que leur réaction est plutôt favorable puisqu'ils sont heureux de voir que les participants sont en train de se rétablir.

Ben y trouve ça positif, ça veut dire que je m'en suis sorti, que j'essaie de m'en sortir. Puis ehh sont souvent là pour me remonter le moral (Stéphanie)

Y trouve ça correct que je me prends en main. Le monde est content. Quand t'es rendu là à l'héroïne, je pense que tout ce qui peut te sauver le monde est content. (Tim)

Par contre, ils évitent d'aborder ce sujet avec certaines personnes par crainte des possibles jugements découlant de l'ignorance de ces gens.

Ils comprendront pas nécessairement c'est quoi, vu qui ont pas passé par là, ils auraient peut-être plus de préjugés que d'autre chose. Le monde ont souvent des préjugés. Quand t'es là-dedans, c'est carrément différent de ce que le monde peut penser. (Tim)

Parce que je les vois sur un piédestal pis je veux pas qui se disent ah elle est encore là-dessus après 6 ans. C'est surtout du monde qui réussit qui comprend pas pourquoi j'ai fait ça. (...) Moi je me sens exclue parce que pour moi c'est mal vu mes amis me disent t'es encore là-dessus, ben voyons t'es pas à zéro? C'est pour ça que je me sens en marge, je le dit pas à mes collègues, y en a un qui le sait. (Stéphanie)

#### 4.3.8.2 Les relations avec les professionnels liés au programme

En ce qui a trait au fait qu'ils aient pu se sentir jugés par des professionnels associés au programme, ils sont unanimes sur le fait que cela ne s'est jamais produit.

My god,,, non, jugé non sont vraiment là pour nous autres. Ça me vient pas. (Stéphanie)

Non. Pas mal tous ceux que j'ai rencontrés sont professionnels. (Tim)

Par contre, s'ils ne se sont jamais sentis stigmatisés ou discriminés par les gens œuvrant dans le programme, il en est tout autrement de leur perception de la société en général.

#### 4.3.8.3 Les préjugés entretenus par la société

Selon eux, la société peut avoir des préjugés sur la prise de méthadone. D'une part, il y a des gens qui ne connaissent pas cette substance ou qui peuvent la percevoir positivement. D'autre part, certaines personnes pensent qu'il ne s'agit que de remplacer une drogue (l'héroïne) par une autre drogue (la méthadone). Finalement, étant donné que prendre de la méthadone peut facilement être associé à la consommation antérieure d'héroïne, ce groupe explique que les stéréotypes associés au toxicomane ressortent.

Ben comme tout le monde. Personne va faire confiance à un junkie, personne va donner de job à un junkie, des affaires négatives, un junkie c'est un junkie. Quand tu parles à quelqu'un que tu prends de la méthadone pour lui tes un junkie, ça revient à ça. (Tim)

Oui, mais j'ai remarqué qui a pas vraiment beaucoup de monde qui connaissent ça sauf que je pense que c'est plus associé à vouloir s'en sortir. Sinon... moi oui c'est sur j'suis paranoïaque j'ai l'impression que la raison pourquoi je veux pas le dire c'est que les gens nous jugeraient. (...) Je pense qu'il y a des préjugés, mais en même temps c'est bien vu. Y en a qui pense que c'est juste une autre drogue, que c'est changer une drogue pour une autre. (Stéphanie)

En définitive, nous avons pu voir qu'avant leur inscription, les individus composant cette figure menaient une vie où la solitude était présente et où la consommation de drogues était centrale. Ensuite, leur désir d'investir ce programme était lié aux symptômes de sevrage pénibles. En général, la prise de méthadone a occasionné plus de stabilité dans leur existence, mais a aussi entraîné quelques désavantages sur leur santé physique. De plus, leurs propos décrivent qu'ils entretenaient d'un côté, une relation d'amour et de l'autre, une relation de haine avec la méthadone. En effet, c'est cette dualité qui montre leur ambivalence en ce qui a trait au programme de substitution à la méthadone.





## **Chapitre 5 : La discussion**

Le chapitre précédent portant sur les résultats a mis en lumière différents rapports à la méthadone vécus par les participants. Pour ce faire, trois figures ont été développées. Pour certaines personnes, la méthadone fut décrite comme un substitut nécessaire, pour d'autres, elle correspondait à une aide dont ils veulent se débarrasser et pour une minorité, elle suscitait de l'ambivalence. Il importe de préciser que malgré cette pluralité de rapports à la méthadone, les personnes interrogées présentent une importante convergence en ce qui a trait à leur trajectoire. À partir de ces résultats, dans un premier temps, l'introduction de la méthadone à travers la trajectoire de consommation des usagers sera discutée. Deuxièmement, un bilan des enjeux positifs et négatifs entourant le programme de substitution sera élaboré. En troisième lieu, les enjeux sociaux de stigmatisation soulevés par l'inscription à ce programme seront examinés. Finalement, nous nous questionnerons à savoir si la méthadone peut constituer une sortie de la consommation de drogues.

### **5.1 La vie des participants avant leur entrée dans le programme de méthadone**

Dans cette partie, nous examinerons la vie des participants avant l'inscription au programme. Les prises en charge thérapeutiques antérieures, l'impact de leur polyconsommation de drogues, la douleur rattachée au sevrage d'opioïdes ainsi que l'impact de l'âge seront présentés afin de connaître qui sont les personnes qui intègrent le programme de substitution à la méthadone. Aussi, ces thèmes seront discutés à l'aide des études utilisées dans la partie traitant de la recension des écrits et de certains concepts du cadre théorique.

#### *5.1.1 Les prises en charge thérapeutiques antérieures*

La majorité des interviewés n'en étaient pas à leur première prise en charge thérapeutique pour faire face à leur problème de dépendance. Certaines personnes avaient déjà participé à un programme de méthadone, mais sans succès. D'autres personnes avaient subi des cures de désintoxication ou avaient pris part à des thérapies. Généralement, ces différentes prises en

charge avaient pu s'échelonner sur une longue période. Ce résultat est semblable à celle d'une autre étude qui explique que les individus admis dans un traitement ont tendance à avoir un historique plus long de traitement pour l'abus de drogue (Schwartz & al., 2011).

Lors de ces nombreuses prises en charge thérapeutique, certaines personnes ne consommaient pas uniquement des opioïdes. En effet, la polyconsommation de drogues était fréquente, de leur point de vue.

### *5.1.2 L'impact de la polyconsommation de drogues*

Au-delà de la prise d'héroïne, la polyconsommation de drogues était une pratique courante chez quelques interviewés. Certains participants ont expliqué qu'en plus de leur dépendance à l'héroïne, la prise de cocaïne était très présente dans leur quotidien. Cette consommation a souvent perduré à la suite de leur intégration au programme de méthadone. En effet, des interviewés alternaient consommation de méthadone prescrite et cocaïne. Pour la majorité des participants ayant vécu cette double consommation, il ressort de leur propos que la méthadone les aidait pour leur problème d'héroïne, mais la prise de cocaïne continuait de les enliser dans la toxicomanie. En ce qui a trait aux études sur les impacts de cette pratique, elles présentent des résultats contradictoires. D'un côté, la poursuite de cette consommation serait bénéfique à l'entrée au programme (Kerr et coll., 2005). De l'autre, consommer de la cocaïne ou de l'héroïne injectée réduirait les probabilités d'intégrer un programme (Booth et coll., 2003).

Dans une autre optique, réussir un sevrage sans l'aide d'un substitut apparaissait insurmontable pour la majorité des interviewés.

### *5.1.3 La méthadone, une aide pour éviter la douleur du sevrage*

La recension des écrits et les résultats d'entrevue ont montré que surmonter le sevrage à l'héroïne, sans l'aide d'un produit de substitution, est très pénible. L'ensemble des personnes interrogées avait essayé, mais toutes leurs tentatives s'étaient avérées infructueuses. Les symptômes physiques et psychologiques du sevrage étaient vécus si intensément que l'inscription dans un programme de substitution est devenue une solution de dernier recours

pour plusieurs. En ce sens, certains interviewés ont expliqué s'être battus pendant longtemps afin d'éviter l'inscription à ce programme, car ils percevaient déjà de nombreux inconvénients à la prise de méthadone. En ce sens, il apparaît clairement dans les résultats de notre recherche que l'entrée dans le programme permettait d'éviter la souffrance liée au sevrage et ce bienfait constituait une solide motivation pour l'intégrer. L'étude de Haddox et coll., (2007) menée aux États-Unis, présente un constat similaire. En effet, un peu plus du tiers de leurs répondants ont admis que la douleur ressentie lors du sevrage est une raison pour prendre ce psychotrope (Haddox et coll., 2007). Aussi, pour certaines personnes, l'ingestion de méthadone leur garantissait de réussir, c'est-à-dire, que pour elles, ce produit substitutif évitait de rechuter et de revivre les effets collatéraux de la consommation d'opioïdes.

Mis à part l'évitement des symptômes de sevrage, l'intégration au programme de méthadone est facilitée par le fait d'être plus âgé.

#### *5.1.4 L'influence de l'âge pour intégrer le programme*

Certains interviewés ont évoqué leur âge comme facteur contribuant à l'intégration d'un programme de substitution à la méthadone. En ce sens, ils ont expliqué qu'étant donné leur âge (ils avaient entre 35 et 50 ans) et les nombreuses années vécues aux prises avec la dépendance (à l'héroïne), il était maintenant le temps de cesser la consommation d'héroïne afin de passer à autre chose dans leur vie. Ce constat est analogue à celui d'une recherche (Kerr et coll., 2005) qui explique qu'être plus âgé est favorable à l'entrée dans un traitement de méthadone.

Dans le même ordre d'idées, comme expliqué dans le cadre théorique, cette transition (qui apparaît le plus souvent dans le passage de la jeunesse à l'âge adulte) est ce que Caiata Zufferey (2005a) appelle la maturation. En effet, la maturation est une logique d'action qui sous-tend le rétablissement chez les personnes toxicomanes (Caiata Zufferey, 2005a). Lorsque le temps exerce une pression sur la personne, cette dernière cherche à reconsidérer sa consommation. Autrement dit, cette reconsidération est liée à deux facteurs : à la modification du statut de la personne selon son évolution biologique et selon les changements associés au

poids des normes sociales entourant cette évolution (Caiata Zufferey, 2005a). En ce qui concerne l'évolution biologique, la personne n'a plus le même regard sur sa pratique de consommation, et ce, sans qu'aucun événement particulier ne se produise sauf si ce n'est que l'écoulement des années. Avec la logique de maturation, elle réoriente son action de façon naturelle (Caiata Zufferey, 2005a). En ce qui a trait au poids des normes sociales, Caita Zufferey (2005a) explique la toxicodépendance est vue comme problématique tant du point de vue social que personnel. Dans cette optique, si la consommation de l'adolescent est plus facilement acceptée, en ce qui concerne la personne adulte, aucune tolérance n'est prévue à une période où elle devrait être mature. Somme toute, les personnes que nous avons interrogées ont exprimé qu'il était maintenant le temps d'adopter un mode de vie plus conventionnel. En d'autres termes, un mode de vie où la « normalité » est à l'avant-plan.

En outre, la prise d'opioïdes a pu engendrer de nombreuses conséquences dans la vie de ces personnes. Dans cette optique, l'arrêt de cette consommation peut aussi être lié à un choix rationnel.

#### *5.1.5 L'arrêt de la consommation d'opioïdes par choix rationnel*

La consommation de drogues des interviewés a engendré de nombreuses conséquences physiques, sociales et légales dans leur existence. Ils ont pu avoir des démêlés avec la justice, vivre d'activités liées à la prostitution, être en situation d'itinérance et développer des pathologies liées à la pratique de l'injection (Hépatite C, VIH ou SIDA). Dans cette perspective, pour certains participants, la décision de s'inscrire dans le programme de méthadone s'explique par ce que Caiata Zufferey (2005a) appelle le changement normatif par choix rationnel. Celui-ci provient du jugement de l'individu. Cette transformation s'opère à la suite de l'examen des éléments avantageux et désavantageux de sa consommation. Dans cette perspective, la personne se rend compte que les inconvénients rattachés à sa consommation d'héroïne (tels que ceux décrits précédemment) dépassent les bienfaits qu'elle lui procure.

### *5.1.6 Synthèse portant sur la vie des participants avant l'inscription dans le programme de méthadone*

Il ressort des propos des participants que leur vie avant l'entrée dans le programme tournait uniquement autour de la consommation de drogues. Que l'on pense à leurs activités quotidiennes et aux rencontres qui y étaient associées, leur quotidien était centré sur la recherche et la prise de produits dopants. De plus, de par tout le temps consacré à cette consommation, il en résultait un sentiment d'exclusion et d'isolement vécus quotidiennement. En ce sens, ils se sentaient seuls. Ils n'avaient plus vraiment de lien avec quiconque ou très peu de contact, mis à part avec les personnes qui leur fournissaient leur consommation. Ils se renfermaient sur eux-mêmes en d'autres termes, ces personnes étaient très solitaires. Aussi, les personnes interrogées ne s'accordaient pas de temps pour prendre soin d'elle-même. Dans cette optique, elles ne s'occupaient pas de leur santé (autant physique que psychologique).

Ensuite, avec l'inscription dans le programme de méthadone, certains changements dans leur vie ont eu lieu. Nous avons constaté que l'adhésion dans ce programme a permis de les sortir de l'isolement et de les réinsérer dans la sphère sociale. Ces personnes ont bâti des liens sociaux, amicaux et familiaux. De plus, elles ont entrepris des démarches afin de prendre soin d'elles c'est-à-dire, de soigner les différentes pathologies acquises à l'époque de leur consommation d'héroïne injectable.

Pour conclure, certains éléments de la vie des participants avant l'entrée dans le programme montrent qu'ils ont été grandement fragilisés par leur dépendance aux drogues et par la souffrance qui en découle. En effet, leurs vécus ont longtemps été caractérisés par la dépendance aux drogues et par les nombreuses tentatives pour la cesser. De plus, la polyconsommation de drogues, malgré les inscriptions à diverses modalités thérapeutiques, représentait souvent un obstacle à la sortie de la toxicomanie. Au final, si l'on ajoute qu'il fût trouvé que d'être plus âgé facilite le choix de la sortie du monde de la drogue, il peut être affirmé que la dépendance aux opioïdes ne peut pas être simplement résolue par l'ingestion de méthadone. Cette dernière n'est pas une panacée, elle ne répond pas à tous les besoins des usagers. Les différents facteurs caractérisant les participants montrent que leurs longues

trajectoires de toxicomanie les ont affaiblies et qu'ils peuvent nécessiter d'autres types de traitements (par exemple, un suivi de type psychosocial pouvant répondre à divers besoins). Que l'arrêt de la consommation d'opioïdes se fasse grâce à un choix rationnel ou un choix lié à la maturation (Caita Zufferey, 2005a), il ne faut pas omettre de considérer la souffrance vécue par ces personnes dans l'analyse de leur vécu.

## **5.2 Les enjeux positifs et négatifs de l'inscription au programme de méthadone**

En deuxième lieu, l'objectif principal de ce mémoire était de connaître le point de vue des personnes participant à un programme de substitution à la méthadone. Dans la section traitant des résultats, nous avons présenté les points de vue des individus sur le programme de méthadone. Ces points de vue étaient répartis selon le type de rapport entretenu sur la méthadone, autrement dit, séparé selon trois figures.

### *5.2.1 L'inscription au programme de méthadone : la rupture avec un mode de vie qui n'équivaut pas à un arrêt de consommation.*

Tout d'abord, nous avons remarqué que d'un côté, la prise de méthadone a occasionné une rupture avec le mode de vie associé au toxicomane (frayer avec le monde interlope, s'adonner à des activités criminelles, etc.), mais d'un autre côté, ce n'est pas un arrêt de la consommation de drogues. En effet, celle-ci est toujours présente avec l'ingestion quotidienne de méthadone. En d'autres termes, la prise régulière d'un produit demeure dans leur vie. Comment l'existence de ce produit dans leur vie est-elle vécue chez les personnes interrogées?

Dans le chapitre précédent celui-ci, nous avons démontré que le rapport à la méthadone se traduisait par trois types de figures. En ce qui a trait aux personnes inscrites dans la première figure, celles-ci acceptaient bien la prise de ce produit substitutif dans leur vie. Leurs points de vue étaient favorables sur la méthadone étant donné leurs perceptions des nombreux bienfaits de ce produit dans leur vie qui supplantaient les inconvénients vécus. Au contraire de ce qui

précède, les personnes inscrites dans la deuxième figure ont révélé qu'elles ne voulaient plus de la méthadone. En ce sens, il a été présenté que l'inscription au programme de méthadone voulait être cessée dès que possible. En ce qui concerne la dernière figure, celle-ci était composée de personnes pour qui l'adhésion au programme suscitait des avis partagés.

Qu'est-ce que nous apprennent ces trois types de relation à la méthadone? Tout d'abord, pour ceux qui veulent s'exclure de ce programme et même pour les individus ambivalents sur cette question, ils exposent qu'ils ne veulent plus de ce mode de vie associé à leur passé de toxicomane. En outre, pour eux, la dispensation de la méthadone et la structure entourant ce programme leur font vivre de la discrimination et de la stigmatisation. Au final, leur opposition les amène à lutter contre un produit qui les ramène encore à une dépendance qui demeure non résolue. Quant aux personnes composant la première figure (associée à l'acceptation), celles-ci montrent que la lourdeur de leur trajectoire dans le monde de la drogue (soit la longue période qu'elles y ont passée et les conséquences qu'elle a engendrées) amène à intégrer favorablement cette consommation dans leur quotidien. Aussi, leur âge plus avancé témoigne d'une plus grande fatigue ainsi que d'un lâcher-prise sur les contraintes occasionnées par la prise de ce produit substitutif.

Finalement, ces figures nous auront enseigné l'importance de bien saisir le rapport construit à ce produit substitutif. Bien que chaque figure ait décrit des aspects positifs et négatifs engendrés par la participation au programme de substitution à la méthadone, trois constats peuvent être émis. Dans un premier temps, la première figure a plus particulièrement mis l'emphase sur la possibilité de finalement se rétablir, c'est-à-dire de se distancier de l'héroïne. Quant à la deuxième figure, elle s'est plus exprimée sur les dimensions contraignantes du programme qui viennent nuire au rétablissement. En dernier lieu, la troisième figure a exposé comment l'adhésion au programme pouvait être coercitive par contre, elle n'était toutefois pas prête à vouloir cesser cette inscription. Il importe de comprendre le sens que chaque personne donne à ce programme afin que chaque professionnel œuvrant dans ce programme puisse adapter ses pratiques d'intervention.



Maintenant, nous présenterons un bilan global des aspects positifs et négatifs du programme de méthadone en ne distinguant pas les participants selon leur inscription dans une figure.

### *5.2.2 Les éléments favorables à l'inscription au programme de méthadone*

#### 5.2.2.1 La méthadone facilite la réinsertion sociale

Tout d'abord, de nombreuses dimensions de la vie des individus interviewés ont changé. Elles sont devenues des personnes assez différentes de ce qu'elles étaient avant l'inscription au programme. Ces personnes dont la vie, plus précisément le quotidien, était centré sur la consommation du produit dopant et des préoccupations qui en découlent (toujours avoir l'argent nécessaire, trouver le produit en question, ne pas être vues des forces policières pour éviter d'être arrêtées, etc.), ont retrouvé plus d'équilibre dans leur vie ou une « vie plus normale » tel que l'ont nommé certaines d'entre elles. Dans la même perspective, des études ont aussi présenté que la méthadone aidait à la stabilisation des conditions de vie (Lehman & Lauzon, 1988; Perreault et coll., 2007).

Le retour à cette « vie normale » est devenu possible par l'instauration d'une nouvelle routine. Une routine où chacun peut vaquer à de nouvelles occupations, car c'est ce que la prise de méthadone a engendré, plus de temps libre. Pour certains, ce fut un retour aux études, pour d'autres, un retour sur le marché du travail bref, maintenant que leur temps est occupé autrement, plusieurs options sont possibles. Il leur est maintenant possible de se projeter dans l'avenir et de préparer des plans en conséquence.

En ce qui a trait aux relations interpersonnelles, les personnes interrogées ont fréquemment nommé que la solitude et l'isolement ont longtemps marqué leur vie. Depuis l'entrée dans le programme, les participants ont verbalisé avoir maintenant plus de contacts sociaux, que ce soit d'être en relation avec des membres de leur famille, développer de nouveaux liens d'amitié avec des gens à l'extérieur de l'univers de la consommation, ou tout simplement de rencontrer les professionnels rattachés au programme de méthadone lors de leurs visites (à la

pharmacie et au cabinet du médecin). Développer une vie sociale ou une vie de famille est maintenant possible pour ces personnes.

Cette nouvelle vie, remplis de nouveaux projets scolaires ou professionnels et le développement d'un réseau social, montre que depuis leur inscription dans le programme, les personnes interrogées ont retrouvé la possibilité de prendre soin d'elle. Milhet (2006) a montré que ces changements sont l'une des réussites les plus remarquables du traitement de méthadone. Cela est aussi démontré par la capacité des personnes à prendre soin d'elles au niveau de leur santé physique et psychologique. Premièrement, pour certaines personnes, la méthadone leur permet de veiller à leur santé physique. Elles ont expliqué qu'elles vont dorénavant à leurs différents rendez-vous médicaux, ce qui était rarement le cas avant l'inscription au programme de méthadone. Avant cette inscription, il leur était ardu de respecter leurs rendez-vous étant donné leurs conditions de vie instables. Pensons ici aux interviewés ayant été sans domicile fixe et les obstacles que cela pouvait représenter pour être assidu. Dans la même optique, l'étude de Fischer et coll. (2008) a montré que des taux de rétention élevés dans les programmes de méthadone étaient associés à plus de stabilité au niveau du logement.

Aussi, tel que mentionné précédemment, leur mode de vie était principalement concentré sur la consommation alors, se présenter à leurs différentes rencontres était loin d'être une priorité. Cette nouvelle assiduité a permis aux nombreux interviewés atteints de différentes pathologies liées à la pratique de l'injection (par exemple Hépatite C et SIDA) de recevoir les soins nécessaires. Il importe de préciser que de se rétablir à la suite d'une longue trajectoire de consommation d'héroïne n'est pas un phénomène monolithique caractérisé par le traitement d'une maladie à la fois ou d'une dépendance à la fois (Vigilant, 2008). Les pathologies contractées demandent parfois une attention et un investissement similaire au traitement de la dépendance à l'héroïne. En ce qui a trait à leur santé psychologique ou mentale, certains participants ont entrepris un suivi psychosocial depuis leur entrée dans le programme ou d'autres interviewés ont expliqué recevoir le support de leur entourage et être maintenant plus à l'aise de se confier à celui-ci.

#### 5.2.2.2 L'incertitude entourant la durée du programme de méthadone

Finalement, un dernier élément du programme de méthadone pouvant à la fois être perçu positivement et négativement par les personnes interrogées sera présenté. Les participants avaient différents points de vue sur leur prise de méthadone et ils étaient entrés dans ce programme depuis une période de moins d'un an alors pouvant aller jusqu'à dix ans. En ce sens, les durées variables des inscriptions témoignent de la souplesse entourant le programme de méthadone et renvoient à l'idée que le participant forge lui-même son rétablissement. Dans cette perspective, Alexandre (2011) qui a étudié le traitement de substitution aux opioïdes en Belgique le qualifie de flexible et d'incertain. En effet, les modalités de traitements sont variables (visée d'abstinence, de maintien, de sevrage). En outre, certaines personnes que nous avons interrogées ont raconté qu'il leur était possible de rester sur le programme le temps qu'elles désirent et cela était perçu comme un point fort du programme. À l'opposé de ce qui précède, l'incertitude entourant la durée de leur inscription dans le programme pouvait être un problème irritant pour d'autres participants. Certains ont nommé vouloir arrêter rapidement l'ingestion de méthadone, mais ils rencontraient des résistances de la part de leur médecin. Ce dernier privilégiait une cessation graduelle et périodique.

En définitive, cette incertitude et cette flexibilité amènent à se questionner sur le mode de vie dans le programme de substitution à la méthadone.

#### 5.2.3 *Les éléments défavorables entourant l'inscription au programme de méthadone*

##### 5.2.3.1 Le programme perpétue le mode de vie du toxicomane

Dans cette section, les impacts négatifs de la structure du programme de méthadone seront présentés. Tout d'abord, les participants ont été nombreux à exprimer que le fonctionnement de ce programme, d'une certaine façon, perpétue le mode de vie relié à la toxicomanie. En outre, aller chaque jour à la pharmacie afin de recevoir sa dose de méthadone renvoie à lorsqu'ils devaient se procurer leur dose quotidienne d'héroïne (Fraser, 2006). D'ailleurs, cette procédure est évitée lorsque le participant « a ses privilèges ». En effet, lorsqu'il prouve qu'il

est « stable » et digne de confiance, les professionnels œuvrant dans le programme vont lui octroyer la permission de prendre avec lui plusieurs doses de méthadone. À ce moment, le participant n'aura qu'à se présenter à la pharmacie une fois par semaine pour récupérer sa prescription. En ce qui a trait aux analyses d'urine pour contrôler l'usage de drogues non prescrites, les participants les percevaient comme un manque de confiance des professionnels à leur égard. Dans la même optique, elles sous-entendent que le participant pourrait mentir sur sa consommation. Ces différentes procédures renvoient implicitement les participants à l'image du toxicomane, à qui on ne peut pas faire confiance et donc, qu'on doit contrôler (Coppel, 2002). Ces enjeux soulevés par ces procédures ont aussi été trouvés dans l'étude de Gourlay et coll. (2005). Celle-ci a montré que cette bataille pour obtenir, avoir ou maintenir la confiance des prescripteurs de méthadone privait les usagers de leur autonomie (Gourlay et coll., 2005).

Mis à part les problèmes engendrés par les procédures liées au programme, la prise de méthadone occasionne aussi des ennuis au niveau de la santé physique.

#### 5.2.3.2 L'ingestion de méthadone occasionne plusieurs effets secondaires

En deuxième lieu, bien qu'une dose adéquate de méthadone permette d'éviter les symptômes de sevrage associés à la dépendance aux opioïdes, les personnes interrogées ont mentionné que l'ingestion de ce produit substitutif occasionnait plusieurs effets secondaires. Somnolence, prise ou perte de poids, constipation, hypersudation, perte de libido sont fréquemment éprouvées. Ces symptômes pouvaient être difficilement vécus et ont pu avoir des conséquences importantes, particulièrement, en ce qui concerne la somnolence. Des participants ont expliqué que l'état de somnolence leur engendrait des difficultés dans leur emploi. Pour le médecin, être attentif et bien gérer ces effets indésirables sont cruciaux afin d'améliorer l'acceptabilité de ce traitement et son attrait pour les participants (Lauzon, 2011). Pour conclure cette présentation des aspects positifs et négatifs liés à l'inscription au programme de méthadone, la dualité de cette participation sera abordée. Dans un premier temps, la prise de méthadone est apparue comme une aide à la réinsertion sociale. En ce sens, l'inscription à ce programme a favorisé le développement de relations sociales, familiales et

amicales. De plus, grâce à l'instauration d'une nouvelle routine, les participants étaient plus enclins à recevoir des services de santé physique et psychologique. Par contre, il a été constaté que cette inscription comporte certains éléments défavorables. En outre, elle perpétue le mode de vie associé à l'individu toxicomane. En d'autres termes, la structure et les procédures de ce programme reproduisent en quelque sorte leur mode de vie antérieur. Par conséquent, un constat émerge. D'une part, l'inscription à un programme de méthadone engendre une nouvelle routine qui favorise la réinsertion sociale des personnes qui y sont admises. D'autre part, de par sa structure, des aspects stigmatisants et discriminants liés à l'image généralement associée au toxicomane perdurent. Ce bilan nous amène à exposer les enjeux de stigmatisation liés à cette inscription.

### **5.3 L'usage de méthadone expose les participants à des enjeux de stigmatisation**

Tout d'abord, les figures d'analyse présentées antérieurement révèlent l'existence de trois rapports au programme de substitution à la méthadone. À travers ces figures, la substitution apparaît bénéfique au point de vue médical et biologique. En outre, il est clair que la méthadone procure une stabilisation physique chez l'utilisateur, par exemple, elle lui évite les désagréments du sevrage aux opioïdes. Cependant, son usage expose des enjeux sociaux liés à la stigmatisation. Ces enjeux seront élaborés conjointement aux théories de Becker (1963), Goffman (1975) et Caiata Zufferey (2005a).

#### *5.3.1 De participant au programme de méthadone à outsider*

Il fut présenté que l'expérience de cette stigmatisation pouvait se traduire par la rigidité de la structure du programme de substitution à la méthadone. Ici, l'impact des préjugés propagés par la société et la discrimination véhiculée via les professionnels seront présentés. Afin de comprendre comment cette stigmatisation est expérimentée, il importe de comprendre comment cette distinction entre le normal et le déviant est instaurée. Comme présenté dans la section relative au cadre théorique, la déviance est construite dans l'interaction entre la

personne et la société (Becker, 1963). En ce qui concerne les usagers de méthadone, la littérature et l'analyse des entrevues ont montré que la société les perçoit en tant que transgresseur de diverses règles. Nous croyons tout comme Tremblay & Olivet (2011) que cette perception sociale est entre autres basée sur ce qui fonde leur identité d'usager de traitement de substitution soit la recherche de sensations par les opioïdes. De plus, à cause de l'usage de drogues illégales et le fait pour certains, d'avoir des antécédents judiciaires, l'étiquette de déviant ou *outsider* leur est apposée. En ce sens, l'analyse des entrevues a révélé que bien qu'elles soient engagées dans un processus de rétablissement, une majorité de ces personnes sont (toujours) perçues en tant que toxicomane. L'existence de cette étiquette de toxicomane (ou de déviant) est aussi mentionnée dans plusieurs recherches (Conner & Rosen, 2008; Doukas, 2009; Milhet, 2006; Taylor, 2011 : Tremblay & Olivet, 2011). Tout comme notre recherche, ces études ont montré que ce stigmatisme continue de peser sur les usagers en traitement à la méthadone.

### *5.3.2 Les préjugés propagés par la société*

Dans le même ordre d'idées, cet étiquetage devient possible lorsque les usagers de méthadone dévoilent leur inscription à ce programme à autrui. En raison de cette révélation, ils deviennent pleinement déviants (Becker, 1963). À l'encontre de ce qui vient d'être dit, une deuxième option est envisageable, celle de ne pas révéler sa participation. En ce sens, certains individus ne parlent pas de leur participation à quiconque, de peur d'être stigmatisés, alors, ils sont ce qu'on appelle secrètement déviant (Becker, 1963). Ce choix complique certaines sphères de leur vie puisqu'ils doivent démontrer une certaine habileté à manier les informations les entourant. À titre d'exemple, comment justifieront-ils à leur nouvel employeur qu'ils ne peuvent pas commencer tôt leur quart de travail étant donné leur rendez-vous quotidien à la pharmacie? L'étude de Harris & McElrath (2012) a dévoilé que les conditions dans lesquelles la méthadone est distribuée peuvent constituer des barrières pour trouver un emploi convenable et rester employé. Dans une autre optique, de quelle façon expliqueront-ils à leur entourage qu'ils ne sont pas disposés à partir en voyage, et ce même quelques jours? Dans cette perspective, l'individu concerné devra manier cette information qui pourrait le discréditer (l'inscription au programme de méthadone) afin d'éviter d'être étiqueté de déviant et être

stigmatisé. En d'autres termes, c'est ce que Goffman (1975) appelle le « faux-semblant ». De plus, il importe de préciser qu'à un moment donné, la personne pourrait ne plus être en mesure de faire semblant donc, elle devra révéler cette information.

### *5.3.3 La stigmatisation véhiculée par les professionnels*

En ce qui a trait aux relations avec les professionnels œuvrant dans le programme, un sentiment de frustration est ressenti par les participants. Nos résultats ont montré que lorsque ces derniers tenaient des propos négatifs envers les professionnels, il s'agissait majoritairement de relation avec les pharmaciens et les médecins. Avec ces derniers, ils se sont souvent sentis discriminés ou stigmatisés. Ce constat est similaire à d'autres études sur le sujet (Anstice et coll., 2009; Doukas, 2009; Harris & McElrath, 2012; Lauzon, 2011). La discrimination et la stigmatisation produites par ces professionnels nuisent au rétablissement des usagers. Tout d'abord, dans le cadre du programme, la pharmacie est souvent le lieu que le participant visitera le plus fréquemment. Ensuite, lorsqu'on sait que l'ingestion de la méthadone se fait sous la supervision étroite du pharmacien, il importe d'être vigilant sur comment se déroule cette action, car elle peut facilement contribuer à la stigmatisation du participant. À ce sujet, les études consultées ainsi que nos résultats s'accordent sur le fait qu'une relation négative se traduit par être traités avec suspicion et condescendance.

Pour terminer, il importe de tenir compte des préjugés propagés par la société et de la discrimination véhiculée par les professionnels œuvrant dans le programme. Par contre, il faut se souvenir que c'est le participant qui subit et qui souffre le plus de ces attitudes. Pour rectifier ce type de situation, il faut comprendre que les professionnels tiennent un rôle primordial auprès des usagers et de la société. En effet, puisqu'ils sont à l'avant-plan du programme, leur influence est importante. Par exemple, la majorité des participants interrogés qui voulait arrêter la prise de méthadone a tenu des propos négatifs sur ces professionnels (tout comme dans l'étude de Conner & Rosen, 2008). Cela nous porte à croire que les comportements et les attitudes de ces professionnels peuvent avoir des conséquences importantes sur l'inscription de ces personnes dans le programme. De plus, il fut constaté que les personnes interviewées sont depuis longtemps étiquetées de déviantes. En effet, qu'elles

consomment de l'héroïne ou de la méthadone, la société les étiquète d'*outsiders* (déviantes). Ces enjeux de stigmatisation interrogent s'il est possible de sortir du monde de la drogue à l'aide de la méthadone.

## **5.4 La participation au programme de substitution à la méthadone est-elle une sortie du monde de la drogue?**

Dans cette section, nous nous questionnerons sur si la prise de méthadone constitue une sortie du monde de la drogue. En premier lieu, nous présenterons ce que signifie pour nous sortir du monde de la drogue. Ensuite, les points de vue des personnes interrogées seront présentées. En dernier lieu, nous ferons des liens avec la littérature existante à ce sujet.

### *5.4.1 Qu'est-ce que sortir du monde de la drogue?*

Tout d'abord, qu'est-ce que sortir du monde de la drogue? Tel que mentionné dans la recension des écrits, avec l'arrivée du paradigme de la réduction des méfaits, dorénavant, il existe une panoplie de manière de se sortir de la toxicomanie. En ce sens, l'abstinence n'est plus l'unique objectif valable. En fait, certaines personnes vont préférer réduire les risques liés à leur consommation, d'autres vont vouloir cesser la prise de certains psychotropes considérés plus nocifs, bref, plusieurs options sont possibles. Il n'existe pas qu'une seule façon de s'en sortir (Duprez & Kokoreff, 2000; Castel, 1998) et aucun point de vue hégémonique sur le sujet. Au contraire, il faut considérer plusieurs niveaux de réalité. Autrement dit, il n'y a pas qu'une seule réponse à cette question.

Au-delà de cette pluralité de sorties, concrètement, les personnes que nous avons interrogées ont exprimé que l'inscription au programme de méthadone pour sortir du monde de la drogue n'est pas sans équivoque.



#### *5.4.2 La méthadone permet-elle de sortir du monde de la drogue?*

Premièrement, l'analyse des entrevues a montré que l'inscription à un programme de méthadone permet (entre autres) de stabiliser les conditions de vie des participants ainsi que de les éloigner des activités illégales liées au monde de la drogue. Bien que ces bénéfices soient loin d'être négligeables, la majorité des personnes interviewées avaient une vision critique de ce produit substitutif. En effet, elles ont exprimé qu'avec la prise de méthadone leur problème de toxicomanie était toujours présent. Dans le même ordre d'idées, elles se percevaient encore dépendantes d'un produit, car si elles ne le prenaient pas quotidiennement, elles ressentaient rapidement des symptômes de sevrage. Cette perception est notamment retrouvée dans l'étude de Milhet (2006). La totalité des personnes rencontrées dans le cadre de son étude a verbalisé que les produits substitutifs génèrent une dépendance pharmacologique qui est mal vécue ou même regrettée. En ce qui a trait à notre étude, d'autres individus ont formulé cette inscription en tant qu'un transfert de dépendance (passer de la consommation d'héroïne à la méthadone). Somme toute, bien que ce produit substitutif fut présenté comme pouvant empêcher la consommation d'héroïne (étant donné qu'il nuit à l'action dopante de l'héroïne) et comme bénéfique à la réinsertion sociale, pour certaines personnes être longtemps inscrites dans ce programme n'est pas une solution viable afin de régler leur problème de toxicomanie. Ces personnes maintenant substituées « sont sorties des drogues sans être sorties de la toxicomanie » (Milhet, 2006, p.65).

Ce constat a aussi été trouvé dans d'autres études (Duprez & Kokoreff, 2000; Harris & McElrath, 2012). Duprez & Kokoreff (2000) ont recueilli les propos de personnes inscrites à un programme de méthadone. Pour ces personnes interrogées, la méthadone était perçue comme une autre drogue avec les mêmes effets (la dépendance, le manque), mais sans le pouvoir dopant. Aussi, en dépit du fait que certains participants s'abstiennent de s'injecter de l'héroïne depuis plusieurs années, ils étaient incapables de se percevoir autrement que toujours dépendants aux opioïdes (Harris & McElrath, 2012). Dans ce contexte, sortir de la toxicomanie n'est pas seulement arrêter la consommation, cela est un aspect de l'ensemble des facteurs (Duprez & Kokoreff, 2000; Milhet, 2006). Les personnes désireuses de s'en sortir mettent fin à un mode de vie long, qui a parfois duré plusieurs années (Milhet, 2006).

En définitive, bien que la substitution demeure le traitement de choix pour la dépendance aux opioïdes, il est difficile de parler de sortie du monde de la drogue à l'aide de la méthadone puisque ce traitement apparaît comme étant presque aussi stigmatisé que la dépendance à l'héroïne (Lauzon, 2011). D'ailleurs, si le programme de substitution introduit une nouvelle phase dans la carrière des usagers, elle diffère les sorties plutôt qu'elle marque une sortie en soi (Duprez & Kokoreff, 2000). À première vue, la méthadone permet de prendre une distance avec le monde de la drogue (l'argent facile, les vols, la prostitution) et permet de se reconstruire une existence sur la base de repères stable, mais à bien considérer les choses, elle confine les personnes interrogées dans une situation d'ambivalence puisqu'elle les rattache à une identité de toxicomane.

## Conclusion

Cette étude avait trois principaux buts soit de connaître les points de vue des usagers sur le programme de substitution à la méthadone, de comprendre comment est vécu le rétablissement à travers cette participation et finalement, de connaître leurs perceptions en ce qui a trait aux conséquences de la dépendance.

Tout au long de notre recension des écrits, nous avons montré qu'il y avait deux paradigmes qui se côtoient dans le traitement de la dépendance au Québec. Tout d'abord, il y a le paradigme de l'abstinence avec un modèle d'intervention souvent basé sur les Alcooliques Anonymes. Avec ce modèle, l'alcoolisme (ou la toxicomanie) est défini comme une maladie. En ce qui a trait au deuxième paradigme, la réduction des méfaits, cette dernière vise la réduction des effets néfastes de l'usage de drogues plutôt que l'élimination de leur usage (Brisson, 1997). Les principes d'actions et les différentes interventions liées à ce paradigme ont été expliqués. En ce sens, nous nous sommes intéressés à une intervention inscrite dans ce paradigme soit le programme de substitution à la méthadone. La description ainsi que l'efficacité de ce programme furent présentées.

Dans un deuxième temps, afin de construire notre cadre théorique, nous avons sélectionné des concepts s'inscrivant dans la perspective de l'interactionnisme symbolique. En effet, les quatre processus de transformations normatives de Caiata Zufferey (2005a) ont aidé à comprendre les logiques d'actions qui supportent le rétablissement chez les personnes que nous avons interrogées. De plus, certaines idées de Becker et Goffman tels que le processus d'étiquetage et le concept de stigmaté furent pertinentes pour comprendre comment les participants vivaient leur inscription dans le programme.

Ensuite, en ce qui a trait à la méthodologie, dix entrevues semi-dirigées auprès d'adultes majeurs, participants dans un programme de substitution de méthadone furent réalisées. Ces

personnes furent principalement recrutées à l'aide d'organismes communautaires et de pharmacies.

Aussi, afin d'examiner les données recueillies, l'analyse typologique de Schnapper (1999) a été sélectionnée. En ce sens, les typologies que nous avons construites sont au nombre de trois. Plus précisément, elles se traduisent par trois figures de rapport à la méthadone. Pour la première figure, la méthadone représentait un soutien et de façon générale les points de vue étaient favorables. En ce qui concerne la deuxième figure, les perceptions sur la méthadone étaient plutôt défavorables. Ces participants désiraient cesser leur inscription dans ce programme. Finalement, une dernière figure présentait plutôt une position non-déterminée sur la méthadone. En effet, leur inscription suscitait de l'ambivalence.

En ce qui a trait au chapitre portant sur la discussion des résultats, nous avons exposé que l'inscription à un programme de méthadone correspond à une rupture avec un mode de vie qui n'équivaut pas à un arrêt de la consommation. En outre, les trois figures de rapport à la méthadone ont démontré l'importance de prendre en considération le sens que les personnes donnent à leur inscription à ce programme afin que les professionnels adaptent leurs pratiques d'interventions.

Maintenant, nous aimerions formuler quelques suggestions ou recommandations pour l'intervention et la recherche dans ce domaine. Dans un premier temps, en ce qui concerne la recherche, nous croyons qu'il faut continuer d'aller près du terrain pour étudier ce qui se passe entre les professionnels du programme et les participants. De plus, les recherches focalisant sur les personnes qui ont arrêté leur inscription au programme doivent être plus nombreuses. Il importe de comprendre pourquoi elles l'ont quitté afin d'apporter des modifications au programme s'il y a lieu. Aussi, connaître les caractéristiques de ces personnes et la nature de leurs besoins et de leurs attentes seraient pertinent. Pour ce qui est de l'intervention, il faut diminuer les effets de la stigmatisation et de la discrimination sur les personnes inscrites au programme de substitution à la méthadone. En conséquence, pour les personnes stabilisées, il faut alléger les contraintes du traitement (Lauzon, 2011). Ces contraintes renvoient à une image de toxicomane menteur qu'il faut contrôler (Coppel, 2002).

En ce qui a trait aux relations entre les professionnels œuvrant dans le programme et les participants, le dialogue doit être renforcé. Dans cette perspective, les professionnels doivent accepter qu'un participant ait un autre objectif que le leur et aussi, accepter leur ambivalence (par exemple, lorsqu'ils passent d'un objectif d'abstinence à un objectif de réduction des méfaits). De plus, les participants peuvent contribuer à la redéfinition des savoirs et des pratiques en étant inclus dans les dialogues avec les chercheurs et les praticiens (Tremblay & Olivet, 2011). Pour ces motifs, les bonnes pratiques déterminent plus les résultats que le profil des participants (Coppel, 2002). Somme toute, il faut poursuivre les efforts pour promouvoir l'éducation et l'information auprès des professionnels et de la population puisque: « sortir de la drogue, devenir comme tout le monde, c'est d'abord rompre avec les stéréotypes qui condamnent le toxicomane à le rester à vie » (Castel, 1991, p.249).





## Bibliographie

Alcoholics anonymous (2013). Estimates of A.A. groups and members as of January 1, 2013. Repéré à [http://www.aa.org/lang/en/en\\_pdfs/smf-53\\_en.pdf](http://www.aa.org/lang/en/en_pdfs/smf-53_en.pdf)

Alcoholics anonymous world services. (2003). *Les alcooliques anonymes*. (4<sup>e</sup> éd.). New York : Alcoholics anonymous world services, inc.

AITQ. (s.d.). *La réduction des méfaits liés à l'usage de drogues au Québec*. 1-4. Repéré à: [http://reductiondesmefaits.aitq.com/images/stories/reduction\\_des\\_mefaits\\_brochure.pdf](http://reductiondesmefaits.aitq.com/images/stories/reduction_des_mefaits_brochure.pdf)

Alexandre, S. (2011). Incertitude et flexibilité dans le traitement de substitution aux opioïdes en Belgique (Wallonie) : bilan d'une recherche-action. *Drogues, Santé et Société*, 10(1), 137-168.

Anstice, S., Strike, C. & Brands, B. (2009). Supervised Methadone Consumption: Clients Issues and Stigma. *Substance use and misuse*, 44, 794-808.

Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. (2009). *Traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution- Appropriation par les centres de réadaptation en dépendance du Québec du cadre de référence et guide de bonnes pratiques*. Montréal.

Atkins, R. G. (2000). "No outside enterprises:"rational recovery's countermovement challenge to the institutionalization of the twelve-step movement in American addiction care (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (AAT 9954468)

Beaud, J.-P. (2006). L'échantillonnage. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données* (p.211-242). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Beauchesne, L. (2006). *Les drogues: légalisation et promotion de la santé*. Montréal, Bayard Canada.

Becker, H.S. (1963). *Outsiders*, New York: The Free Press.

Bewley, A. (1995). Wellness beyond AA: Testing the theory of Meta-Recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 13 (1), 1-15.

Booth, R. E., Corsi, K. F. & Mikulich, S.K. (2003). Improving entry to methadone maintenance among out-of-treatment injection drug users. *Journal of substance abuse treatment*, 24, 305-311.



- Brisson, P. (2012). *L'approche de réduction des méfaits*. Repéré à : <http://www.espaceitss.ca/28-fiches-thematiques/lapproche-de-reduction-des-mefaits.html?pageEnCours=1>
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques. Résumé*. Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Burman, S. (1997). The challenge of sobriety: natural recovery without treatment and self-help groups. *Journal of Substance Abuse*, 9, 41-61.
- Caiata Zufferey, M. (2005a). Les sorties de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques. *Déviance et société*, 4 (29), 423-443.
- Caiata Zufferey, M. (2005b). Sortir de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques Ombres et lumières d'un phénomène en mutation. *Psychotropes*, 1(11), 55-72.
- Caiata Zufferey, M. (2006). S'en sortir dans un contexte de réduction des risques : trajectoires multiples, nouveaux défis. *Psychotropes*, 3 (12). 81-92.
- Caldwell, P.E. & Clutter, H. S. (1998). Alcoholics Anonymous affiliation during early recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(3), 221-228.
- Carrier, N. & Quirion, B. (2003). Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : La réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périlisation. *Drogues, santé et société*, 2 (1), 1-29.
- Castel, R. (1998). *Les sorties de la toxicomanie*. Suisse : Éditions Universitaires Fribourg Suisse.
- Castel, R. & Coppel, A. (1991). Les contrôles de la toxicomanie. Dans A. Ehrenberg (dir.), *Individus sous influence*. (p. 237-256). Paris : Éditions Esprit.
- Chapoulie, J.-M. (2011). À propos de la tradition interactionniste. Dans Morissette, J., Guignon, S. & Demazière, D. (dir.), *Recherches qualitatives De l'usage des perspectives interactionnistes en recherche*, 30 (1), p. i-v. Association pour la recherche qualitative.
- Cohen, H. & Lévy, J. (1988). *Les états modifiés de conscience*, Montréal : Méridien.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (2003). *Savoir plus risquer moins*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Conner, O. K. & Rosen, D. (2008). You're nothing but a junkie : Multiple experiences of stigma in an aging methadone maintenance population. *Journal of Social Work Practice in the Dependences*, 8(2), 244-264.

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada. (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*.

Coppel, A. (2002). *Peut-on civiliser les drogues?* Paris : Éditions La Découverte.

Côté, P., Mercier, C., Lauzon, P., Perreault, M., Rousseau, M. & Gagnon, C. (2003). Accessibilité aux traitements de substitution à la méthadone et réduction des méfaits : le rôle d'un programme à exigences peu élevées. *Canadian Journal of Public Health*, 94 (3), 197-200.

CRAN. (2013). Approche privilégiée. Repéré à : <http://cran.qc.ca/usagers/approche-privilegiee>

CRAN. (2011). *La dépendance aux opioïdes : Portrait des traitements de substitutions au Québec*. Cran, 1-72.

Crête, J. (2006). L'éthique en recherche sociale. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données* (p.243-266). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Dawson Rogers, M. (2009). *Professional Counselors' Perceptions of the Role of Alcoholics Anonymous (AA) in Substance Abuse Treatment: A Qualitative Narrative*. (Thèse de doctorat).

Delas, J.-P. & Milly, B. (2009). *Histoire des pensées sociologiques*, France, Armand Colin.

Doukas, N. (2009). Perceived barriers to identify transformation for people who are prescribed methadone. *Dependence research and theory*, 19(5), 408-415.

Emmanuelli, J. (2004). Politique de réduction des risques: programme d'échange de seringues. *M/S: médecine sciences*, 20 (5), 599-603.

Feroni, I. (2004). La substitution au subutex en médecine de ville : tension des normes et hétérogénéité des pratiques médicales. Dans Schweyer, F.-X., Pennec, S., Cresson, G. & Bouchayer, F., *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. (197-209). Rennes : Éditions ENSP.

Fischer, B. (2000). Prescriptions, Power and Politics: The turbulent history of methadone maintenance in Canada. *Journal of public health policy*, 21 (2), 187-210.

Fischer, B. & al. (2002). Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment : an exploratory qualitative study. *Substance use and misuse*, 37(4), 495-522.

Fischer, B., Rehm, J., Patra, J. & Firestone Cruz, M. (2006). Changes in illicit opioid use across Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 175(11), 1385-1387.

Fischer, B., Firestone Cruz, M., Patra, J., Rehm, J. (2008). Predictors of methadone maintenance treatment utilization in a multisite cohort of illicit opioid users (OPICAN). *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*, 340-346.

Fraser, S. (2006). The chronotope of the queue : Methadone maintenance treatment and the production of time, space and subjects. *International Journal of Drug Policy, 17*, 192-202.

Geismar-Wieviorka, S. (1997). *La méthadone*, Paris : Presses Universitaires de France.

Goffman, E. (1975). *Stigmate*. Paris : Les Éditions de Minuit.

Gori, R. & Volgo, MJ (2005). *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël.

Gourlay, J., Ricciardelli, L. & Ridge, D. (2005). User's experiences of heroin and methadone treatment. *Substance use & misuse, 40*, 185-1882.

Haddox, J.D., Smith, M., Collucci, S., Rosenblum, A., Fong, C., Maxwell, C., Parrino, M. (2007). Pain as a reason for seeking admission to methadone treatment. *American Academy of pain medicine, 104*.

Harris, J. & McElrath, K. (2012). Methadone as social control : institutionalized stigma and the prospect of recovery. *Qualitative health research, 2012 (22)*, 810-824.

Herrie, M. & Skinner, W. (2010). *Substance abuse in Canada*. Ontario, Oxford University Press.

Hshieh, S.Y. & Srebalus, D.J. (1997). Alcohol treatment issues: professional differences. *Alcoholism Treatment Quarterly, 15(4)*, 63-73.

Ilgen, M.A., Wilbourne, P.L., Moos, B.S., Moos, R.H. (2008). Problem-free drinking over 16 years among individuals with alcohol use disorders. *Drug Alcohol Dependence 92(1-3)*, 116-122.

Institut national de santé publique du Québec. (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injections supervisées analyse critique de la littérature*. Repéré à: [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/962\\_PertinenceInjecSupervisee.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/962_PertinenceInjecSupervisee.pdf)

Interactionnisme symbolique. (1999). *Dictionnaire de sociologie*. Paris, France : Le Robert Seuil.

Jarvinen, M. (2008). Approaches to methadone treatment : harm reduction in theory and practice. *Sociology of health & illness, 30(7)*, 975-991.

Jauffret-Roustide, M. (2010). Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire. *Pensée Plurielle*, 1(23), 93-108.

Jellinek, EM. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick, NJ: Hillhouse Press.

Kaskutas, L. A. (2009). Alcoholics Anonymous effectiveness: Faith meets science. *Journal of Addictive Diseases*, 28 (2), 145-157.

Kaskutas, L. A., Ammon, L., Delucchi, K., Room, R., Bond, J., Weisner, C. (2005). Alcoholics anonymous careers: patterns of AA involvement five years after treatment entry. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 29(11), 1983-1990.

Kelly, J. F., Stout, R., Zywiak, W., Schneider, R. (2006). A 3 year study of addiction mutual-help group participation following intensive outpatient treatment. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 30(8), 1381-1392.

Kelly, J. F., Brown, S. A., Abrantes, A., Kahler, C. W. & Myers, M. G. (2008). Social recovery model: An 8-year investigation of youth treatment outcome in relation to 12-Step group involvement. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32 (8), 1468-1478.

Kerr, T., Maish, D., Li, K., Montaner, J., Wood, E. (2005). Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. *Drug and Alcohol dependence*, 80, 329-335.

Kokoreff, M. & Duprez, D. (2000). *Les mondes de la drogue*, Paris : Éditions Odile Jacob.

Laudet, A. B. (2008). The road to recovery: where are we going and how do we get there? Empirically driven conclusions and future directions for service development and research. *Substance use and misuse*, 43, 2001-2020.

Lauzon, P. (2011). Les effets indésirables des médicaments de substitution dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. *Drogues, santé et société*, 10(1), 51-91.

Landry, M. & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : Un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2 (1), 1-15.

Le Breton, D. (2004). *L'interactionnisme symbolique*, Paris : Presses Universitaires de France.

Lecavalier, M., Marciel-Denault, J., Denis, I., Maltais, K. & Mantha, L. (s.d.). *La motivation, quelque chose qui se construit-Cahier de formation*. Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances.

Lehman, F. & Lauzon, P. (1988). L'entretien à la méthadone dans le traitement de la narcomanie. Dans P. Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume 1* (p. 385-402). Montréal : Gaëtan Morin.

Léonard, L. & Ben Amar, M. (2002). *Les psychotropes pharmacologie et toxicomanie*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Léonard, L. & Ben Amar, M. (2000). Classification, caractéristiques et effets généraux des substances psychotropes. Dans Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, (vol. 3, 121-174). Québec, Canada : Gaëtan Morin éditeur.

Leseman-Langlois, S. (2007). Connaissances et subjectivités. Dans *Sociocriminologie*. 121-138. Montréal : PUM.

Macdonald, M., Lawa, M., Kaldor, J., Hales, J. & Dore, G.J. (2003). Effectiveness of needle and syringe programmes for preventing HIV transmission. *International journal of drug policy*, 14, 353-357.

Maisto, S. A., Clifford, P. R., Longabaugh, R. & Beattie, M. (2002). The relationship between abstinence for one year following pretreatment assessment and alcohol use and other functioning at two years in individuals presenting for alcohol treatment. *Journal of studies on alcohol*, July 2002, 397-403.

Mayer, R. & Laforest, M. (1990). Problème social : le concept et les principales écoles théoriques. *Service social*, 39 (2), 13-43.

Meyer, R. E. (1996). The disease called addiction : emerging evidence in a 200-year debate, *The Lancet*, 347, 162-166.

Milhet, M. (2006). Les traitements de substitution vus par les patients: quelle trajectoire pour quelle sortie? *Psychotropes*, 3 (12), 55-69.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2006). *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques- Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-804-01.pdf>

Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. (2012). *Lexique*. Repéré à : <http://www.drogues.gouv.fr/nc/lexique/mot/abstinence/lettre/a/>

Montagne, M. (2002). Appreciating the user's perspective : listening to the "methadonians". *Substance use and misuse*, 37(4), 565-570.

Nadelman, E. (1993). Progressive legalizers, progressive prohibitionists and the reduction of drug related harm. Dans N. Heather, A. Wodak, E. Nadelman & P. O'Hare (dir.),

*Psychoactive drugs & harm reduction from faith to science* (p. 34-48). London : Whurr Publishers.

Neale, J. (1998). Drug user's views of prescribed methadone. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 5, 33-45.

Ogborne, A. (1996). Professional opinions and practices concerning Alcoholics Anonymous: a review of the literature and a research agenda. *Contemporary Drug Problems*, 23, 93-111.

Paquin, I., Perreault, M., Milton, D. & Savard, P. (2011). Traitement de la dépendance aux opioïdes : évaluation d'un projet montréalais de transfert d'usagers vers des soins de santé généraux. *Drogues, santé et société*, 10(1), 93-135.

Paquin, I. (2003). Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : une mesure de santé publique en réadaptation. Dans P. Brisson & C. Morissette (dir.), *Réduction des risques et des méfaits*, 2 (1), 1-11. Montréal : Drogues, santé et société.

Payne, M. (2005). *Modern social work theory*, Chicago : Lyceum Books.

Perreault, M. et al. (2007). Rétention en traitement et évolution de la clientèle d'un programme montréalais de substitution à la méthadone à exigence peu élevées. *Canadian journal of public health*, 98(1), 33-36.

Perreti-Watel, P., Beck, F., Legleye, S. (2007). *Les usages sociaux des drogues*. Paris : Presses Universitaires de France.

Quirion, B. (2010). Les nouvelles tendances en matière de régulation de la pratique psychotrope : trente ans de politique québécoise sur l'usage de drogues et la toxicomanie (1976-2006). *Drogues, santé et société*, 9 (1), 249-294.

Quirion, B. & Plourde, C. (2009). Mot de présentation. *Drogues, santé et société*, 8 (2), 7-26.

Région 87-sud ouest du Québec. (sd). *Les douze étapes*. Repéré à : <http://www.aa-quebec.org/region87/district10/douzeEtapes.htm>

Riley, D. (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues : politiques et pratiques. Dans P. Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie* (vol. II, p.129-150). Québec: Gaëtan Morin éditeur.

Roy, E., Nonn, E., Haley, N. & Morissette, C. (2003). Le « partage » des matériels d'injection chez les jeunes usagers de drogues injectables de Montréal. *Drogues, santé et société*, 2 (1), 75-118.

Santé Canada. (2002). *Recension de la documentation : traitement d'entretien à la méthadone*. Repéré à : <http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/methadone-treatment-traitement/index-fra.php>

Savoie-Zajc, L. (2006). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données* (p.293-316). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Schnapper, D. (1999). *La compréhension sociologique*, Paris. Presses Universitaires de France.

Schwartz, R.P., Kelly, S.M., O'Grady, K.E., Mitchell, S.G. & Brown, B.S. (2011). Antecedents and correlates of methadone treatment entry: a comparison of out-of-treatment and in-treatment cohorts. *Drug and Alcohol dependence*, 115, 23-29.

Simmonds, L. & Coomber, R. (2009). Injecting drug users : a stigmatised and stigmatising population. *International Journal of Drug Policy*, 20, 121-30.

Suissa, A.J. (2011). Philosophie des 12 étapes des Alcooliques Anonymes en Amérique du Nord : aspects critiques et psychosociaux. *Psychotropes*, 17(3), 127-143.

Suissa, A.J. (2007a). Dépendances et médicalisations : repères et enjeux psychosociaux. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19(2), 92-110.

Suissa, A.J. (2007b). *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*. Québec : Éditions Fides.

Suissa, A. J. & Bélanger, A. (2000). Représentation du phénomène des dépendances chez les intervenants sociaux. *Cahier du GÉRIS*, (14), 1-29.

Taylor, L. (2011). *Experiences and Satisfaction with Methadone Maintenance Treatment (MMT) Health Services : Views from a Small Ontario City*, (Mémoire de Maîtrise) Accessible par ProQuest Dissertations & Theses.

Tremblay, M. & Olivet, F. (2011). De la participation citoyenne à la reconnaissance du droit au plaisir : insertion sociale et droits des usagers des opioïdes. *Drogues, santé et société*, 10 (1), 169-196.

Valentine, K. (2007). Methadone maintenance treatment and making up people. *Sociology*, 41. 497-514.

Van den Berg, C., Smit, C., Brussel, G.V., Coutinho, R. & Prins, M. (2007). Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users. *Dependence*, 102 (9), 1454-1462.

Vigilant, L. G. (2008). "I am still suffering:" The dilemma of multiple recoveries in the lives of methadone maintenance patients. *Sociological Spectrum*, 28(3), 278-298.

Vigilant, L.G. (2004). The stigma paradox in methadone maintenance: naïve and positive consequences of a “treatment punishment” approach to opiate addiction. *Humanity & Society*, 28(4), 403-418.

Vigilant, L. G. (2001). « *Liquid handcuffs* »: *The phenomenology of recovering on methadone maintenance*, (Thèse de doctorat) Accessible par ProQuest Dissertations & Theses.

Wall, R., Rehm, J., Fischer, B., Brands, B., Gliksman, L., Stewart, J., Melved, W. & Blake, J. (2000). Social costs of Untreated Opioid dependence. *Journal of Urban Health*, 77(4), 688-722.

Wodak, A., & Cooney, A. (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/Aids among injecting drug users*. Suisse: World Health Organization.



# Annexe 1

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Étude portant sur le point de vue des personnes utilisatrices d'un traitement de substitution.

### **Qui dirige ce projet?**

Moi, Anik Pelletier. Je suis étudiante à la maîtrise en service social à l'Université de Montréal. Ma directrice de recherche est Céline Bellot, professeure à l'École de Service Social.

### **Décrivez-moi ce projet**

Mon projet a pour but de comprendre le point de vue des personnes utilisatrices d'un traitement de substitution.

### **Qu'est-ce que j'aurai à faire?**

Vous aurez à participer à une entrevue avec moi durant laquelle je vous poserai des questions sur ce qui vous a poussé à prendre part à un programme de substitution. L'entrevue durera entre 60 et 90 minutes et avec votre permission je vais l'enregistrer sur magnétophone afin de pouvoir ensuite transcrire ce que vous m'aurez dit sans rien oublier.

### **Y a-t-il des risques ou des avantages à participer à cette recherche?**

Il se peut que certaines expériences que vous avez vécues aient eu des effets négatifs sur vous et que cette entrevue vous rappelle des moments désagréables. Vous pouvez à tout moment décider de ne pas répondre à une ou plusieurs questions ou mettre fin à l'entrevue.

Si je constate que quelque chose peut mériter un signalement à la protection de la jeunesse, je suis dans l'obligation de le faire. En ce sens :« *En vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, le chercheur qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis, parce qu'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence, est tenu de le déclarer au directeur de la protection de la jeunesse* ».

Vous serez payé 20\$ pour votre participation. Votre participation pourrait nous aider à mieux comprendre le point de vue des personnes utilisatrices d'un programme de substitution.

### **Que faites-vous avec mes réponses?**

Je vais analyser l'ensemble des réponses que tous les participants m'auront données afin d'essayer de voir s'il y a des raisons précises qui poussent les gens à participer au programme de substitution. Les résultats feront partie de mon mémoire de maîtrise.

### **Est-ce que mes réponses seront privées?**

OUI! Toutes les réponses seront confidentielles. Les enregistrements et les transcriptions seront gardés dans un bureau fermé et seule ma directrice de recherche et moi-même en prendront connaissance. Les enregistrements et toute information permettant de vous identifier seront détruits 7 ans après la fin de mon projet. Ensuite, je ne conserverai que les réponses transcrites, mais sans aucune information concernant les personnes qui me les auront données. Les résultats généraux de mon projet pourraient être utilisés dans des publications ou des communications, mais toujours de façon anonyme, c'est-à-dire sans jamais nommer ou identifier une personne.

### **Est-ce que je suis obligé de répondre à toutes les questions?**

Non! Vous pouvez décider de ne pas répondre à une ou plusieurs questions. Vous pouvez aussi à tout moment décider que vous voulez arrêter l’entrevue complètement et même après l’entrevue me demander de ne pas utiliser vos réponses pour ma recherche.

**À qui puis-je parler si j’ai des questions sur l’étude?**

Pour toute question, vous pouvez me contacter à l’adresse suivante. Vous pouvez aussi contacter ma directrice, Mme Céline Bellot au ou à l’adresse suivante :

Si vous avez des plaintes concernant votre participation à cette recherche, vous pouvez communiquer avec l’ombudsman (c’est un « protecteur de citoyens ») de l’Université de Montréal, au numéro de téléphone ou à l’adresse courriel (**L’ombudsman accepte les appels à frais virés**).

**Comment puis-je accepter de participer à l’étude?**

En remplissant ce formulaire de consentement et en me le remettant. Je vous laisserai une copie du formulaire que vous pourrez conserver afin de vous y référer au besoin.

**Consentement**

J’ai pris connaissance des informations ci-dessus, je comprends en quoi consiste cette recherche et j’ai obtenu les réponses à mes questions sur ma participation. Je sais que je peux arrêter ma participation à tout moment sans devoir justifier ma décision.

Je consens librement à prendre part à cette recherche en participant

OUI

NON

---

Mon nom (lettres moulées)

---

Ma signature

---

La date d’aujourd’hui

En tant que chercheuse principale de la recherche, je vous ai expliqué mon projet et je demeure toujours disponible pour répondre à toute question.

---

Signature de la chercheuse  
Anik Pelletier

---

La date d’aujourd’hui

## **Annexe 2**

### 1- Identité

-Pouvez-vous décrire comment vous étiez avant de prendre de la méthadone?

-Et maintenant?

### 2- Efficacité du programme

-Pourquoi avez-vous décidé de prendre de la méthadone?

-Est-ce que c'est la première fois que vous en prenez dans le cadre d'un programme?

-Qui sont les intervenants que vous fréquentez?

-Y-a-t-il des avantages à prendre de la méthadone? Lesquels?

-Y-a-t-il des inconvénients à prendre de la méthadone? Lesquels?

### 3- Stigmatisation-étiquetage

-Votre entourage est-il au courant de votre situation?

(si non, pourquoi vous ne leur avez pas dit?)

(si oui, qu'est-ce qu'ils en pensent?)

-Vous êtes-vous déjà senti jugé ou discriminé par les intervenants associés à la méthadone?

Pouvez-vous m'en parler?

-Est-ce que la société a des préjugés associés à la prise de méthadone?

(si oui, quels sont ces préjugés? Qu'est-ce que vous en pensez?)

-Avez-vous des préjugés sur la méthadone avant de commencer à en prendre?  
(Si oui) lesquels? Ont-ils changés?

#### 4- Rétablissement

-Quel rôle la méthadone occupe-t-elle dans votre vie?

-Qu'est-ce qui a changé dans votre vie depuis que vous prenez de la méthadone?  
(amélioration ou détérioration au niveau de la famille, vie amoureuse, amis, entourage, santé physique et psychologique, occupation-emploi)

#### Fiche signalétique

-Sexe :

-Âge

-Niveau d'études complété :

-Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Veuf Conjoint de fait

-Situation financière : Chômage Aide sociale Sans emploi

-Emploi (type)

-Problème avec justice (ex. prison, contraventions...)

-Produit consommé

-Durée de la consommation

-Temps de la consommation

-Évolution de la consommation (passage d'un produit à un autre...)

-Évolution des quantités consommées

## Annexe 3

### Participant(e)s recherché(e)s

Étude portant sur le point de vue des personnes utilisatrices  
d'un traitement de substitution

par Anik Pelletier, étudiante à la maîtrise,  
sous la direction de Céline Bellot, professeure à  
l'École de service social, Université de Montréal

Vous avez plus de 18 ans

Vous participez à un traitement de substitution

### VOTRE EXPÉRIENCE ET VOTRE POINT DE VUE M'INTÉRESSENT

Je vous invite à participer à une entrevue durant entre 60 et 90 minutes pour discuter avec vous de vos expériences, perceptions et opinions

Compensation financière 20\$

Si vous êtes intéressé(e), laissez-moi vos coordonnées (nom, prénom et numéro de téléphone).  
Je communiquerai avec vous pour fixer un rendez-vous.

Anik Pelletier

Numéro de téléphone :

Courriel :

Au plaisir de vous rencontrer

## Annexe 4

Tableau descriptif de l'échantillon

	Gary	Lucie	Roland e	Pierre	Stépha nie	Tim	Kevin	Louis	Karine	Nathali e
Âge	43 ans	51 ans	35 ans	48 ans	26 ans	30 ans	38 ans	43 ans	31 ans	29 ans
Recrute ment	Organi sme	Organi sme	Organi sme	Organi sme	Pharma cie	Pharma cie	Pharma cie	Pharma cie	Pharma cie	Pharma cie
Durée dans le progra mme	5 ans	3 ans	5 ans	3 ans	3 ans	10 mois	9 ans	1 an	5 mois	5 ans
Durée de consom mation opioïde	environ 20 ans	environ 10 ans	8 ans	1 an	environ 5 ans	2ans	5 ans	environ 30ans	environ 15 ans	7 ans

## Annexe 5

Tableau descriptif de la Figure 1

<p><b>Gary 43 ans, 5 ans mét.</b></p> <p><b>Avant méthadone :</b> Originaire Porto rico, A connu itinérance</p> <p>A été 17 cliniques rehab. (USA, Porto Rico)</p> <p>A pris mét à NYC 1997 à 1999</p> <p>1999 à 2004 : Pas de mét, pas d'héro, only alcool</p> <p>2004 : rechute héro à cause dilaudid prescrit suite opération</p> <p><b>Après mét :</b> (voir *4)</p>	<p><b>Lucie 51 ans, 3 ans mét.</b></p> <p><b>Avant méthadone :</b> Travaille dans bars</p> <p>11 ans dans prog mét, rechute 2 ans= descente enfers (perte d'appart, Chaïnon)</p> <p><b>Après mét :</b> Dans prog méta d'âme</p> <p>-appart</p> <p>-bon crédit</p> <p>-bons contacts famille + fille 14 ans</p>	<p><b>Rolande 35 ans, 5 ans mét</b></p> <p><b>Avant méthadone :</b> Se prostitue itinérante a eu sida</p> <p>Hépatite c non traité à cause diagnostic de Bipolarité</p> <p><b>Après mét :</b> Fait 3 ans qu'elle habite même endroit (appart supervisé)</p> <p>2011 : pneumonie virale 10 jours coma Muscle paralysé dans cuisse « fa que jconsomme pas mais jfais pas grand-chose de ma vie jsuis enfermée entre 4 murs »</p>	<p><b>Pierre 48 ans, 3 ans mét.</b></p> <p><b>Avant méthadone :</b> ++drogue Malheureux, Goût de mourir, Se gèle pour pas être malade</p> <p>Fait ++ thérapies pour coke mais n'arrêtait pas d'en prendre</p> <p><b>Après mét :</b> Tous les jours= envie consommer, Mét= reprise en main, Voulait diminuer Mais c'était rendu trop difficile</p> <p>Ne veut plus se battre contre mét</p> <p>« si j'ai à prendre mét toute ma vie, j'en prendrai toute ma vie »</p>
<p>A eu prob au colon, a eu prescription dilaudid, rechute</p>	<p>A déjà arrêter 2-3 jours mais rechute tt le temps</p>	<p>Tannée de consommer pour pas avoir d'effets</p>	<p>1<sup>e</sup> fois mét Un intervenant lui a</p>

<p>héro</p> <p>1ere fois mét à NYC. 2ieme fois= Mtl.</p> <p><b>Avantages :</b> + de bien-être</p> <p>-Sortie criminalité</p> <p>-arrêt héro</p> <p>-avec dose forte mét= plus diff faire héro</p> <p>-sortie itinérance</p>	<p>Mét= seule solution</p> <p>Sans mét= va rechuter</p> <p>2eme fois : mét</p> <p><b>Avantage :</b> Appart</p> <p>-contacts famille, fille</p> <p>-fait sport</p> <p>-prends soin santé (assiduité à r-vs)</p> <p>Mét= « son filet de sécurité »</p> <p>-stabilité physique</p> <p>-pas d'obsession de conso</p>	<p>Dernières années : Consomme pour ne pas être malade</p> <p>2<sup>e</sup> fois mét</p> <p>Pendant 4 ans à Québec, a diminué jusqu'à faire sevrage pendant une semaine et après rechute</p> <p><b>Avantage :</b> Appart</p> <p>Meilleure gestion de son temps</p> <p>Si consomme l'effet est bloqué</p> <p>Drogue= légale (donc fait pas de vol ou prostitution pour en avoir)</p>	<p>conseillé d'essayer opiacés pour arrêter coke et à ce moment là=</p> <p>Arrêt de la coke</p> <p><b>Avantage :</b> Pas sevrage, Permet éviter prison</p> <p>Donne espoir Moins anxieux,</p> <p>Se construit une vie « recommence un nouveau chantier avec come base mét »</p> <p>Meilleure santé mentale et physique</p>
<p><b>Inconvénient :</b> Mét pire qu'héro, plus diff à arrêter</p> <p>Transfert dépendance : avant faisais coke, now alcool</p> <p>Décalcifie os (perte dents)</p> <p>Ça endort Ça fait gonflé</p>	<p><b>Inconvénients :</b> Complicé partir voyage</p> <p>Perte de ses dents</p>	<p><b>Inconvénients :</b> Quand obtention privilège= pas d'inconvénient</p>	<p><b>Inconvénients :</b> N'a pas tous ses privilèges,</p> <p>Obliger d'aller à la pharmacie même si malade et monopolise ++ temps,</p> <p>Pouvoir malsain des professionnels de la santé sur la dispensation de mét. (doit prouver qu'on peut lui faire</p>



Diff à arrêter			<p>confiance)</p> <p>Structure du programme pas adaptée (solution= privilèges + accessible)</p> <p>Mét= ne goûte pas bon</p> <p>Certaines pharmacies : entrées séparées</p> <p>Problème d'érection</p>
<p>Entourage est au courant</p> <p>Famille pas au courant</p> <p>Dit que cest un stigmaté</p> <p>Est tjrs jugé, est habitué à cela</p> <p>A NYC, flics prennent photo des gens qui attendent pour mét</p> <p>Société : explique que prise de mét est lié à addiction à héro</p> <p>Nomme qu'il n'avait pas le choix de prendre mét.</p>	<p>Réactions positives de l'entourage</p> <p>Au début= sa mère : « c'est une autre béquille, une autre substance »</p> <p>Ne s'est jamais sentit jugé</p> <p>Beaucoup gens connaissent pas mét alors association à prise héro et leurs réactions changent lorsqu'ils savent qu'elle est « ex-héroïnomane ».</p> <p>N'avait pas préjugé</p>	<p>Entourage au courant, réaction positive</p> <p>Mère demande si elle va en prendre toute sa vie</p> <p>Pas vraiment sentit jugé sauf que parfois pharmaciens plus secs</p> <p>Société : c'est juste remplacer drogue par une autre</p> <p>Pas de préjugés avant d'en prendre</p>	<p>Oui mais famille pense qu'il est faible, Se gèle aux frais du gouvernement à l'année longue</p> <p>Sa mère= « Tu as trouvé une façon de te faire payer ta drogue »</p> <p>A vu mère 10 fois dans sa vie, Sa sœur ne lui parle plus depuis 23 ans parce que bisexuel.</p> <p>Amis contents mais attitude fataliste (« tu es condamné à être sur mét toute vie »)</p> <p>se sent jugé par société, médecin... car</p>

			<p>reste un toxico, crosseur, voleur...</p> <p>gens sur mét sera jamais priorité dans système</p> <p>fait sentir que ton prob c'est de ta faute.</p> <p>« quand tu as été toxico= pas capable de te débarrasser de l'étiquette de toxicomane »</p>
<p>Rôle : nomme que c'est comme cancer car vois ++ de md et dentistes Nomme que c'est mieux qu'héro.</p> <p><b>Changements dans sa vie :</b> Prob santé (dents et a canne) Vit pas dans rue Prise de poids Endort Gonflé, Se sent plus en paix</p>	<p>Rôle : C'est sa routine, son filet de sécurité, « avec la mét je suis sûre que ça va aller »</p> <p>« pis si je suis dessus à vie, je serai dessus à vie »</p> <p><b>Changements dans sa vie :</b> Prends soin d'elle assiduité aux r-vs pas changements santé mentale « a tjrs été forte mentalement »</p>	<p>Rôle : Béquille C'est une nécessité, pour être fonctionnelle.</p> <p><b>Changements dans sa vie :</b> N'associe pas nécessairement changements à la mét À certains moments continuait speed et mét alors n'était pas stable « c'est toi qui doit faire gestes pour changer, pour changer mode de vie, sinon c'est juste béquille pour opiacés »</p>	<p>Rôle : C'est mon gaz, mon pétrole « sans mét. Je suis un ti-vieux de 192 ans »</p> <p>Stabilité</p> <p>Espoir</p> <p>Conforter dans l'idée qu'il n'a pas changé substance, n'a juste pas le feeling</p> <p><b>Changements dans sa vie :</b> Stabilité Prise poids Recommence nouveau chantier de sa vie, Condamné à prendre son gaz</p>

